

QUINTAS JORNADAS DE HISTORIA DE LA MEDICINA

ALEJANDRO GOIC G.
RICARDO CRUZ-COKE M.
EDITORES



ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA
INSTITUTO DE CHILE

Santiago de Chile, 2002

Diagramación e Impresión Digital
LOM Ediciones Ltda.
Concha y Toro N°25, Santiago de Chile
Se terminó de imprimir
en Abril de 2003



ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

V JORNADAS DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Con el patrocinio de la Academia Chilena de la Historia

Comité Organizador: Académicos Drs. Ricardo Cruz-Coke M., Benedicto Chuaqui J., Sergio Ferrer D., Camilo Larraín A., Jaime Pérez O., Mons. Bernardino Piñera y Juan Verdaguer T.

**SALON DE HONOR DEL INSTITUTO
DE CHILE**

**Almirante Montt 453, Santiago Centro
E-mail: acchmed@adsl.tie.cl**

Santiago de Chile, 3, 4 y 5 de octubre de 2002

PRESENTACIÓN

Las tradicionales Jornadas de Historia de la Medicina, instituidas por nuestra Corporación, se efectuaron los días 3 al 5 de octubre del 2002 en el Salón de Honor del Instituto de Chile, organizadas por el Comité de Historia de la Academia de Medicina, integrado por los académicos Ricardo Cruz-Coke (Presidente), Benedicto Chuaqui, Sergio Ferrer, Camilo Larraín, Jaime Pérez Olea, Mons. Bernardino Piñera y Juan Verdaguer. Las sesiones contaron con la participación de 17 expositores pertenecientes al Instituto de Chile y las Universidades Católica, de Chile, de Valparaíso y de Playa Ancha. Fueron, asimismo, patrocinadas por la Academia Chilena de la Historia del Instituto de Chile.

Las Jornadas fueron inauguradas por el Presidente de la Academia de Medicina, Dr. Alejandro Goic, quien destacó la importancia del evento y la amplia y diversificada participación de médicos, historiadores e investigadores de la medicina universal y nacional.

En el primer día se presentaron los trabajos del Dr. Juan Verdaguer sobre las “Relaciones del Dr. Vicente Izquierdo con el Dr. Carlos Charlín” y dos trabajos sobre la “Formación de médicos en la Universidad Católica de Chile” por el Dr. Benedicto Chuaqui y el historiador Juan Eduardo Vargas. El Dr. Sergio Zúñiga trató la “Historia de la antisepsia y asepsia en la cirugía chilena” y el Dr. Ricardo Cruz-Coke la “Historia del Estado Benefactor médico social en Chile”. Finalmente, el profesor de Historia Sr. Alejandro Monteverde trató el tema “Salud e higiene en Valparaíso a comienzos del siglo XX”.

En el segundo día de estas Jornadas los Drs. Benedicto y Claudia Chuaqui abordaron el “Prefacio de Vesalio y su traducción” y con el Dr. Sergio González presentaron el “Descubrimiento del Linfoma por Thomas Hodgkin”. La historiadora Soledad Zárate resumió su tesis de doctorado sobre “Parteras y matronas en el siglo XIX en Chile”. El Dr. Patricio Tagle presentó el “Trauma craneano en Chile” y el Dr. Ricardo Zalaquet presentó un “Homenaje al Dr. Favaloro con la historia de la cirugía cardíaca”. Finalmente, el profesor de historia Yuri García presentó el trabajo “Condiciones higiénicas, enfermedades y prácticas médicas en Valparaíso entre 1855 y 1860”.

En la jornada final el sábado 5 de octubre, el académico Dr. Sergio de Tezanos-Pinto presentó dos trabajos. El primero fue un resumen de su nuevo libro sobre los “Médicos de Valparaíso. Iluminando el olvido” en que presenta una extensa lista de biografías de los más destacados médicos porteños. Al término de las jornadas presentó el tema de las “Remuneraciones médicas en el siglo XVI”. Los otros participantes de estas Jornadas fueron el

historiador Jaime González C, quien resumió sus investigaciones sobre “El cirujano Germán Segura” que combatió en la corbeta Esmeralda el 21 de mayo de 1879. Finalmente, los profesores de historia de Valparaíso, Guillermo Estay y Felipe Vergara, describieron la “Salubridad de la provincia de Quillota a principios del siglo XX” con datos de archivos.

Después de los relatos se abrió debate sobre el tema y se produjeron importantes controversias y discusiones sobre los temas tratados. Se apreció una diversa forma de abordar la historia de la medicina por parte de los médicos, contrastando con los historiadores profesionales. Los debates trataron de aproximar las diferencias de enfoque de los problemas de las investigaciones históricas de la medicina nacional, sobre todo los temas relativos a la salud pública.

Dr. Ricardo Cruz-Coke M.

Presidente del Comité Organizador de las V Jornadas de Historia de la Medicina

Miembro de Número de la Academia Chilena de Medicina

ÍNDICE

SESIÓN INAUGURAL

- Introducción a las V Jornadas de Historia de la Medicina. *Dr. Alejandro Goic G.*,
Presidente Academia Chilena de Medicina. 11

CONFERENCIAS

- El Decano Vicente Izquierdo y el joven doctor Charlín. *Dr. Juan Verdaguer T.*,
Academia Chilena de Medicina. 13
- Esfuerzos del mundo católico para formar un médico católico, 1888-1929.
Juan Eduardo Vargas, Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política de la
Pontificia Universidad Católica de Chile. 19
- El plan de estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de
1930 a 1942: Observancia e Innovación. *Dr. Benedicto Chuaqui J. y Marcelo López*,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 41
- En relación con el advenimiento de la antisepsia y la asepsia en la Cirugía Chilena. *Dr.*
Sergio Zúñiga R., Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile y
Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 45
- Historia del Estado Benefactor Médico-Social en Chile. *Acad. Dr. Ricardo Cruz-Coke M.*,
Academia Chilena de Medicina y Museo Nacional de Medicina, Universidad de
Chile. 51
- Salud e Higiene en Valparaíso a comienzos del siglo XX, *Prof. Alessandro Monteverde S.*
Universidad de Playa Ancha, Valparaíso. 59
- El Prefacio de Vesalio: reseña biográfica y comentarios. *Dr. Benedicto Chuaqui J.* Academia
Chilena de Medicina y Pontificia Universidad Católica de Chile. 67
- Traducción del Prefacio de Vesalio a *De Humani Corporis Fabrica*. *Claudia Chuaqui F.*,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 73
- Sobre cómo Tomás Hodgkin delimitó el linfoma. *Dr. Sergio González B. y Prof. Benedicto*
Chuaqui J., Pontificia Universidad Católica de Chile. 79
- Notas históricas sobre el trauma craneano en Chile. *Dr. Patricio Tagle*, Facultad de
Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 87

- Por la senda de René Favaloro: un recorrido histórico por los caminos explorados por la cirugía para la revascularización del corazón. *Dr. Ricardo Zalaquet S.*, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 99
- Condiciones higiénicas, enfermedades y prácticas médicas en Valparaíso entre 1855 y 1860. *Jury García A.*, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso. 115
- Valparaíso y sus médicos. Una historia digna de publicar. *Dr. Sergio de Tezanos-Pinto S.*, Academia Chilena de Medicina y Universidad de Valparaíso. 125
- La sala de enfermería de la Corbeta Esmeralda y el cirujano ayudante don Germán Segura y González. *Jaime González C.*, Academia Chilena de la Historia. 131
- Remuneraciones Médicas en el siglo XVI en Chile e información sobre otros valores. *Dr. Sergio de Tezanos-Pinto S.* Academia Chilena de Medicina y Universidad de Valparaíso. 135
- Los siguientes artículos fueron presentados por título:
- De partera a matrona, Chile, 1870-1900. *María Soledad Zárate C.*, Instituto de Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Salubridad en la provincia de Quillota 1900-1910. Notas para la Historia de la Medicina a principios del siglo XX en los departamentos de Quillota y Limache. *Juan Guillermo Estay S. y Felipe Vergara L.*, Facultad de Humanidades, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso.

INTRODUCCIÓN A LAS V JORNADAS DE HISTORIA DE LA MEDICINA¹

DR. ALEJANDRO GOIC G.²

En 1993, siendo Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, tuve el honor de inaugurar las III Jornadas de Historia de la Medicina que, en esa oportunidad, se desarrollaron en las aulas de la Facultad. Es motivo de gran satisfacción para mí que, casi diez años después, me corresponda hoy dar inicio a las V Jornadas, como Presidente de la *Academia Chilena de Medicina*.

Al emprender en 1986 la tarea de organizar periódicamente Jornadas de Historia de la Medicina, nuestra *Academia* está cumpliendo con su propósito institucional de promover en el más alto nivel y en todos sus aspectos el desarrollo y progreso de la medicina nacional, en este caso impulsar el estudio de la Historia de la Medicina. Entre otros frutos, el cultivo de esta disciplina nos permite no sólo obtener un más amplio y más preciso conocimiento histórico de la medicina chilena, sino que también honrar a los médicos que, a partir de 1833, contribuyeron con tanto esfuerzo y tan decisivamente al desarrollo de la medicina clínica, la educación médica y la salud pública en el país, conduciéndolas desde su precariedad inicial al alto nivel de desarrollo que ostenta hoy día y que a todos nos enorgullece.

La realización de estas *Jornadas* implica, también, una suerte de mensaje reiterado a las Escuelas de Medicina sobre la importancia de la enseñanza de la historia de la medicina, así como de otras disciplinas humanísticas, en la formación de los estudiantes y la necesidad de incorporarla en el currículum regular de la carrera, como lo han estado haciendo varias de ellas. A través de su enseñanza-aprendizaje, los futuros médicos pueden identificar los hitos más significativos en el desarrollo de la medicina universal y nacional, analizar críticamente sus éxitos y fracasos y los factores que los han condicionado y que el transcurso del tiempo –es decir, la historia– se encarga de colocarlos en su justo lugar.

Además, estamos reafirmando el concepto de que la medicina no es sólo una ciencia sino que, además, un arte; no sólo un saber práctico sino que, además, un saber humanístico; no sólo un saber biológico sino que, además, antropológico; no sólo una profesión liberal sino que, además, una institución social. Y, por último, estamos indicando que el progreso de la medicina y de sus instituciones no depende únicamente de los cambios que ocurren dentro de las disciplinas que constituyen el cuerpo del saber médico sino que, también, y

¹ Palabras pronunciadas en la Sesión Inaugural, 3 de octubre de 2002.

² Presidente de la Academia Chilena de Medicina.

en importante medida, de los cambios culturales y sociales que inciden en el modo de entender la salud y la enfermedad. En verdad, el conocimiento de la historia es el que, en último término, nos proporciona una visión inteligible e iluminadora del acontecer médico del pasado y del presente, de sus proyecciones y posibilidades, así como nos permite identificar a los grandes científicos y personalidades médicas que han contribuido a su progreso y a su legitimación social y moral.

Es interesante señalar que en Chile son numerosos los médicos que han incursionado en el campo de la historia de la medicina, muchos más de los que, tal vez, uno se podría imaginar. Probablemente, los más son clínicos que se han interesado en aspectos históricos específicos relativos a sus respectivas especialidades, a la educación médica o la salud pública. Otros, han profundizado en el estudio de la historia de la medicina sin por eso abandonar su propia especialidad y, finalmente, algunos se han dedicado a ella en forma preferente o exclusiva, aportando textos históricos de significación mayor. Autores como Augusto Orrego Luco, Pedro Lautaro Ferrer, Adolfo Reccius, Enrique Laval Manrique, Claudio Costa Casaretto y Armando Roa Rebolledo, han inscrito sus nombres entre los más destacados historiadores de la medicina chilena. Hoy siguen sus pasos, entre otros, Ricardo Cruz-Coke, Sergio de Tezanos Pinto y Benedicto Chuaqui. También es estimulante constatar que académicos ajenos a la medicina –algunos de ellos distinguidos especialistas en historia- han hecho importantes contribuciones para un mejor conocimiento de la medicina nacional y sus actores.

Por último, creo que ésta es una ocasión propicia para decir que, a mi juicio, las instituciones médicas y el país están en deuda con el *Museo Nacional de Medicina* y su inapreciable valor patrimonial. Creado por el Servicio Nacional de Salud en 1955 bajo la inspiración del Dr. Enrique Laval Manrique, fue entregado en comodato a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1987, la que se ha esforzado por mantenerlo, expandirlo y utilizarlo como instrumento educacional de sus estudiantes. No obstante, se requiere de un gran esfuerzo de carácter nacional para adecuarlo a los requerimientos arquitectónicos, ambientales y organizativos de la museología moderna y hacer posible la exposición de sus más de cinco mil piezas históricas a la contemplación pública, como una expresión de la contribución que la medicina chilena ha hecho a la cultura del país. Tal vez, entre los proyectos que se están planteando para la celebración del bicentenario de la República se podría incluir el de la consolidación definitiva del *Museo Nacional de Medicina* y su incorporación a la red de museos públicos del país.

Sras. y Srs.: En nombre de la *Academia de Medicina*, deseo agradecer a la *Academia de la Historia* por su valioso patrocinio a estas *Jornadas*; a los Srs. expositores de los diferentes temas; a las instituciones educacionales de las que provienen y en las cuales transcurre su vida académica; a los miembros del Comité Organizador del evento y a todos Uds. por su presencia en este Salón de Honor del Instituto de Chile. El interés de los temas que se expondrán y la calidad intelectual de los participantes auguran el mayor de los éxitos a estas *V Jornadas de Historia de la Medicina* que me complazco en declarar inauguradas. ■

EL DECANO VICENTE IZQUIERDO Y EL JOVEN DOCTOR CHARLÍN¹

DR. JUAN VERDAGUER T.²

Corría el año 1913, Don Vicente Izquierdo Sanfuentes, el primer morfólogo que tuvo el país, el Profesor Titular de Histología y Decano de la Facultad de Medicina acusa la pérdida de la visión de un ojo. El dictamen del joven pero brillante Dr. Carlos Charlín Correa es terminante: debe acogerse a reposo, abandonar la lectura, el uso del microscopio y la dirección de la Cátedra de Histología.

Analizaremos la naturaleza de la enfermedad del Prof. Izquierdo basados en los antecedentes disponibles, en particular de la ficha clínica del paciente, que hemos logrado rescatar con la valiosa ayuda del Dr. Carlos Charlín Vicuña.

El Prof. Vicente Izquierdo Sanfuentes nace en 1850 en el seno de una familia tradicional chilena y ya desde sus primeros años demuestra su interés por la naturaleza y su vocación de naturalista, emprendiendo largas excusiones al interior del fundo “Lo Arcaya del Principal”, de Pirque, a la caza de mariposas y otros insectos. El fundo era propiedad de su padre, rico y recto hacendado.

Cuenta el Profesor Juan Noé que un día el niño desaparece; se le busca por todas partes, con gran inquietud, para encontrársele finalmente examinando las vísceras de un sapito.

Vicente Izquierdo hizo sus estudios secundarios en el instituto Nacional, cuyo rector era su tío, don Diego Barros Arana. Por deseo expreso de su madre, doña Ana Sanfuentes, por quien sentía adoración, sigue estudios de leyes, obteniendo el título de Bachiller. Cumplido el deseo de su madre, se siente libre de seguir su propia vocación y se matricula en la Escuela de Medicina, obteniendo el grado de bachiller en 1875.

El Presidente de la República, don Federico Errázuriz Zañartu, con gran visión, comprende que el desarrollo del país exige el envío de los mejores profesionales y técnicos al exterior. Entre los médicos, son favorecidos con becas el Dr. Francisco Puelma Tupper, en Anatomía Patológica, Manuel Barros Borgoño en Cirugía y Asepsia, Máximo Cienfuegos en Oftalmología y Vicente Izquierdo en Histología.

Alemania era entonces el país con mayor desarrollo de las ciencias biológicas. Se dirige primero a Leipzig para completar sus estudios médicos y científicos al lado del Profesor Wilhelm His, quien trabajaba a la época, en la histogénesis del sistema nervioso. Después de una corta estadía en Viena, para seguir estudios Oftalmología. Izquierdo tenía

¹ Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Académico de Número. Academia Chilena de Medicina.

la intención de dedicarse a la Oftalmología, pero su genio de naturalista se impuso, lo que lo llevó a Estrasburgo, a trabajar con el célebre Wilhelm Waldeyer. Perdida por Francia la guerra franco-prusiana, Estrasburgo era entonces una ciudad alemana. Basándose en los descubrimientos y técnicas de Golgi, de Ramón y Cajal, el Laboratorio de Waldeyer bulle de actividad. Waldeyer acuña el término de neurona para las células nerviosas.

Izquierdo, minucioso, detallista, perfeccionista, se posesiona de las técnicas histológicas y se dedica de lleno a las investigaciones sobre la inervación sensitiva de la córnea, utilizando la técnica del cloruro de oro. Concluye que la casi totalidad de las fibras sensitivas terminan en el citoplasma de las células del epitelio corneal; la exquisita sensibilidad corneal reside, entonces, en su epitelio. Esta es una verdad clínica: la más mínima erosión epitelial corneal se acompaña de molestias casi intolerables. Como resultado de estos minuciosos trabajos se publica “Beitrag zur Kenntniss der Endigung der Sensiblen Nerven” (“Contribución al conocimiento de las terminaciones de los nervios sensitivos”). La segunda parte de esta obra está dedicada al estudio de las terminaciones sensitivas en otras regiones, como la lengua, estudiada en distintas especies, especialmente en el pato.

Izquierdo recibe en Estrasburgo su diploma “Cum laude” por sus brillantes estudios y tesis. Rinde y aprueba examen estatal de Medicina, previa autorización de la autoridad de Alsacia-Lorena, con la promesa de no ejercer la profesión en Alemania. Lo examinaron entre otros: Kussmaul, Waldeyer y el oftalmólogo Lacquer. Se inicia en Estrasburgo una hermosa amistad entre el maestro Waldeyer y su discípulo, una amistad mantenida a través de muchos años y que se hizo extensiva a las familias. Waldeyer fue su sombra protectora, primero desde Estrasburgo y luego desde Berlín, donde se hizo cargo de la prestigiosa Cátedra de Anatomía. Don Roberto Izquierdo Phillips aún conserva estas valiosas cartas manuscritas del Prof. Waldeyer, en que no sólo muestra su interés por la familia y la producción científica del Dr. Izquierdo, sino también por nuestro país, asolado a la época por tantas desgracias a fines del siglo XIX a inicios del siglo XX.

Izquierdo, al igual como el resto de los becados chilenos, debe regresar, apresuradamente, en 1879, respondiendo al llamado de su patria en guerra. Inicialmente trabaja en el hospital donado por la familia Matte en la calle Lira para la atención de los heridos de la guerra. Aquí los jóvenes médicos aplican los conocimientos sobre la antisepsia introducidos por Lister en el manejo de las heridas de los soldados. Más tarde se traslada a Arica y Tacna, donde le espera el espectáculo desolador de los millares de cadáveres malamente sepultados.

Después de un segundo viaje a Europa, esta vez en compañía de su flamante esposa, Sarita Phillips Hunneus, es designado Profesor de Histología de la Universidad de Chile: no hay laboratorios, no hay material docente. Con tesón admirable y paciencia infinitas, se da a la tarea de reunir y crear preparados para la docencia. Además de sus labores docentes y, tal como se estilaba en aquel entonces, sirve desinteresadamente en el Hospital San Vicente como clínico y atiende su clientela privada. Es llamado por su amigo el Presidente Domingo Santa María para que se presente como candidato a Diputado por el partido liberal. Es electo e impulsa la ley de Ordenanza Sanitaria de 1886 que nos protege

de la propagación de la epidemia de cólera que azota al mundo. Preside además la Junta de la vacuna, logrando prácticamente la erradicación de la viruela del país.

Izquierdo fue un gran Profesor. Carlos Charlín Correa, que fue su alumno y que escribió y publicó mucho, nos permite hoy entrar en una clase del Prof. Izquierdo allá por el año 1906. Los alumnos, como siempre, bulliciosos y desordenados, callan abruptamente al entrar el Profesor, vestido siempre con su levita negra, su cabeza ya blanca. Caminaba a pasos cortos e inseguros, pero al llegar a la pizarra se animaba: dibuja los tejidos con gran meticulosidad, con pasión, usando tizas coloreadas. Charlín miraba con temor el paño que iba a borrar aquella primorosa filigrana. Esta descripción, cómo nos recuerda las clases del Dr. Walter Fernández, sucesor de Izquierdo y de Noé en la cátedra de Histología. Después de la clase, Izquierdo se dirigía al microscopio, rodeado de sus alumnos; con qué precisión, casi mística, describía los detalles de las células. Levantaba la vista del microscopio y continuaba la descripción con la mirada perdida en el vacío. Treinta generaciones de médicos pasaron por su Cátedra.

Fue además, talvez, el médico clínico más respetado de su tiempo. Sus alumnos y contemporáneos le reconocían su sentido clínico, su buen criterio y prudencia. No se concebía una Junta Médica de paciente importante sin él. Era tímido en su terapéutica y no prescribía sino remedios de eficacia comprobada por la ciencia y la experiencia. En un medio poblado de pavos reales, Izquierdo era humilde. Charlín cuenta que un día es llamado a casa millonaria a atender un paciente a cargo de un modesto médico de barrio: “Para qué me consultan, dice el Dr. Izquierdo, si está en tan buenas manos y el colega sabe más que yo”.

Años después, el Profesor Noé se quejaba de la dificultad en formar investigadores en un país en que los jóvenes médicos tenían que compartir las labores de investigación con la práctica médica: el ejercicio de la profesión es un monstruo, un pulpo que abraza al médico y lo arrastra al abismo, lejos de los Laboratorios. Izquierdo, en cambio, exigido al máximo por el hospital, la Cátedra, la clientela, el servicio cívico y la actividad política, encontró el tiempo de investigar y hacer importantes contribuciones a la ciencia, por la simple razón de que en el fondo él era un naturalista y poseía el genio biológico. En 1885 publica en el “Virchow Archiv” un trabajo histopatológico sobre la verruga peruana. Izquierdo demostró que el nombre era incorrecto porque no había hipertrofia papilar sino más bien infiltración inflamatoria de los tejidos intersticiales. Poco después el joven médico peruano Carrión se inoculó los antebrazos, resultando en enfermedad febril y muerte. Sólo en 1911 el bacteriólogo Barton de Harvard describe la “bartonela”, el agente causal.

En 1895 publica su maravillosa obra “Notas sobre los Lepidópteros de Chile” con dibujos perfectos, delicados, de fidelidad absoluta, hechos por él mismo. En 1906 publica su “Ensayo sobre los protozoos de agua dulce de Chile”, donde describe 527 individualidades diferentes, fina y detalladamente ilustrado a la acuarela. Una publicación previa sobre el mismo tema, en alemán y publicada en Alemania, se perdió lastimosamente durante el incendio de la Escuela de Medicina en 1948.

Además de otros trabajos originales, se dio el tiempo de publicar monografías sobre temas de Histología recientemente resueltos como “La estructura de la retina humana, según sus nuevos descubrimientos” y otros tópicos de neurohistología. Es sabido que tuvo activa correspondencia con don Santiago Ramón y Cajal.

En 1906, a los 54 años de edad es nombrado Decano de la Facultad de Medicina. El Profesor Izquierdo había llegado a la cumbre de su carrera. Hacía ya 3 años que había perdido a su adorada esposa, Sarita Phillips, quien tenía poco más de 40 años a su muerte y dejó seis hijos extraordinarios. Después de muchos años de viudez y soledad, el Profesor encuentra en la hermana menor de Sarita, Mary Phillips, una nueva luz, el amor, un nuevo motivo para seguir viviendo. De su matrimonio con Mary Phillips nacerán dos hijos; el menor, Roberto Izquierdo Phillips, mi paciente, nos ha apoyado generosamente para escribir esta crónica.

1913. El Decano Izquierdo, con gran preocupación, observa una pérdida rápida y casi total de la visión del ojo derecho, tenía 63 años. No sabemos si por propia iniciativa o por insistencia de su esposa Mary, deciden llamar al joven Dr. Carlos Charlín Correa a su casa de la calle Santo Domingo. Charlín tenía 28 años, acababa de regresar de Europa, visitando a los más eminentes oftalmólogos europeos de la época en Berlín, Freiburg y París. Izquierdo lo conocía bien: era hijo de su compañero, el hábil cirujano Raimundo Charlín Recabarren, y había sido su Profesor. Charlín ha descrito esta visita con prolijidad: la severidad de la fachada, sin adornos, el jardín interior de plantas esplendorosas, la atmósfera de paz profunda, propias de existencias dedicadas por entero a la ciencia, sin ambiciones de riqueza o poder.

Sabemos, por las anotaciones posteriores en la ficha de Charlín, que el Decano tenía un desprendimiento de retina en el ojo derecho, con visión normal en el ojo izquierdo. No existía, a la época, un tratamiento eficaz para el tratamiento del desprendimiento de retina, si bien existía toda clase de procedimientos experimentales, algunos bastante invasivos, basados en el erróneo concepto de que el desprendimiento de la retina era la consecuencia de una transudación del líquido desde la coroides. No fue sino al final de los años 20 que se impuso el tratamiento preconizado por Jules Gonin, quien buscaba cerrar los desgarros de la retina, verdadera causa del desprendimiento de esta membrana.

Con muy buen criterio, Charlín se abstuvo de puncionar el globo y recomendó un reposo absoluto transitorio. Al lector apasionado le prohibió la lectura y al histólogo le prohibió el uso del microscopio. El Gobierno acepta su renuncia a la Cátedra con fecha 12 de agosto de 1913 y poco después se nombra en su reemplazo al Dr. Juan Noé, en calidad de interino.

El 18 de abril de 1917 concurre a la consulta del Dr. Carlos Charlín. El Dr. Charlín anota en su ficha: desde 2 ó 3 días, sensación subjetiva de opacidades vítreas. Siempre ha tenido un poco, pero en los últimos días han aumentado considerablemente (tienen que referirse al ojo izquierdo).

VOD: percepción luminosa. Sin reacción a la luz.

VOI : + 1,75 esf = 5/5

OD: desprendimiento de retina casi total

OI: cuerpos flotantes del cuerpo vítreo en bastante cantidad.

En consecuencia, el Prof. Izquierdo presentaba un desprendimiento de retina antiguo en ojo derecho, prácticamente sin visión, y tenía visión normal en el ojo izquierdo, con corrección. No estaba prácticamente ciego, como anotan sus biógrafos.

El 29 de abril de 1917 anota: las opacidades vítreas han aumentado, enfermo nervioso. Indica yoduro de potasio 0.5 día por día.

El 1 de mayo de 1917 aparecen fosfenos. La presión arterial era 230/130. El enfermo guarda cama. Es evidente que existen síntomas de tracción vítrea sobre la retina y la indicación de reposo en cama parece más que justificada para la época, ya que el desprendimiento de retina en ojo único aparece como inminente. El 5 de mayo de 1917 coloca inyección subconjuntival de cloruro de sodio hipertónico.

El último control registrado en la bitácora del Dr. Charlín tiene lugar en septiembre de 1923. Esta vez, el Profesor percibe círculos coloreados. La presión intraocular era normal y todavía se consigue una visión casi normal con el ojo izquierdo, pero esta vez con una pequeña corrección miópica: es evidente, aunque no está establecido en la ficha, que el Profesor está desarrollando una catarata senil, aún incipiente.

El Profesor Izquierdo habría de vivir 13 años desde el día en que el funesto diagnóstico de desprendimiento de retina, hoy una enfermedad curable, cayera sobre él. Con frecuencia, volvía a su antiguo Laboratorio a conversar con su sucesor y amigo, el Dr. Juan Noé. El Dr. Walter Fernández, entonces un joven discípulo de Noé, fue testigo de estas visitas. Izquierdo se enteraba de la marcha de la Cátedra y de los últimos avances científicos en bioestructura. El Profesor, que tenía prohibido el uso del microscopio, mirando el infinito evocaba imágenes microscópicas retenidas en su mente privilegiada, ampliándolas con la información que brotaba de los labios del Prof. Noé.

Su pasión por las mariposas no lo abandonó, sin embargo, en este otoño triste de su vida que soportó con tanto estoicismo. Entre los años 1918 a 1921 hace trascendentales observaciones (*Attacus rubescens*) sobre la biología del pavón, la gran mariposa de la zona central, cuyo macho no era conocido a la época. Una mañana de abril, en el parque de su fundo de San Jorge de Nos, colocó una hembra dentro de una jaula al lado de una lámpara. Pocos minutos después apareció el primer macho; “era como me los suponía, hermosísimo”, dijo el Profesor a su médico oftalmólogo y confidente, Carlos Charlín. Introduciendo el galán en la jaula pudo observar cómo se producía el himeneo.

No llegó hasta aquí el genial biólogo: tiñó el tórax de algunos machos con eosina y los dejó en libertad y colocó hembras enjauladas a distancias variables, hasta de varios kilómetros. Los machos marcados llegaron a la cita, atraídos de tan lejos. El profesor concluyó que la hembra madura secretaba una sustancia química volátil que determinaba la

quimiotaxis positiva sobre los machos: Izquierdo había descubierto el principio de las Feromonas, adelantándose en casi 30 años a la descripción de estas sustancias. Fue la última victoria de este científico insigne.

Vicente Izquierdo Sanfuentes, uno de los más grandes científicos chilenos, fue un hombre bondadoso y humilde que enseñó, por sobre todo, el amor a la verdad. ■

ESFUERZOS DEL MUNDO CATÓLICO PARA FORMAR UN MÉDICO CATÓLICO, 1888-1929¹

PROF. JUAN EDUARDO VARGAS CARIOLA²

INTRODUCCIÓN

Al leer la obra de Ricardo Krebs titulada *Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile*³ queda en evidencia que sus promotores y autoridades –y el mundo católico en general– se preocuparon desde la fundación de la Universidad, el año 1888, de que Medicina estuviera entre las profesiones que se impartirían en esa Casa de Estudios. Los planes que se trazaron desde entonces para lograr ese objetivo se estrellaron siempre con la imposibilidad de contar con los recursos que se necesitaban para abrir dicha carrera. Será sólo en 1929, durante el rectorado de don Carlos Casanueva, cuando se alcance dicha meta, después que dicha figura consiguió fondos que se requerían para organizar la nueva Escuela.

¿Por qué –nos preguntamos- ese interés por formar un médico en la Universidad Católica? ¿Por qué el mundo católico no cejó, durante algo más de cuarenta años, hasta que pudo satisfacer ese anhelo? Es cierto que esas preguntas podrían responderse señalando que se creía necesario preparar un médico católico para que, al igual que otros profesionales de fe, sirviera para contrarrestar el “avance de las tendencias antirreligiosas de la segunda mitad del siglo XIX”⁴. Pero, a fin de intentar calar más hondo en el problema, nos pareció sugerente, en primer lugar, intentar reconstruir la visión que tenían los creyentes sobre el médico, y a partir de ella comprender las diversas acciones que emprendieron –incluyendo las no pocas frustraciones- para fundar dicha carrera en la Universidad Católica.

Las cuestiones indicadas hemos procurado contestarlas a través de la consulta de las fuentes en las que, en mayor o menor medida, pueden pesquisar las posturas de los católicos sobre lo que, a modo de aproximación, podríamos llamar la cuestión universita-

¹ Este artículo, que contó con la valiosa colaboración del Ayudante Marcelo López, forma parte de la investigación, aún no concluida, sobre Historia de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, 1888-2000. Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Miembro de Número de la Academia Chilena de la Historia. Profesor de la Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Krebs, Ricardo; Muñoz, María Angélica, y Valdivieso, Patricio; *Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. Dos Tomos. Santiago, 1988.

⁴ Krebs et al, tomo I, op. cit., 3.

ria católica. En este sentido, fueron especialmente útiles el Archivo de la Pontificia Universidad Católica, el Archivo de la Escuela de Medicina de esa Universidad y, en menor medida, el Archivo del Arzobispado. Un complemento indispensable resultó la revisión de algunos diarios católicos –tales como el *Estandarte Católico*, *El Independiente* y *El Diario Ilustrado*– en fechas significativas para la historia de la Escuela de Medicina de dicha Universidad.

No está de más advertir que las apreciaciones que se ofrecen en este artículo tienen un carácter provisional, al menos hasta que otras investigaciones semejantes permitan corroborar, rectificar o matizar los puntos de vista que se sugieren a propósito de los sostenidos esfuerzos que se hicieron para instaurar la carrera de Medicina en la Universidad Católica.

I.- EL MÉDICO LAICO Y EL MÉDICO CATÓLICO

En la década de 1880 uno de los médicos que trabajaba en el país hacía un llamado a los padres para que sus hijos no ingresaran a la carrera de Medicina en la Universidad de Chile. La experiencia le había demostrado que el ejercicio profesional ya no permitía, a diferencia de lo que había ocurrido hasta entonces, reunir los medios para llevar una vida tranquila. La clientela –agregaba– se había tornado esquiva debido al “exceso” de médicos que existía en el país, ante lo cual sugería la conveniencia de dedicarse a otros estudios, más remunerativos, si se quiere⁵. Los llamados de los anteriores, sin embargo, no surtieron ningún efecto y la juventud, cada vez en mayor número, ingresó a la Escuela de Medicina de esa Universidad. El prestigio de la profesión, el deslumbrante éxito económico de algunos de sus egresados y, desde luego, la vocación de servicio de muchos explica ese interés, no obstante que las dificultades económicas que se denunciaban tendieron a incrementarse durante las primeras décadas del siglo XX⁶.

Los fundadores de la Universidad Católica, por su parte, tampoco tuvieron en cuenta esa recomendación, y desde un comienzo plantearon la necesidad de que en la nueva casa de estudios debía impartirse la carrera de Medicina⁷. Desde el punto de vista de los anteriores el tema de que existieran más médicos de los que el país necesitaba no era una cuestión que les preocupara. Incluso, es posible que ni siquiera se la plantearan, toda vez que cuando promovían dicha carrera estaban pensando en la conveniencia –cada día más urgente para ellos– de preparar un médico impregnado de los valores católicos. Este profesional –desde el punto de vista de los anteriores– debía convertirse en un contrapeso cultural al médico que egresaba de la Universidad de Chile, toda vez que la imagen que tenían de este último correspondía a la de un profesional caracterizado por su espíritu laico y positivista, y por una conducta decididamente contraria a la Iglesia. Estos juicios, exagera-

⁵ Vargas Cariola, Juan Eduardo, *Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado*, 1870-1951, en *Boletín de la Academia Chilena de la Historia*, n°111, 2002, 141 y 142.

⁶ Vargas Cariola, op. cit., 148.

⁷ Krebs, et al, op. cit., 171.

dos o no, se basaban en hechos que para los católicos eran indesmentibles. Así, y por colocar un ejemplo de cultura laicista, habría que recordar que figuras como el médico y diputado Guillermo Puelma Tupper afirmaban, a propósito de los proyectos de ley sobre los cementerios laicos y el matrimonio civil, que “con su aprobación habremos dado el último golpe a nuestro común enemigo (la Iglesia), que nos molesta en nuestro nacimiento, en la constitución de la familia, y aun después de nuestros días, en la puerta de los cementerios”⁸.

El punto estaba en que esas afirmaciones no quedaban en el plano de las ideas; esto porque médicos, dado su enorme prestigio, lograban una influencia que iba mucho más allá de lo estrictamente profesional. Este hecho no era del todo nuevo; se arrastraba al menos desde el último tercio del siglo pasado, cuando esos profesionales, en un hecho inédito, comenzaron a jugar un papel que no habían tenido hasta entonces. El Dr. Ricardo Cruz-Coke, al referirse a este punto, afirma que esos profesionales comenzaron a ejercer en la sociedad liberal una influencia desconocida⁹. Es muy posible que este nuevo papel público, por darle un nombre, obedezca a la decisión de los presidentes liberales de echar mano a ellos –y por cierto que también a otros profesionales- para llevar a la práctica sus planes de modernización de la sociedad chilena¹⁰. Esta tarea –que suponía llevar a la práctica, entre otras cosas, echar las bases de una política de salud y de educación, y limitar la acción de la Iglesia en la sociedad- contó con el apoyo de los médicos. En este sentido hay que recordar que un médico, en la década de 1880, era Rector de la Universidad de Chile, que otros fueron ministros y parlamentarios, y que algunos se desempeñaron como intendentes y profesores de liceos; sin olvidar que el médico de ciudad –sobre todo en provincia- era una suerte de gran autoridad, cuya palabra tenía un peso casi incontrarrestable en el mundo donde trabajaba¹¹.

Desde nuestro punto de vista, lo que interesa subrayar es que los médicos, mirados desde la perspectiva de la elite católica, aparecían como una suerte de peligrosos difusores de los valores antirreligiosos, verdaderos enemigos de la Iglesia, en el puesto público o lugar profesional que estuviesen, contribuyendo con su acción a debilitar la influencia que la Iglesia ejercía –y pretendía seguir ejerciendo- en la sociedad.

La profesión de médico –decían los católicos- no puede tener esa finalidad. Los facultativos, decía *El Estandarte Católico*, “gracias a Jesucristo hemos sido sucesivamente confesores, monjes, sacerdotes y caballeros... Por eso hoy, en medio del escepticismo presente,

⁸ Krebs et al, op. cit., 10.

⁹ Cruz-Coke, Ricardo, *Historia de la Medicina chilena*. Santiago, 1995, 443.

¹⁰ Lo que llamamos la modernización liberal es un tema escasamente estudiado. Nuestra impresión es que durante la etapa liberal, que se inicia con el Presidente Errázuriz Zañartu, y se cierra con Balmaceda, se inician políticas en campos tales como la educación y la salud, que convierten al Estado en gran impulsor de esas acciones y que tienen a los médicos –y a otros profesionales- como protagonistas destacados.

¹¹ Sobre el médico de ciudad, ver Vargas Cariola, op. cit., 146 (nota 53).

conjuro a todos los médicos que no se aparten de las doctrinas de Jesucristo. ¿Qué interés pueden tener en oscurecer este brillante pasado, precipitándose en las abyecciones del materialismo o en las locuras del libre pensamiento? Aparte de lo que hagan perder a la ciencia, nuestra profesión se convertirá en un medio de ganar la vida como otro cualquiera, descendiendo del sacerdocio al tráfico más vulgar”¹². El mismo periódico, a propósito del interés que los “promotores” de la Universidad Católica tenían de fundar las “diversas cátedras de la facultad de medicina”, expresaba que “triste es..., pero forzoso decir, que desgraciadamente la enseñanza de esta ciencia se halla en gran parte viciada entre nosotros. Ciertamente, parece raro que los médicos, encargados de investigar las causas de la vida, con frecuencia sólo encuentren y propaguen gérmenes de muerte. Mas, si el hecho a primera vista puede parecer extraño, tiene... cabal explicación cuando se considera el depravado intento con que se han abolido en los modernos sistemas de instrucción los estudios religiosos y filosóficos para favorecer un dañoso exclusivismo profesional, y... cuando se piensa en la influencia funesta que han ejercido en la enseñanza de aquella ciencia las doctrinas de los textos franceses adoptados en Chile para el estudio, cuyos autores adolecen... de un letal y grosero materialismo”¹³.

Esta visión –la de un médico no “materialista”, convencido de que era un sacerdote del alma y del cuerpo del enfermo, así como un defensor de la fe– era la que se contraponía a la del médico laico y la que se tuvo en cuenta cuando, a partir de 1888, se iniciaron las gestiones para que en la Universidad Católica se formara un médico católico.

II.- EL PRIMER PROYECTO, 1888-1895

En 1888 el Arzobispo Mariano Casanova, después de escuchar las consideraciones de Abdón Cifuentes, Joaquín Larraín Gandarillas y las de los Rectores del Seminario, del Colegio San Ignacio y del Colegio de los Sagrados Corazones¹⁴, designaba una Junta Promotora que debía “estudiar y preparar la fundación legal y canónica de la Universidad Católica de Chile”. Esa Junta se abocó, entre otras cosas, a determinar los estudios que se ofrecerían¹⁵, pronunciándose sus miembros por la conveniencia de formar “directores de faenas agrícolas”; “abrir una Escuela Profesional de Artes y Oficios”; una “Facultad de Leyes y Ciencias Políticas” y una de “Humanidades... como contrapeso al Instituto Nacional” y, por último, establecer una Facultad de Medicina¹⁶.

¹² *El Estandarte Católico*, 27 de septiembre de 1888, 1.

¹³ *El Estandarte Católico*, 1º de noviembre de 1888, 1.

¹⁴ Krebs et al, op. cit., 15.

¹⁵ Krebs et al, op. cit., 16.

¹⁶ Archivo de la Pontificia Universidad Católica (AUC, en adelante), Arzobispado de Santiago AS, en adelante), Notas y Decretos, 1885-1916, f. 4 y 5.

Respecto a esta última, dicha Junta estaba consciente de que sería la “más costosa que todas en cuanto exige un profesorado numeroso y difícil de procurársele, vastos locales y un hospital”. Aun así, da la impresión que ese desembolso y las dificultades anexas no la atemorizaban, ni tampoco le parecían insalvables, como queda de manifiesto al comprobar que con el propósito de organizar la nueva Facultad propuso construir la Escuela en el local del Asilo de la Patria, y el hospital, en la vecindad de la Hermandad de Dolores, “el cual sería atendido por los profesores de la Escuela de Medicina, a la vez que aquel serviría de práctica para los estudiantes de esta... El cuerpo de profesores –agregaba- se organizará con los fondos ya existentes y los que comisiones nombradas *ad hoc*¹⁷ allegarían entre personas de buena voluntad”¹⁸.

Es muy probable que estos propósitos se frustraran debido a que las autoridades de la Universidad no consiguieron los recursos que se requerían para financiar dicha Escuela. Téngase en cuenta al respecto que en 1892 –cuando se contaban sólo los tres primeros cursos de Derecho y un curso propedéutico de Matemáticas; y formaban parte de las instituciones anexas, la Escuela Industrial Nuestra Señora del Carmen, el Externado Literario San Rafael y el Pensionado Universitario San Juan Evangelista- existía un déficit de \$4.406,44¹⁹. Ante esta situación, era irreal pensar en una Escuela de Medicina, al menos en tanto las entradas de la Universidad no permitieran saldar el déficit y emprender nuevas obras.

A partir de 1892, podría decirse que se comienza a saldar ese déficit gracias a una serie de importantes donaciones y legados de católicos que, estimulados por los llamados de sus pastores o de las autoridades universitarias, entregaron sus aportes para sostener una obra que consideraban, en la hora presente, indispensable. Así María Juana Larraín Gandarillas, hermana del Rector, legaba a la Universidad su valiosa propiedad de la calle Huérfanos n°36, esquina de Ahumada; en su testamento disponía que a su muerte, que acaeció en 1892, su hermano Joaquín la recibiría en usufructo, y que cuando éste falleciera la Universidad entraría en posesión de ella²⁰. Al año siguiente, el Monasterio de las Carmelitas de San Rafael donaba la Quinta del Carmen y la Chacra del Pino y, por último, el mismo Rector Larraín Gandarillas legó en su testamento una serie de propiedades: dos casas quintas en la calle Maestranza (actual Avenida Portugal); una casa en la Alameda de las Delicias n°40; y otra en el n°42 de la misma calle; y, desde luego, la casa de la calle Huérfanos n°36, que había recibido en usufructo de su hermana²¹. No está de más recordar que los benefactores debieron entregar estos legados al Arzobispado de Santiago debido a que dicha casa de estudios, al carecer de personalidad jurídica, no podía recibirlos.

¹⁷ Subrayado en el original.

¹⁸ AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f.4 y 5.

¹⁹ Krebs et al, op. cit., 50-66.

²⁰ *Anuario de la Universidad Católica* (ANUC, en adelante), 1888-1897, 483.

²¹ Krebs et al, op. cit., 72-76.

El incremento patrimonial que experimentó la Universidad en esos años –que permitió convertir el déficit en superávit- impulsó al Rector, a fines de 1894, a considerar que los fondos de la Universidad posibilitaban pensar tanto en la construcción de la Casa Universitaria definitiva como en el establecimiento de las Facultades de Medicina y Farmacia y de Ciencias Físicas y Matemáticas. Fue precisamente lo que dicha autoridad planteó a Mariano Casanova, Arzobispo de Santiago, dirigiéndole una carta en la cual le manifestaba la “urgente necesidad de establecer la enseñanza de los ramos pertenecientes” a dichas Facultades. Pero, le agregaba, “como el local que ocupa la universidad es del todo inadecuado para ello..., se hace indispensable construir edificios especiales con este objeto”. Ante esta limitación, el Rector le hacía presente que podría emprenderse dicha obra en la “extensa propiedad, que da frente a las calles Maestranza y Marcoleta”, y que correspondía a las casas quintas que, como se dijo, había legado a la Universidad. Para el financiamiento de la misma se contaba con alrededor de cincuenta mil pesos y con los bienes legados por María Luisa Santander, con todo lo cual “calculo que habrá lo suficiente para construir, a lo menos, los edificios que necesitará la Facultad de Medicina y Farmacia”²².

Da la impresión que el Rector tenía especial interés en organizar rápidamente la Facultad de Medicina y Farmacia, toda vez que en dicha carta pedía al Arzobispo que le hiciera “conocer su pensamiento acerca de la construcción inmediata” de dicha Facultad, y le diera las “autorizaciones e instrucciones necesarias para llevar a cabo esta importante obra”²³. El 17 de diciembre de dicho año le respondía el Arzobispo expresándole que “son de mi aprobación todas las ideas que me propone y en especial el que se construya la Facultad de Medicina y Farmacia en la calle de la Maestranza”, al igual que los estudios, planos y presupuestos que sobre dicha obra había preparado la Oficina de Arquitectura Eclesiástica que dirigía el presbítero José Agustín Jara²⁴.

En los primeros meses del año siguiente, sin embargo, el Arzobispo ordenaba aplazar los trabajos²⁵. ¿Qué había pasado para detener la construcción de la Facultad de Medicina y Farmacia que tanto deseaba Mariano Casanova, Joaquín Larraín Gandarillas y los fundadores de la Universidad? La razón de esa decisión, de acuerdo con lo que exponía el Rector, obedecía a que se había comprobado, una vez más, que la Universidad carecía de recursos para comenzar las obras. Algo que podría parecer extraño, sobre todo después del entusiasmo inicial de esas autoridades, pero que se entiende si se tiene en cuenta que el presupuesto que calculó el presbítero Jara, cuyo monto la Universidad estaba en condi-

²² Carta del Rector al Arzobispo Mariano Casanova, Santiago, 10 de diciembre de 1894, en AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 111. Se reproduce el mismo documento en Krebs et al, op. cit., 77.

²³ AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 112.

²⁴ AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 113.

²⁵ Carta del Rector al Arzobispo de Santiago, Santiago, 2 de agosto de 1897, en AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 136.

ciones de financiar, resultó dos o tres veces más bajo que el que prepararon, poco tiempo después, “personas inteligentes” a solicitud de dicha autoridad²⁶.

Esta situación explica que el proyecto se hubiera detenido, si bien cuando se tomó esa determinación los primeros trabajos –consistentes en la demolición de las construcciones que había en Marcoleta con Maestranza- se encontraban muy avanzados. Así, por equivocaciones y falta de experiencia, la Universidad –decía el Rector- había “recibido considerables perjuicios”; esto porque “fue necesario demoler más de media cuadra de edificios, desocupar y emparejar el terreno en que había que abrir los cimientos”, con la pérdida de las rentas que se recibían de ellos y “cubrir periódicamente el impuesto municipal de haberes, que hasta ahora se mantiene como si existieran los edificios demolidos”²⁷.

Era la primera frustración. Pero, en ningún caso, la única. Vendrían otras.

III.- EL SEGUNDO PLAN, 1909-1910

A la muerte de Joaquín Larraín Gandarillas, acaecida en 1897, Mariano Casanova nombró como Rector al presbítero Jorge Montes Solar. Menos de seis meses después, se veía obligado a aceptar su renuncia por motivos de salud, y designar a la cabeza de la Universidad a Rodolfo Vergara Antúnez²⁸. Será durante el rectorado de este último cuando se haga un nuevo intento por fundar la Facultad de Medicina.

Corría el año 1908. El Arzobispo “hacía tiempo que se encontraba un tanto retirado de la vida activa..., a causa de la visible decadencia de su salud, en el ocaso de su vida, muy poco antes de su muerte y (sin embargo, cuenta su biógrafo), su mano temblorosa firmó el decreto de creación de la Facultad de Medicina y Farmacia”²⁹. ¿Qué lo había impulsado a dar este paso? ¿Su antigua preocupación por el tema? ¿El interés del Rector y de algunos médicos católicos por impartir una carrera de tanta significación religiosa y social? Pero ¿sería el momento más adecuado?, ¿tendría la Universidad los recursos que se requerían?

El decreto en cuestión, fechado el 19 de marzo, indicaba lo siguiente: “Considerando que la Iglesia ha sido en todos los tiempos constante y generosa promotora de las ciencias, especialmente de aquellas que contribuyen al bien común, como son las profesionales, y que con este fin fundó en Santiago la Universidad Católica... Considerando que es necesario completar las facultades universitarias con la creación de la de medicina, que falta para ofrecer a la juventud católica los medios para graduarse en las distintas carreras que le abren las puertas del porvenir. Considerando que interesa en sumo grado a la sociedad la formación de médicos en quienes las familias cristianas depositen su entera confianza, ya

²⁶ Carta de Joaquín Larraín Gandarillas al presbítero José Agustín Jara, San Bernardo, 24 de julio de 1897, en AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 138 y 139.

²⁷ Carta de Joaquín Larraín Gandarillas al presbítero José Agustín Jara, San Bernardo, 24 de julio de 1897, en AUC, AS, Notas y Decretos, 1885-1916, f. 142.

²⁸ Krebs et al, op. cit., 96-101.

por solidez y amplitud de sus conocimientos, ya por la identidad de sus creencias. Considerando que es un bien positivo que se aumente el número de médicos como quiera que existen poblaciones privadas de la conveniente asistencia científica por falta de facultativos. Por estas consideraciones –concluía el decreto-, invocando el Santo Nombre de Dios y contando con la generosa cooperación de los católicos chilenos, a quienes les rogamos que nos ayuden con sus riquezas, pues carecemos de los recursos suficientes para esta obra, venimos en disponer lo siguiente:

1.- Fúndase en la Universidad Católica de Santiago la Facultad de Medicina.

2.- Destínase para la construcción del edificio en que ha de funcionar esta facultad, la parte necesaria del terreno que posee la Universidad en la Alameda de las Delicias entre Lira y Maestranza.

3.- Encárgase al Rector de dicha Universidad y a los Consejos Académicos y de Administración de la misma, la preparación oportuna del reglamento, del plan de enseñanza y de todo lo concerniente a la organización de la nueva facultad”³⁰.

Como se aprecia, el decreto se justificaba subrayando la significación religiosa que tenía formar un médico “en quienes las familias cristianas depositen su entera confianza” y, por otra parte, destacando la importancia social que tendría aumentar el número de esos profesionales para poder atender a las “poblaciones privadas de la conveniente asistencia científica por falta de facultativos”. Así, y después de veinte años, el concepto de médico católico no había experimentado grandes variaciones, ni tampoco, desde luego, la convicción de que debía ser un baluarte contra el laicismo que promovían no pocos de los médicos egresados de la Universidad de Chile.

Los deseos de Mariano Casanova, sin embargo se vieron tronchados debido a que no pudo “reunir el dinero necesario para obra de tal magnitud”³¹. Una vez más la falta de recursos se confabulaba en contra de los deseos de formar un médico católico. Será tal vez por lo mismo que los Obispos de la Provincia Eclesiástica chilena, en su reunión celebrada el 2 de agosto de 1909, “exhortaron a los católicos de las clases acomodadas a que concurren con donativos o legados testamentarios, a la conservación e incremento de la Universidad Católica de Santiago, la cual después de haber logrado crear las Facultades de Derecho, de Matemáticas, de Ingeniería, y de Agricultura, estima, como de urgente necesidad, la creación de la Facultad de Medicina, que exige crecidas sumas de dinero”³².

Algunos días después del llamado de los Obispos, el 30 de agosto de 1909, y posiblemente en respuesta a lo que pedían los pastores, cuarenta y cinco médicos-cirujanos le

²⁹ *La Revista Católica* (LRC, en adelante), n°164, 16 de mayo de 1908, 664.

³⁰ AUC, Actas y Decretos (A y D, en adelante), 1888-1916.

³¹ Archivo de la Secretaría Arzobispal (ASA, en adelante), legajo n°10, Universidad Católica.

³² Reunión de los Obispos de la Provincia Eclesiástica chilena, 2 de agosto de 1909, en *LRC*, 16 de julio de 1910, n° 216, Tomo XVIII, 979-988.

escribían al Rector a fin de pedirle “que se sirva recabar de la autoridad correspondiente la creación de la Escuela de Medicina Libre y la fundación de un hospital general anexo a la Escuela”³³. Los firmantes de dicha comunicación exponían que la “idea capital que domina a los iniciadores de este movimiento es exclusivamente de difusión científica” y, de paso, criticaban el plan de estudios de la Escuela de Medicina de la Universidad Fiscal, por “el poco desarrollo que se da a la enseñanza práctica y el corto número de alumnos que forman parte de los servicios hospitalarios”.

Concluían los médicos afirmando que “hay en Santiago notabilidades (sic) eminencias médicas que por diversos motivos no forman parte del actual cuerpo de profesores de medicina”, las cuales estarían dispuestas a “formar parte del nuevo plantel”; y agregaban que los “servicios de policlínica y hospitalarios de la nueva Escuela, prestarán servicios incalculables a la ciudad y a los numerosos desvalidos que acuden diariamente a ellas en busca de salud”³⁴.

En la segunda parte de su carta, los médicos –entre los que se contaban Juan Enrique Oportot, P. Rencoret Ovalle, Bernabé Rojas, Eduardo Lira Errázuriz, César Martínez, Enrique Fábrega, Víctor Gómez Martínez, Carlos Mönckeberg y la doctora Ernestina Pérez- le exponían al Rector de qué manera se podían obtener erogaciones para construir un hospital que, en lo posible, debía inaugurarse el 18 de septiembre de 1910. Según el plan que proponían, los donantes –obviamente todos católicos- serían los “parientes, amigos y clientes” de alrededor de 50 médicos santiaguinos; los senadores, diputados, municipales y profesores de instrucción (otros 50); figuras del comercio y de la prensa y, por último, alrededor de 100 personas en Santiago “decididas por nuestra idea; de amplias relaciones sociales para que cada una de ellas, dentro de su círculo, reúna los fondos que pueda”³⁵.

Dos meses después, el Arzobispo de Santiago informaba que por la “escasez de dinero” no había podido hacer nada con respecto a la Facultad de Medicina. Pero que “era tal la necesidad que el público siente de ella, que todos vuelven sus ojos a la Iglesia preguntándonos cuándo se dará principio a los trabajos y se abrirán los cursos, son tantas las personas de buena voluntad, especialmente entre los médicos, que con toda espontaneidad se han ofrecido para ayudarnos en esta empresa, que... –agregaba- confiando en Dios Misericordioso y Omnipotente y en la nunca desmentida generosidad de nuestros diocesanos”, había tomado la decisión de “activar los trabajos preparatorios de la Facultad de Medicina”³⁶.

Con este propósito el Arzobispo designaba al presbítero José Alejo Infante para presidir la Junta General de Recursos para la Facultad de Medicina, y nombraba a los presbíteros José Horacio Campillo y Juan Francisco Fresno como miembros de la misma, encomen-

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ ASA, Legajo 139, n°10, Universidad Católica.

dándoles que, a la brevedad, elaboraran los planos, reglamentos, cursos y programas para el funcionamiento de dicha Facultad³⁷.

A fines de 1909, el Rector le proponía al Arzobispo los nombres de los doctores César Martínez, Jenaro Benavides, Juan de la Cruz Villaseca, Ricardo Dávila Boza y Manuel Camilo Vial para que “formen la comisión técnica encargada de preparar la organización científica de la Facultad de Medicina”³⁸. En una segunda comunicación le señalaba la conveniencia de que este último facultativo, que iría a Costa Rica a un Congreso Médico, se trasladara a Europa a “visitar las principales Escuelas de Medicina y ponernos en comunicación con las casas productoras de instrumentos y drogas a fin de encargar después directamente los que se necesiten para el Hospital y la Escuela”³⁹.

En el mes de octubre de 1910, el Rector le escribía al doctor Exequiel González Cortés a fin de que aceptara la comisión, con ocasión de su viaje a Europa, de visitar los “establecimientos en que se cursa la Medicina en conformidad a los adelantos últimos”; esto porque “aunque (la Universidad) no ve bastante próxima la realización de este anhelo (fundar una Escuela de Medicina), con todo se ocupa con empeño en adquirir los datos e indicaciones que pueda utilizar en su debido tiempo acerca de las mejores condiciones de los edificios, planes de estudio, clínicas, hospitales, etc.”⁴⁰. Un mes después, se le formulaba el mismo encargo al Doctor Juan Bautista Céspedes⁴¹.

Lo interesante de esas comunicaciones es que el Rector reconocía que, una vez más, la idea de fundar una Escuela de Medicina había debido postergarse. Nadie dudaba de su necesidad. Todos consideraban que debían hacerse los máximos empeños. Pero, al igual que en años anteriores, los fondos eran escasos para el gran desembolso que ese esfuerzo importaba. ¿A qué obedecía la falta de recursos de la Universidad? Es posible que la respuesta deba buscarse en el enorme gasto que la Universidad debió hacer a fin de construir su edificio definitivo, una necesidad que es posible que las autoridades de la época hayan considerado más urgente que organizar la Facultad de Medicina.

Téngase en cuenta al respecto que, a comienzos de siglo XX, los locales donde funcionaba la Universidad en la calle Agustinas se habían hecho estrechos para recibir a los alumnos, además de resultar inadecuados “para instalar los costosos gabinetes de Física, Resistencia y Electricidad y los laboratorios de Hidráulica y Química”⁴². Ante estas dificultades el Rector Vergara Antúnez había encargado, en 1909, a los arquitectos Emilio Jecquier y Manuel Cifuentes la confección de planos que permitieran levantar, en el terreno de la Alameda de las Delicias esquina de Maestranza, el edificio definitivo que debía cobijar a la Universidad.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Carta del Rector al Arzobispo de Santiago, 1 de diciembre de 1909, en AUC, Ay D, 1888-1916.

³⁹ Carta del Rector al Arzobispo, Santiago, 1º de diciembre de 1909, en *Ibidem*.

⁴⁰ AUC, A y D, 1885-1919, f. 444 y 445.

⁴¹ AUC, A y D, 1885-1919, f. 454 y 455.

⁴² Krebs et al, *op. cit.*, 117.

Dichos profesionales dedicaron varios meses a estudiar este proyecto, incluyendo finalmente en él “tanto las unidades existentes como las que había que crear en el futuro”⁴³. Así, se precisaba que la Universidad debía quedar integrada por seis Facultades: Matemáticas, Derecho, Teología, Bellas Artes, Medicina y Farmacia y Agricultura e Industria, y se indicaban los espacios físicos que ocuparían ellas en los nuevos edificios. En el proyecto definitivo, sin embargo, se excluyó a la Facultad de Teología y a la de Medicina y Farmacia; esta determinación de los arquitectos confirmaba que, al menos en el caso de esta última, las autoridades en ese momento carecían de los medios para organizar una Escuela de Medicina. La construcción del llamado Palacio Universitario -cuyo costo alcanzó al millón y medio de pesos- dejó exhaustas las arcas de la Universidad.

Así, nuevamente, el proyecto para abrir la carrera de Medicina quedaba postergado.

El Rector Rodolfo Vergara Antúnez falleció en 1914, siendo sucedido en el cargo por el presbítero Martín Rücker. Un año después, el nuevo Rector se dirigía a los estudiantes señalándoles que “mucho se ha hecho”. Pero que la gran obra católica no estaba terminada, toda vez que la Universidad “tiene que completar sus facultades: la de Bellas Artes, la de Medicina, la de Teología esperan su turno a fin de levantarse y crecer”⁴⁴.

El Rector, sin embargo, no parece haberse referido nuevamente al tema. Es posible que sus aspiraciones con respecto a la Facultad de Medicina, al igual como les había sucedido a sus antecesores, se hayan visto frustradas por carecer de los medios para financiar el gran desembolso que se requería para formar médicos católicos. Las donaciones y legados de los católicos, sin ser escasos, eran todavía insuficientes para emprender dicha obra.

IV.- EL ÚLTIMO Y DEFINITIVO INTENTO, 1920-1929.

En 1918 fallecía el Arzobispo Juan Ignacio González Eyzaguirre. Un año después, la Santa Sede nombraba en dicho cargo a Monseñor Crescente Errázuriz. Da la impresión que el nuevo Arzobispo no tenía una buena impresión de la Universidad, ni tampoco de su Rector. Sobre este último y su gestión confidenciaba que era “el clérigo más vano, más ambicioso y más incómodo del Arzobispado. Lo hallé de Rector de la Universidad Católica –decía- en la que todo iba de mal en peor: los bienes pésimamente administrados, casi dilapidados, los estudios en estado deplorable”⁴⁵. No debería extrañar que el Arzobispo, a partir de esa imagen, pensara que lo más conveniente era cerrar las puertas de la Universidad⁴⁶.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ RU, n°4, 1° de enero de 1916, 205.

⁴⁵ Silva Cuevas, Luis Eugenio, *La elección del Arzobispo Crescente Errázuriz Valdivieso*. Santiago, 1989, 188.

⁴⁶ Lira Urquieta, Pedro, *Don Carlos, un apóstol de nuestros días*. Santiago, 1962, 61.

La postura del Arzobispo, sin embargo, le creó serias dificultades con el Rector. Así, en la primera entrevista que tuvieron Don Crescente le expresó sus quejas por no haber recibido las cuentas de esa casa de estudios y, de paso, le manifestó sus temores de que los resultados de su “obra moral” no fueran todo lo buenos que se esperaba. Poco tiempo después dicha autoridad, sin mediar consulta al Rector, designaba una comisión para que estudiara la situación de la Universidad, y preparara un informe –o un plan de acción– para resolver los problemas que aquejaban a esa institución.

El Rector, después de conocer las decisiones tomadas por el Arzobispo, negó las acusaciones y presentó una serie de descargos. Estos antecedentes, sin embargo, poco le sirvieron para desvirtuar la mala impresión que tenía el Arzobispo de su administración, al punto que no tuvo otra alternativa que renunciar –casi por una cuestión de dignidad– el 17 de enero de 1920⁴⁷. Ante estos hechos, dos Decanos –el de Derecho y Agronomía– y Abdón Cifuentes, Secretario General de la Universidad, presentaron sus renunciaciones en solidaridad con Martín Rücker.

Sin Rector –y sin las autoridades indicadas– la Universidad parecía vivir un momento de gran incertidumbre, el que se veía agravado por el temor que existía entre sus miembros acerca del destino que el Arzobispo le tenía reservado a dicha Casa de Estudios. ¿Qué decidiría al respecto? ¿Adoptaría la determinación –como muchos temían– de poner fin a la Universidad? No pasó mucho tiempo sin que se comenzaran a despejar esas incógnitas, al menos en lo que decía relación con la persona que sucedería al Rector. En febrero del año 1920, en efecto, el Arzobispo daba a conocer el nombre del nuevo Rector: se trataba de Monseñor Carlos Casanueva.

Don Carlos, personaje central en la historia de la Escuela de Medicina, nació en Valparaíso en 1874⁴⁸. Su padre se desempeñaba como Juez Letrado en esa ciudad, trasladándose a Santiago cuando el futuro Rector sólo tenía siete años. En la capital estudió como interno en el Colegio San Ignacio. En 1891 recibía su diploma de Bachiller y casi de inmediato ingresó a la Escuela de Derecho de la Universidad de Chile. Al poco tiempo de recibirse de abogado, ingresó al Seminario Conciliar. Corría el año 1898 y fue inútil que se le dijera que su decisión tronchaba el brillante porvenir universitario y profesional que le aguardaba. “Por Cristo lo dejaba todo... Y a Cristo buscaba, como durante su vida entera lo buscaría, a través de pobreza y humillaciones, de trabajos y dolores”⁴⁹.

Fue ordenado en 1902 y el Arzobispo, ese mismo año, lo designaba capellán del Patronato de Santa Filomena. En 1910, el Arzobispo González Eyzaguirre lo nombraba Director Espiritual del Seminario. Cuentan sus discípulos que se levantaba al amanecer; pasaba enseguida a la Iglesia a meditar y confesar; después de decir Misa se ponía a disposición de los seminaristas. En la tarde los recibía en su celda y en sus ratos libres, que no eran

⁴⁷ Krebs et al, op. cit., 181 y ss.

⁴⁸ Los datos sobre la vida del Rector están tomados del libro de Lira, op. cit.

⁴⁹ Lira, op. cit., 26.

muchos, escribía, leía o estudiaba⁵⁰. “Su influencia espiritual sobre el clero fue enorme. A sus consejos y enseñanzas unía la lección del ejemplo”.

Según Pedro Lira, cuando don Carlos se enteró de que había sido designado Rector pensó que era una “broma”, toda vez que el Arzobispo, en una de sus primeras resoluciones, lo había apartado de la Dirección Espiritual que ejercía en el Seminario. Obediente, aceptó una decisión que le demostraba que él no estaba entre los sacerdotes a los que se les confiarían las más delicadas responsabilidades durante el nuevo gobierno eclesiástico⁵¹. ¿Por qué el Arzobispo –se preguntaba don Carlos- había cambiado en tan poco tiempo de parecer con respecto a su persona? Según Luis Eugenio Silva, don Crescente Errázuriz tomó esa decisión después que el Partido Conservador aceptó apoyar económicamente a la Universidad con la condición de que don Carlos fuera su Rector⁵².

Cierto o no, el hecho es que esa figura fue la escogida por el Arzobispo, encomendándole la dirección de la Universidad en el momento más delicado, como dijimos, de su existencia.

1.- EL PLAN DE UNA ACADEMIA DE MEDICINA

El Rector, que miraba su nueva tarea universitaria desde un punto de vista eminentemente providencialista, estimaba que Dios lo había colocado al frente de la Universidad Católica para engrandecer la causa de la Iglesia. Esta convicción lo impulsaba a entregarse por entero a dicha tarea, convencido de que siempre tendría la ayuda del Altísimo. En este sentido, da la impresión que don Carlos tenía una confianza ciega en la Providencia, tal vez superior a la de sus predecesores, lo que tal vez explique por qué emprendía obras que, en no pocas ocasiones, nacían sin la organización y el financiamiento adecuados.

Muy pronto el Rector mostró sus cartas, dejando en evidencia que estaba dispuesto a realizar todo lo que fuera necesario para engrandecer lo que, a partir de ahora, sería su gran proyecto. Una de sus ideas para alcanzar ese objetivo consistía en incrementar el número de sus Facultades a fin de que la Universidad, cada vez más, se aproximara a lo que era realmente una casa de estudios superiores. Es por eso que, en 1920, creó la Facultad de Arquitectura, cuatro años después la Facultad de Comercio, y en 1925 la Facultad de Filosofía⁵³. Con respecto a la Facultad de Medicina el Rector reflexionaba que era una aspiración que habían tenido los fundadores de la Universidad, y que no habían podido llevar a la práctica por una serie de dificultades de carácter económico. Estas limitaciones –añadía- se mantenían en la actualidad. Pero, y dada la importancia que tenía su existencia para una Universidad Católica, anunciaba su decisión de organizar una Academia de Medicina. Esta institución, en tanto la Providencia y la generosidad de los católicos no propor-

⁵⁰ Lira, op. cit., 45.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Silva Cuevas, op. cit., 189, nota 926.

cionaran los recursos que se necesitaban para establecer una Facultad, sería el instrumento de la Universidad para empapar a los médicos de la Universidad de Chile de los valores inherentes a un facultativo católico⁵⁴.

Poco tiempo después reiteraba esa aspiración en una entrevista que concedía a *El Diario Ilustrado*; en ella exponía –en respuesta a la pregunta de si contemplaba entre sus planes establecer una Facultad de Medicina– lo siguiente: “Si no como Facultad propiamente tal, estudiamos en estos momentos un proyecto que llena plenamente el objeto de una facultad como esta, en la forma que es posible y plenamente eficaz; y que ha encontrado en nuestro Prelado, y encontrará en el público, la más entusiasta acogida; y no dudamos que contará también con toda la generosa cooperación que exigirá de nuestros hombres de fe y de fortuna”⁵⁵.

El Rector, como sus predecesores, creía que era una tarea impostergable preparar un médico católico. Sus predecesores creían lo mismo. Pero, a diferencia de éstos, don Carlos no estaba dispuesto a claudicar en ese propósito, convencido de que ese profesional tenía una significación religiosa y social superior al resto de las profesiones. Su pensamiento al respecto queda en evidencia en la Memoria universitaria de 1920, cuando sostenía que “si importancia tienen el abogado, el ingeniero, el agricultor, el arquitecto, el industrial..., mayor si cabe la tiene hoy día el médico”⁵⁶; esto porque –añadía– “su entrada en el hogar, y en las cosas más íntimas, tan estrechamente relacionadas con lo que el hombre más estima, su salud, su vida, su honor, su descendencia y su moralidad, y hasta, su eterna salvación que muchas veces depende de una palabra oportuna y prudente del médico; su acción e influencia sociales cada vez mayores, dictado nuestro Código Sanitario, que les confiere extensas y muy delicadas atribuciones; y con la entrega que les hacen nuestras instituciones de Beneficencia Pública, el decreto supremo que les confía en gran parte su administración y dirección (de los hospitales), cuyas consecuencias en el orden religioso mismo fácilmente se comprenden cuáles podrán ser a la larga”⁵⁷.

Como se ve, el Rector consideraba que el médico, antes que nada, tenía una función religiosa-moral. En este sentido no parece diferenciarse de sus antecesores. Pero, en lo que tal vez se distancia de ellos es que veía al médico –el médico laico, desde luego– como un peligro mayor que el que ese profesional tenía para los católicos en el siglo XIX. Entonces, su amenaza nacía de los cargos públicos que desempeñase: parlamentario, ministro o lo que fuera. Pero, desde las primeras décadas del siglo XX, podría decirse que aumentó su influencia en la medida que algunas leyes le otorgaron un predominio desconocido hasta

⁵³ Krebs et al, op. cit., 271.

⁵⁴ Krebs et al, op. cit., 347.

⁵⁵ *Revista Universitaria* (RU, en adelante), n°1, mayo de 1920, 11.

⁵⁶ RU, n°5, enero de 1921, 224 y 225.

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Vargas Cariola, Juan Eduardo, *Los médicos y las políticas de salud, 1870-1970 (Antecedentes para una historia gremial)*. 2002, 100 y ss. Informe final Proyecto Fondecyt n°1980872.

entonces. Es, posiblemente, lo que don Carlos llamaba “influencia sociales” de ese profesional, citando al respecto las atribuciones que le otorgaba el Código Sanitario (promulgado en 1918) y, por otra parte, el control que, gracias a la ley sobre la Beneficencia, ejercía principalmente sobre los hospitales⁵⁸.

El Rector, como se dijo, pensaba cumplir esa tarea –teniendo en cuenta las limitaciones que existían- organizando una Academia de Medicina. Una Facultad, reflexionaba, resultaba imposible “por su enorme costo” y “poco práctica dentro de nuestras leyes tan restrictivas, y en este caso sin duda prácticamente anuladoras del todo, de nuestra libertad de enseñanza”⁵⁹. Estos planteamientos –según nos cuenta don Carlos- se los hizo saber a “médicos notables y a los estudiantes de medicina”, todos los cuales los “acogieron con entusiasmo y como la más feliz solución del problema”⁶⁰.

Explicitando sus propósitos, el Rector indicaba que la base de dicha Academia sería la Academia de Medicina de la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos. ¿Qué era esa institución? Da la impresión que sus orígenes hay que buscarlos en el interés que un grupo de estudiantes universitarios católicos tenía de enriquecer su vida espiritual y sus obras de caridad. Con esta finalidad establecieron, al parecer por sugerencia del presbítero Julio Restat, dicha Asociación en 1914. Ese mismo año su Presidente le escribía al Arzobispo Juan Ignacio González Eyzaguirre manifestándole, entre otras cosas, que “había aceptado con entera voluntad y agradecimiento la revisión que creímos conveniente hacer en sus estatutos, inspirada en nuestro ferviente anhelo de que estos correspondan plenamente al noble fin que sus fundadores se han propuesto”⁶¹. El Arzobispo, por su parte, después de este reconocimiento de su autoridad sobre la Asociación, dictaba el decreto que daba vida y aprobaba sus estatutos. En el artículo 1º, correspondiente al título I, se indicaba que la Asociación “propenderá a unir en un solo cuerpo a la juventud estudiosa de toda la República que profese la Religión Católica con el objeto de confirmarla en su fe, y en la práctica de su vida cristiana, y facilitarle el desarrollo de una amplia cultura mediante la cual se beneficien los asociados y contribuyan al mejoramiento social”⁶².

Para cumplir sus fines dicha Asociación organizó a los estudiantes en Academias. Una de ellas –que nació con el nombre de Conferencia de San Cosme y San Damián- era la que correspondía a la Academia de Medicina⁶³. En 1924 agrupaba a trescientos estudiantes de la Escuela de Medicina. Su labor –según Ruperto Vargas Molinare, su Presidente entonces- “era vastísima: como obra de asistencia social mantiene el policlínico con secciones gratui-

⁵⁹ RU, n°5, enero de 1921, 224 y 225; ver también Krebs et al, op. cit., 348.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ Carta del Arzobispo al Presidente de la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos, Santiago, 18 de junio de 1914, en AUC, A y N, f. 612.

⁶² Carta del Arzobispo al Presidente de la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos, Santiago, 18 de junio de 1914, en AUC, A y N, f. 614.

⁶³ *Estatutos de la Academia de Medicina de la Asociación de Estudiantes Católicos*. Santiago, 1921.

tas de cirugía, medicina interna, ginecología, vías urinarias, pediatría, laboratorio, Rayos X y atención de enfermos a domicilio; nuestra institución –agregaba- no sólo se limita a curar enfermos proporcionándoles gratuitamente las medicinas necesarias, sino que desarrolla una gran labor educacional, dictando conferencias sobre temas de Higiene y profilaxia (sic) social. Además... desde que nació nuestra institución ha luchado denodadamente por contrarrestar la corriente avanzada que antes imperaba sin contrapeso en la Escuelas de Medicina”⁶⁴.

El Rector, tomando como base dicha Academia, le señalaba al Arzobispo que la nueva Academia debería tener la organización siguiente:

a.- Un policlínico –con atención gratuita para los obreros- con secciones de Medicina General y Cirugía, a cargo de un médico jefe y con los ayudantes que se requieran para la enseñanza práctica de los alumnos. En cuanto a estos, le indicaba que serían los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado que “se matriculen en esta institución”.

b.- Un hospital con treinta camas, más un departamento con cinco camas para enfermos infecciosos, el cual estaría a cargo de los mismos jefes del policlínico.

c.- Cursos clínicos de Medicina y Cirugía, clases de Biología y “ciencias conexas”, y cursos de Bacteriología y Química, todos los cuales “se irán estableciendo según lo permitan los fondos de la fundación”.

d.- Un laboratorio de Radiología.

e.- Una biblioteca “lo más completa y moderna de libros y revistas de consultas”.

f.- Y una Academia, “estrictamente tal, de ciencia médica, compuesta de dos secciones”: médicos titulados y estudiantes católicos de medicina, “que podrán funcionar reunidas o separadamente como lo acuerden”⁶⁵.

Respecto a sus autoridades, le indicaba que la Academia quedaría bajo la “Suprema Autoridad del Prelado Diocesano y estaría bajo la alta dirección del Rector y del Consejo Superior”. Una Junta de Vigilancia –compuesta por el Rector, el Decano de la Academia de Medicina y tres miembros nombrados por el Arzobispo- “tendría la dirección inmediata de esta Institución”. El Decano, por su parte, tendría a su cargo la “dirección técnica y pedagógica de la enseñanza teórica y práctica”, debidamente asesorado por el cuerpo de profesores y por los miembros honorarios de la Academia.

No pudiendo dar títulos ni grados, se establecía que los alumnos de la Academia recibirían “Diplomas de Competencia”. Estos se otorgarían a los que, “después de haber hecho su práctica en el Policlínico, Hospital y Laboratorio” y haber aprobado los cursos obligatorios, rindieran un examen de competencia ante la Comisión respectiva⁶⁶.

Las bases indicadas, antes de ser propuestas al Arzobispo, fueron sancionadas por el Consejo Superior de la Universidad en sesión de 9 de junio. Al día siguiente, el Rector

⁶⁴ RU, N°8 y 9, noviembre y diciembre de 1924, 434.

⁶⁵ RU, n°5, enero de 1921, 224 y 225

⁶⁶ *Ibidem*.

enviaba estos antecedentes a don Crescente Errázuriz. La autoridad eclesiástica, sin mayores dilaciones, expedía el decreto arzobispal que, el 11 de junio de 1920, daba vida a la Academia de Medicina⁶⁷.

Entre sus considerandos dicho decreto afirmaba, tal como lo había dicho el Rector, que la profesión de médico, “más aún que otras profesiones liberales, requiere una competencia científica superior; irreprochable moralidad, rectísima conciencia, espíritu de abnegación y de cristiana caridad para cumplir fielmente sus graves deberes, y que la falta de estas condiciones en los médicos puede ocasionar gravísimas consecuencias para los individuos, la familia, la sociedad y para la misma Religión, por lo cual es de suma conveniencia que la Iglesia coopere por su parte en la medida de sus fuerzas a la formación de médicos católicos y verdaderamente suficientes”⁶⁸.

Después de esta verdadera declaración de principios, el Arzobispo decretaba la fundación de la Academia de Medicina y facultaba al Rector para abrir un concurso de anteproyectos a fin de construir el edificio que se levantaría en terrenos que la Universidad poseía en el barrio Independencia; por último, indicaba que se utilizarían para su financiamiento los fondos siguientes: a.- \$700.000 del legado de doña Juana Ross de Edwards para hospitales, de los cuales \$300.000 se destinarían a la construcción del hospital; los \$400.000 se colocarían a interés para que coadyuvaran a financiar las necesidades de dicho centro; y b.- el remanente de la sucesión de doña Amalia Valdés Ureta, legado por ella con el objeto de contribuir a organizar una Escuela de Medicina⁶⁹.

Casi un año después, el jurado que debía dirimir el concurso abierto para presentar los planos del futuro hospital hacía presente que el terreno elegido no tenía la superficie adecuada para el edificio que se proyectaba⁷⁰. El Rector, ante este inconveniente, unido a la “considerable carestía de los materiales de construcción y del trabajo, y sobre todo las incertidumbres y oscuridad de nuestra situación económica”, tomó la resolución de “diferir por el momento la ejecución de esta obra”⁷¹.

Estos problemas, sin embargo, no lo amilanaban. Sólo lo hacían postergar sus planes a la espera de que la Universidad consiguiera el terreno adecuado a las necesidades de la Academia. Su enorme fe –así como su confianza en la Divina Providencia- le daban la tranquilidad para creer que de alguna parte saldrían los medios “para construir cuatro salas del hospital”; y la confianza de que a ellas se añadirían “año por año, otras y otras nuevas, que irían formando el gran hospital de la caridad, en el que los últimos progresos de la ciencia se aunarían con los más solícitos cuidados de la caridad más abnegada”⁷².

⁶⁷ RU, n°2, julio de 1920, 77.

⁶⁸ *Ibíd.*

⁶⁹ RU, n°2, julio de 1929, 78 y 79.

⁷⁰ Krebs et al, *op. cit.*, 349.

⁷¹ RU, n°5, diciembre de 1921, 210.

⁷² RU, n°5, diciembre de 1921, 211 y 212.

Los sueños del Rector, sin embargo, sufrieron un nuevo tropiezo. En efecto, el 24 de febrero de 1922 el Arzobispo derogaba el decreto que había creado la Academia, especificando que lo hacía “en la parte que destinaba la suma de setecientos mil pesos” para la fundación de dicha Academia. En sus considerandos, que permiten entender sus razones para dar este paso, se indicaba que la Conferencia Episcopal había acordado dicho año que no “se emprendiese entre nosotros ninguna obra, por más útil que fuese, si demandaba grandes capitales y no los tenía especialmente destinados de alguna donación; ... que el establecimiento de la Academia de Medicina no ha podido llevarse a cabo a consecuencia de diversas circunstancias que han dejado sin efecto los recursos con que se había contado; ... que su realización sería costosísima y exigiría millones de pesos”; y que, en fin, se adoptaba el criterio prescrito por la Conferencia Episcopal en el sentido de “no dedicar a ella (Academia de Medicina) bienes que también pueden destinarse a otras obras ya establecidas y que necesitan aumento de recursos”⁷³.

Un obstáculo más se oponía a los planes del Rector. Pero qué importaba. Su inmensa fe le daba la seguridad de que una obra como la Facultad de Medicina recibiría –en algún momento y de la forma más inesperada- el apoyo de la Divina Providencia. ¿Cómo Dios –se preguntaba- no iba a proveer los medios para formar los médicos católicos que el país y la Iglesia necesitaban más que nunca?

La solución providencial, a sus ojos, llegó de la mano de la generosidad de los católicos. En efecto, a fines de 1922 le anunciaba al Arzobispo que había reunido “legados cuantiosos que tiene asignados, que pasan ya de 2.000.000 de pesos”⁷⁴. En realidad se trataba de una cantidad inmensa si se tiene en cuenta que, en 1917, todas las entradas de la Universidad –básicamente compuestas de rentas de propiedades, acciones y bonos- alcanzaban a \$567.222,76⁷⁵. Así, pues, don Carlos había conseguido una suma que, aproximadamente, era cuatro veces más que el presupuesto de ingresos normales de la Universidad.

¿Cómo obtuvo esa impresionante donación? Lo dice el Rector en su carta a Monseñor Errázuriz: gran parte de dicha cantidad provenía “de testamentos en que ha intervenido o de que tiene noticias el que suscribe”⁷⁶. Según su biógrafo, esa conducta era algo habitual en él, toda vez que tenía la costumbre de visitar por las tardes a “las familias que estaban de duelo o que tenían un enfermo grave”. Eran ocasiones para dar valor, consolar y acompañar, y que el Rector también aprovechaba para “conseguir recursos para sus obras, sea con erogaciones directas, sea con cláusulas testamentarias”⁷⁷. En el caso que nos ocupa, las donaciones que había obtenido eran las de Luis Ossa Browne y de la Sucesión de Salvador

⁷³ AUC, ASA, legajo 139, n°12.

⁷⁴ Carta del Rector al Arzobispo, 19 de diciembre de 1922, en AUC, ASA.

⁷⁵ RU, n°25, 1° de enero de 1918, 683.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ Lira, *op. cit.*, 114.

Eyzaguirre; estos aportes, sumados a los que antes se había recibido para la futura Facultad de Medicina⁷⁸, le habían permitido reunir los más de \$2.000.000 que destinaría, si no se presentaban nuevos inconvenientes, a comprar el terreno y construir el Policlínico, Hospital y Laboratorios que requería la Academia de Medicina para comenzar a funcionar.

Con los fondos asegurados, el paso siguiente era hallar un terreno que se adecuara a las exigencias que debía cumplir un centro de salud. En este sentido, y de acuerdo a las normas de la época, era menester que se encontrara ubicado “en las últimas aguas de la población” a fin de evitar “contagios”; que tuviera una orientación que permitiera “desarrollar los pabellones con el máximo norte posible”, y que asegurara que los “vientos reinantes no llevarían los miasmas del Hospital a los centros poblados”; no menos importante era que tuviera alcantarillado, gas, luz eléctrica y agua potable, y que se pudiera acceder a él con cierta facilidad. Por último, resultaba indispensable para los intereses de la Universidad Católica que no quedara lejos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, “ya que ahí deberán los alumnos (de la Academia) cursar sus asignaturas, sirviéndoles el hospital de la Universidad Católica para su práctica profesional”⁷⁹.

Según el Rector, después de buscar “por todas partes con grande empeño” un terreno con esas características, “se llegó a una solución verdaderamente providencial”: se trataba de 43.000 metros, que se ofrecían a un precio “extremadamente módico” y que reunían las condiciones –sobre todo por su ubicación: Vivaceta, a pasos de la Escuela de Medicina– que se exigían para levantar un hospital⁸⁰. Así –afirmaba– “veremos realizarse pronto la fundación de Medicina, conservarse los cuantiosos legados para ésta y atraerse a esta misma las donaciones y legados tan considerables que actualmente van, cada año, a la Beneficencia oficial o laica y que preferirán venir en su mayor parte a esta fundación. Esta obra llegará a ser grande dentro de pocos años y será ante el pueblo y ante la juventud universitaria y medios católicos a quienes va a servir, y ante la sociedad entera, un timbre más de gloria para la Iglesia como madre de los pobres y protectora de las ciencias y también para el Gobierno de su Señoría Iltrma. y Revdma.”⁸¹.

Con la autorización del Arzobispo, se adquiría en 1923 dicha propiedad en \$132.468,25; a este terreno se le añadían 11.000 metros, cuya compra había sido necesaria para satisfacer los requerimientos que habían hecho los médicos consultados. Así, con un total de 54.000 metros, se obtenía la superficie que se necesitaba para iniciar las obras⁸². Una serie

⁷⁸ RU, n°10, febrero de 1924, 374 y 375. En 1898, por ejemplo, Sor Amalia Valdés Ureta dejó en su testamento \$100.000 para fundar una Facultad de Medicina, en Krebs et al, op. cit., 111.

⁷⁹ Informe de Oscar Oyaneder, Arquitecto del Consejo Superior de Beneficencia Pública, al Rector, 16 de diciembre de 1922, en AUC, ASA.

⁸⁰ Carta del Rector al Arzobispo, Santiago, 19 de diciembre de 1922, en AUC, ASA.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² Memoria de la Universidad Católica correspondiente a 1923, en RU, n°10, febrero de 1924, 374 y 375.

de dificultades, sin embargo, retrasaron la compra de dicho terreno, la que sólo pudo concretarse en el mes de octubre de 1924. “Con este último y difícil paso –explicaba el Rector- pudimos ya fijar los límites ciertos de la propiedad total y levantar su plano matemático y comenzar a cerrarla con muro de cal y ladrillo para sus nuevos deslindes”⁸³.

El Rector, resuelto el asunto del terreno, le solicitó a un “número de distinguidos médicos” que formularan sugerencias y recomendaciones sobre los planos. Esos facultativos, cuyos nombres no los conocemos, le sugirieron que dicha tarea fuera encomendada a los doctores Exequiel González Cortés, Administrador del Hospital San Juan de Dios; Alvaro Covarrubias, Jefe de Clínica Quirúrgica del Hospital del Salvador y Manuel Sánchez del Pozo. Los antecedentes y criterios que proporcionarían los anteriores le servirían de base al arquitecto Oscar Oyaneder para elaborar los planos definitivos de los edificios⁸⁴.

En 1926, el Rector tenía confianza de que pronto podrían iniciarse las obras⁸⁵. Pero su costo, que a estas alturas subía a cerca de \$3.000.000, hacía imposible comenzar los trabajos⁸⁶. La dura realidad era que los fondos que se habían reunido no permitían cubrir dicha suma, y que la Universidad no estaba en condiciones de aportar nada, “ni con un peso, por el déficit considerable que grava su caja”⁸⁷.

¿Qué hacer? El Rector estimaba que, ante esta situación, no había otro camino que pedir “limosnas expresa y exclusivamente ofrecidas para esta Fundación”⁸⁸; incluso, y “si es necesario, de puerta en puerta”⁸⁹, sentenciaba, dejando en claro que ningún obstáculo lo haría retroceder en sus planes y que la Academia de Medicina –como la Universidad misma- debería ser fruto del desprendimiento de los católicos.

Ante estos llamados, Abdón Cifuentes ofreció un aporte que posibilitó financiar el cierre de concreto que se construiría en el terreno adquirido; una segunda donación, que provino de uno de “nuestros profesores y su esposa, como manda hecha a Dios en momentos de suprema angustia”, le dio los medios para financiar la clínica⁹⁰; y un “caritativo bienhechor” le proporcionó los fondos para el pensionado y la biblioteca⁹¹. Con dichos aportes, y con una cuantiosa donación que se anunciaba en la Memoria de 1927, el Rector estimaba que se podía pensar –por fin- en construir una Facultad⁹². Así, la generosidad de los católicos, una vez más, se convertía en la tabla de salvación de la Universidad. Poco

⁸³ Memoria de la Universidad Católica correspondiente a 1924, en RU, n°10, enero de 1925, 502 y 503.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ Memoria de 1926 de la Universidad Católica, en RU, n°2, mayo de 1926, 71.

⁸⁶ Sesión del Consejo Superior, 19 de agosto de 1925, f. 56, en AUC.

⁸⁷ Memoria de 1926 de la Universidad Católica, en RU, n°1, marzo de 1927, 41 y 42.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ Memoria de 1925 de la Universidad Católica, en RU, n°3, mayo de 1926, 71.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² Memoria de 1927 de la Universidad Católica, en RU, n°1, marzo de 1928, 59 y 60.

tiempo después el Rector, haciendo un balance del gasto que importó organizar la Facultad de Medicina y su Primer año, declaraba que el desembolso había llegado a los \$5.000.000; de esta suma, \$3.000.000 se habían empleado para comprar el terreno, construir y dotar los laboratorios de Anatomía, Biología, Química, Físico-Química y Química Médica; y el resto se había depositado a interés para obtener la renta a fin de solventar los gastos ordinarios que demandaría dicha Facultad⁹³.

El 17 de junio de 1929 el Arzobispo de Santiago dictaba el decreto en virtud del cual se “declaraba definitivamente constituida la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad Católica de Chile con los médicos nombrados por el decreto de 7 de enero de 1929 y los que después se agreguen en conformidad a dicho decreto”. En su artículo 2° se confirmaba como su Decano al doctor Carlos Mönckeberg; en el 3° se “autorizaba la construcción inmediata en el local actual de la Universidad del Pabellón de Anatomía y demás trabajos necesarios en dicho local”, se indicaba los fondos que se ocuparían con tal objeto y se hacía presente la conveniencia, “si fuera posible”, de iniciar las clases en 1930. El artículo 4° autorizaba al Rector para contratar los “profesores que sean necesarios en el País o en el extranjero..., y para continuar los estudios del Hospital y Policlínico complementarios de esta Escuela”. En el 6° se declaraba que el Evangelista San Lucas sería el Patrono de la nueva Facultad, y concluía el decreto expresando que “de todo corazón bendecimos los trabajos realizados por esta Facultad y los que le encomendamos en este decreto, y a todos los miembros de esta Facultad y a su Decano, a los bienhechores de esta obra, y especialmente a los más insignes de éstos, don Fernando Yrarrázaval Mackena y su digna esposa Sra. Mercedes Fernández de Yrarrázaval, de santa memoria y sus hijos, y cuantos cooperen a esta obra de Dios y bien de la Iglesia y de la Patria y de toda la sociedad”⁹⁴.

El empeño de don Carlos –y el desprendimiento de los católicos- había permitido que, después de 42 años de intentos, la Universidad Católica contara con una Escuela de Medicina⁹⁵.

SUGERENCIAS FINALES

El esfuerzo privado o, mejor dicho, la generosidad de los católicos había posibilitado echar a andar la Facultad de Medicina. Sus legados y donaciones eran la respuesta al llamado de sus pastores y de don Carlos, convencidos de la necesidad de que la sociedad chilena contara con un médico católico. La influencia de este último –se decía– sería una cierta

⁹³ *El Mercurio*, 26 de marzo de 1930, 11.

⁹⁴ Decreto del Arzobispo de Santiago, 1924-1929, Libro 28, en Archivo del Arzobispado de Santiago.

⁹⁵ Hay que recordar que la Facultad estableció el Primer Año en 1930, y el Segundo al año siguiente, y que hasta 1942 no contó con el Tercer Año.

garantía para evitar que las fuerzas laicistas –entre las que se contaban muchos médicos de la Universidad de Chile- continuaran debilitando la influencia que la Iglesia ejercía y pretendía seguir ejerciendo en la sociedad.

La puesta en marcha de dicha Facultad representaba, como se dijo, la respuesta católica al problema que significaba el laicismo de los profesionales de la Universidad de Chile. Lo interesante es que esta decisión pasaba por alto que la “creación de una Escuela de Medicina en Santiago, no era una necesidad nacional ni regional, (y que) el número de médicos egresados de la Universidad del Estado, parecía adecuado a las necesidades del país”. Y sólo tomaba en consideración la necesidad de “entregar al país”, como decía don Carlos, “un grupo pequeño pero escogido de médicos con ciencia y conciencia”⁹⁶. Es así, pues, lo que se estimaba beneficioso para la causa de la Iglesia; quedando así en evidencia que la defensa de lo católico, de la manera como se entendía en la época, era el argumento principal a la hora de tomar decisiones de tanto vuelo y dificultad como, por ejemplo, fundar una Escuela de Medicina. ■

⁹⁶ *Objetivos y programa de desarrollo de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica*, 1961, en Archivo de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica.

EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE 1930 a 1942: OBSERVANCIA E INNOVACIÓN¹

BENEDICTO CHUAQUI J.² Y
MARCELO LÓPEZ³

De acuerdo con el Reglamento Orgánico de la Enseñanza Universitaria, las universidades particulares debían seguir el plan de estudios de la Universidad de Chile cuando se tratara de carreras conducentes a títulos que otorgara esa Universidad. Dicho Reglamento, del 4 de noviembre de 1929, fue parte de reformas educacionales hechas bajo el gobierno de Carlos Ibáñez.

La Escuela de Medicina de la Universidad Católica abrió sus puertas en 1930 y durante doce años funcionó sólo con el primero y segundo años del plan de estudios, los que fueron inaugurados en 1930 y 1931, respectivamente. Cursado el segundo año, los alumnos proseguían los estudios en la Universidad de Chile.

Si bien la Escuela debía satisfacer con su enseñanza el programa de estudios de la Universidad del Estado, quedaba libre para hacer cursos adicionales. Y así lo hizo: por una parte, satisfizo el plan oficial y, por otra, usó de esa libertad. Un curso adicional no duró mucho tiempo, otros, en cambio, constituyeron importantes innovaciones, que se adelantaron a reformas hechas en la Universidad de Chile.

Dado que el objetivo de la Escuela era, aparte el formar profesionales, fortalecer la formación cristiana y dar también una científica sólida, en el primer año de 1930 programó dos cursos adicionales: el de Moral y el de Botánica.

El curso de Moral contemplaba la enseñanza de la ética cristiana en sus relaciones con la profesión médica. En 1931 este curso pasó a llamarse Moral Médica. En él se trataban, por una parte, materias de ética cristiana en general, y, por otra, cuestiones de ética médica. Así, respondiendo a este doble contenido, en 1932 se dividió en dos cursos: uno de Cultura Católica en el primer año y otro de Moral Médica en el segundo.

La enseñanza de Botánica había estado ligada con la antiquísima disciplina de la *materia médica*, nombre con que se conoce el estudio de las sustancias naturales de uso terapéutico, la gran mayoría, de naturaleza vegetal. En Chile, dicha asignatura, *materia médica*,

¹ Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Miembro de Número Academia Chilena de Medicina, Profesor Titular Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Ayudante del Programa de Estudios Médicos Humanísticos de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

aparece todavía en el plan de estudios de 1889, y ya no figura en el de 1907. Por otro lado, el curso de Botánica había dejado de dictarse en la Universidad de Chile en 1928. El ramo de Botánica en la Escuela de la Universidad Católica se orientó hacia la Farmacología, con especial atención a la flora chilena de uso terapéutico. En 1931 incluyó una parte de microscopía vegetal. Sin embargo, esta asignatura se mantuvo solo dos años, se suprimió en 1932.

El segundo año de 1931 no tuvo nuevos cursos adicionales. El plan oficial contemplaba Anatomía, Fisiología, Parasitología e Histología. En esta última asignatura se incluyó Embriología. En 1937 la Universidad de Chile hizo dos modificaciones: trasladó Parasitología al tercer año y creó una cátedra de Anatomía Comparada y Embriología en el segundo año. Consecuentemente la Escuela de la Universidad Católica mantuvo Parasitología solo hasta 1936, pues no tenía tercer año; pero sí creó la cátedra de Anatomía Comparada y Embriología en 1937.

Diversas cuestiones retardaron la creación del tercer año hasta 1942. La que atañe a nuestro tema fue la decisión de construir antes un hospital propio. ¿Y por qué razón? El programa oficial del tercer año no lo requería. La única asignatura en que a veces, y no en todas las cátedras, se hacían demostraciones con enfermos era Medicina Operatoria. Este ramo era una introducción a la Cirugía y técnica quirúrgica, duraba un año y tenía solo tres horas semanales. Contemplaba demostraciones de anatomía y técnica quirúrgicas en cadáveres y, no constantemente, la asistencia de los alumnos al anfiteatro para presenciar intervenciones quirúrgicas. No había quirófanos en ese entonces. Por lo demás, para 1941 este ramo se había trasladado al quinto año. Pues bien, el motivo era la decisión de las autoridades de crear un tercer año en que se iniciara la práctica clínica.

El primer edificio del Hospital Clínico de la Universidad Católica se terminó en 1939. Su Policlínico entró en funciones en 1940. Pero las salas de hospitalización empezaron a ser habilitadas a mediados de 1943.

La Escuela de Medicina de la Universidad Católica, al instituir el tercer año, se adelantó en varios aspectos de la reforma de la enseñanza médica de 1945, reforma trascendental concebida por los profesores Hernán Alessandri y Alejandro Garretón y gracias a la cual se optimizó la capacitación profesional del médico recién recibido. Esta reforma, que ha sido muy bien estudiada por el doctor Ricardo Cruz-Coke Madrid, comenzó a gestarse en 1943 y quedó sancionada en el decreto N° 201 del 2 de abril de 1945 del Consejo Universitario de la Universidad de Chile. El 19 de mayo de 1944 el decano Larraguibel comunicaba a su colega Espíldora que por acuerdo de ese Consejo se había decidido poner en práctica la reforma.

La reforma introducía tres cambios. El fundamental era la iniciación de la práctica clínica de los alumnos desde el cuarto año, con trabajo en salas o participación en intervenciones quirúrgicas todas las mañanas y luego una hora de clases. Cierta práctica clínica se empezaba en tercer año con el ramo de Semiología. Hasta entonces los cursos clínicos habían consistido en clases magistrales apoyadas en demostraciones con enfermos portados

en camilla al anfiteatro, demostraciones que los estudiantes presenciaban desde sus asientos. La práctica clínica se hacía en séptimo año en el internado, suprimido con la reforma, pero reestablecido en 1950.

Otro cambio importante fue la unificación de las cátedras médicas y quirúrgicas. Hasta antes de la reforma existían las siguientes cátedras clínicas básicas: Patología Médica, Clínica Médica, Propedéutica, Terapéutica, Patología Quirúrgica, Clínica Quirúrgica y Medicina Operatoria. Con la reforma, Terapéutica se unió a Farmacología, de las tres cátedras médicas restantes se creó la de Medicina, y de las tres quirúrgicas, la de Cirugía.

Por último, la reforma hacía una redistribución de asignaturas a lo largo de la carrera. Así, asignaba al tercer año los ramos preclínicos: Bioquímica –trasladado en 1953 al segundo año–, Bacteriología, Parasitología, Anatomía Patológica, que se continuaba en el cuarto año, y, como se ha dicho, Semiología.

Veamos más precisamente en qué aspectos se adelantó la Escuela de Medicina de la Universidad Católica a la reforma. Al plan oficial del tercer año correspondían los cursos de Química Fisiológica, Fisiopatología, Bacteriología y Parasitología. Los adicionales fueron Cultura Católica, Patología General, Patología y Semiología Médicas y Patología y Semiología Quirúrgicas.

Primero, con los cursos adicionales de Patología y Semiología Médicas y Patología y Semiología Quirúrgicas introdujo la práctica clínica en el tercer año. Cada uno de estos tomaban semanalmente tres mañanas y una clase en la tarde en el Policlínico. Mientras no estuvieron habilitadas salas de hospitalización en el Hospital Clínico, los alumnos asistían a los hospitales San Francisco de Borja y San Vicente de Paul.

Segundo, al organizar el tercer año se establecieron, desde un comienzo, cátedras únicas de Medicina y de Cirugía.

Por último, la asignatura de Patología General significaba no solo iniciar el estudio de la patología morfológica en tercero –como se haría con la reforma–, sino que constituía en sí misma una novedad en cuanto a la concepción de la Patología General como disciplina morfológica, la cual daría un sello a la formación de los médicos de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. ■

EN RELACIÓN CON EL ADVENIMIENTO DE LA ANTISEPSIA Y ASEPSIA EN LA CIRUGÍA CHILENA¹

DR. SERGIO ZÚÑIGA R.²

El 27 de diciembre de 1892 fue un día glorioso para la Historia de la Medicina.

En el anfiteatro repleto de la Sorbonne se realizaba el acto académico en homenaje a Louis Pasteur, al cumplir este los 70 años. En el lienzo del pintor *Jean André Rixens* se puede observar al científico, ya anciano, hemipléjico, caminando afirmado en el brazo del presidente de Francia, Sadi Carnot. A su izquierda, avanzando hacia él con sus brazos en alto, Lord Lister. La ovación era estremecedora.

Lord Lister le expresa (1):

Verdaderamente no existe en el ancho mundo un hombre a quien la ciencia médica deba más que a usted.

Y Pasteur no era médico.

En respuesta el científico le manifiesta:

La ciencia y la paz deben triunfar sobre la ignorancia y la guerra. Las naciones deben unirse, no para destrozarse, sino a fin de instruirse las unas a las otras; pues el futuro pertenecerá a aquellos que hayan hecho más por la humanidad que sufre. Y me refiero a usted mi querido Lister.

Entre los asistentes al acto se encontraban los médicos chilenos Lucas Sierra, Alejandro del Río, Otto Philippi, Eduardo Moore y Roberto Montt Saavedra (2).

En realidad, a pesar de la distancia (la única vía hacia Europa era la marítima, a través del cabo de Hornos, y el viaje duraba aproximadamente tres meses), de las barreras culturales, económicas y de toda índole, la cirugía chilena estaba bastante al día en los conceptos de antisepsia y asepsia imperantes en la medicina europea de esa época y esto, como resultado del esfuerzo de los médicos nacionales para conocer sobre los progresos científicos. No era una casualidad, entonces, que Lucas Sierra, alumno y más tarde ayudante de Barros Borgoño, estuviese presente en el homenaje a Pasteur, acompañado de sus colegas.

Los pilares del desarrollo experimentado por la cirugía durante el siglo XIX fueron, sin lugar a dudas, el control del dolor con el advenimiento de la anestesia y luego, la comprensión y manejo de la infección.

El 16 de octubre de 1846 se practicaba la primera intervención con anestesia general etérea en el Hospital General de Massachussets, por el cirujano de Boston, John Collins Warren. El anestesista de dicho acto fue el dentista William Morton.

¹ Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Jefe Sección Cirugía Pediátrica Pontificia Universidad Católica de Chile, Profesor Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos Facultad de Medicina Universidad de Chile.

En diciembre del mismo año se efectuaba en un hospital de Londres la primera intervención de importancia bajo los vapores de éter y al año siguiente, 1847, en Francia y en Alemania (3). Sin embargo el reinado absoluto del éter no alcanzó a durar un año, ya que James J. Simpson, profesor de obstetricia de Edimburgo, emplea cloroformo por vez primera en un parto, a fines de 1847.

En 1853, nace un hijo de la Reina Victoria, empleándose cloroformo en el parto. Se inicia así lo que se denominó “el cloroformo a la Reina”. Por su mayor facilidad de empleo y por producir una narcosis más tranquila y profunda, el cloroformo reemplazó muy pronto al éter en casi todo el mundo, siendo abandonado por sus efectos laterales, ya bastante avanzado el siglo XX. (3)

En Chile los primeros anestésicos que se usaron también fueron éter y cloroformo. En **El Mercurio** de Valparaíso, el 23 de octubre de 1848 (3), aparece descrito que el cirujano de marina Don Francisco Javier Villanueva realizó la amputación de un brazo en una anciana de 90 años de edad, por una grave fractura producto de una caída. El anestésico empleado fue cloroformo y la paciente estaba completamente reestablecida a los 15 días. Esta constituye la primera información de un procedimiento anestésico con cloroformo en el país.

En los **Anales de la Universidad de Chile** del año 1850, aparece publicado el primer reporte científico nacional sobre el cloroformo y su aplicación en la cirugía. El mérito corresponde al doctor Juan Míquel y 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”*. Al año siguiente, 1851, en los mismos Anales, Pelegrín Martín, asegura en otro trabajo sobre el cloroformo, “que este neutraliza positivamente los efectos del dolor”. (3)

La práctica de la cirugía, hasta ese momento, de acuerdo a los contenidos de la **Revista Médica de Chile**, estaba limitada a la atención de las afecciones que comprometerían la superficie del cuerpo, fueran abscesos, flegmones, traumatismos, tumores y particularmente del cuello o de las extremidades o problemas que se presentaran en el parto. Las intervenciones quirúrgicas de la cavidad torácica o abdominal eran impensables por su altísima mortalidad, ya que se complicaban con enorme frecuencia de una infección purulenta que acababa con la vida del enfermo.(4)

Francisco Puelma Tupper en sus **“Recuerdos de medio siglo”** (apuntes para la Historia de la Medicina en Chile) aparecidos en la **Revista Médica de Chile** en 1919 (5), refiriéndose al Hospital San Juan de Dios, de Santiago - cuya historia se confunde con la Historia de la Medicina en Chile- relata: *“no se imaginan ustedes la mortalidad horrorosa de los hospitales, nada menos que el 80%; casi todos morían de infección purulenta y edema maligno. Había casos fatalmente mortales de carbunco edematoso, una forma de carbunco edematoso que no he vuelto a ver, que invadía todo el cuerpo de un edema negro-azulado. No era la podredumbre de hospital, esta es una falsa membrana que se desarrolla sobre las heridas, a manera de difteria, con gran hinchazón y dolor. La podredumbre de hospital no escaseaba tampoco, al contrario, se veía con frecuencia; se combatía con cloruro de zinc al 10% o con ácido fénico al 5%con fracaso casi seguro”*.

“El cirujano Thévenot (llegado al país a fines de 1866 y que había sido contratado por el Supremo Gobierno en Francia, para reemplazar a ese otro gran francés, Lorenzo Sazié, fallecido de tifus exantemático, en 1865), muy inteligente, tenía una estadística horrible y de ello se aprovechaban los conservadores para hacerle la guerra. En verdad que el hombre tenía sus visos de levantisco y era medio volteriano o volteriano y medio. La muerte de sus pacientes no provenía del descuido, sino porque el Hospital se hallaba completamente infectado. No se lavaban nunca los pisos, no se blanqueaban jamás las paredes. Así la sala del Dr. Elguero, tenía colgado el retrato de un viejo que se veneraba como un santo milagroso, pero 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 desinfectaban 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 recorría todos los enfermos de la sala.

Se usaba también una sola pinza cubierta de costras y de sangre ennegrecida.” (5)

Thevénot empleaba en sus curaciones -el sistema francés- un procedimiento absolutamente nuevo en nuestro medio y que consistía en apósitos impermeables con mucho algodón; recién Pasteur demostraba que los microbios no atravesaban el algodón. Este método había sido propuesto y aplicado en Francia por Alfonso Guerin, cirujano inspirado en las experiencias de Pasteur.(3)

El empleo desmedido de algodón levantaba grandes protestas de las buenas monjas. Se usaba también la gasa y un protector que evitaba que el apósito se pegara a la herida. Lister, en Edimburgo, había recomendado también el algodón, pero no tanto con el objeto de filtrar el aire, sino de mantener una atmósfera antiséptica alrededor de las heridas con el ácido fénico y otros antipútridos.(5)

Thevénot 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. Sus resultados parecen haber sido muy satisfactorios –según lo afirma Reccius (3)- disminuyendo considerablemente la infección purulenta; así, en doce amputados consecutivos en 1872, tuvo solo dos casos de infección purulenta y uno de gangrena hospitalaria. Como puede observarse, es a Alfonso Thevénot a quien corresponde el mérito de haber iniciado la antisepsia quirúrgica en Chile y si no tuvo más comprensión por parte de sus colegas puede haber sido por su personalidad. Todo esto motivó un apresurado retorno a Francia en 1873.

Francisco Puelma Tupper formó parte del primer grupo de becados de la Escuela de Medicina enviados a Europa en 1874 por el Supremo Gobierno, a perfeccionar sus estudios, y esto gracias a la visión del decano José Joaquín Aguirre. Los otros médicos del grupo fueron Manuel Barros Borgoño, Vicente Izquierdo y Máximo Cienfuegos. La influencia que tuvieron ellos en la evolución y el progreso de la medicina y en especial de la cirugía en Chile, fue trascendental.

La primera publicación de Lister data de 1867. Su procedimiento estaba en uso ya por doce años al retorno de Puelma y sus compañeros. El método consistía en operar en una atmósfera saturada de ácido fénico producido por dos vaporizadores. Al regreso de los becados chilenos de Europa, el país se encontraba en plena Guerra del Pacífico. La mortalidad por la infección purulenta en los heridos de batalla era altísima. Incluso el mismo Puelma relata que el buque “Amazonas” llegó del norte cargado con 300 heridos, de los cuales murieron todos, oficiales y soldados, sin librar uno, de infección purulenta.

Continúa narrando Puelma *“al volver de Europa, en 1879, quisimos introducir en el Ejército algunas ideas nuevas, las que despertaron gran resistencia entre los jefes. Recuerdo que al Ministro de Guerra, a quien le hablé de organizar ambulancias, se sonrió y me contestó: “En la batalla de Loncomilla (1851) no tuvimos ambulancias y lo más bien salimos del paso”.*

Como pronto los hospitales de Santiago se hicieron insuficientes, se fundaron entonces tres hospitales de sangre: uno en la calle Lira, otro en la calle Castro y el último en la calle Agustinas.

Puelma Tupper, Barros Borgoño, Izquierdo y Cienfuegos, a cargo del hospital de la calle Lira esquina con Santa Isabel, en una casa instalada y sostenida por la familia Matte, introducen el sistema de Lister. Dicho establecimiento contaba con 54 camas (6). Allí la mortalidad por infección purulenta bajó inmediatamente a 3%. Mientras tanto en los otros hospitales, a cargo de los clericales, opuestos a todo progreso, dando más importancia a la otra vida, se seguía con la esponja y el cerato y una mortalidad de 80%. (5)

Durante el año y cinco meses que funcionó el hospital Domingo Matte se atendieron 200 enfermos de los que 120 fueron dados de alta antes de los 40 días y de una remesa de 90 pacientes sólo fallecieron tres. (4)

Puelma Tupper es bastante ilustrativo: *“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; en 1879, me caricaturizaron matando con una escopeta, microbios a diestra y siniestra”.* (5)

Había profesores de Medicina de Santiago que 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 sobre la piel y sobre todo su acción tóxica. Sin embargo el método listeriano poco a poco se va imponiendo.

El posteriormente famoso oftalmólogo, Manuel J. Barrenechea, en su memoria de prueba, publicada en la **Revista Médica** (1882), *“Ligera reseña sobre la curación de las heridas según el método antiséptico de Lister”*, concluye diciendo: *“el método de Lister para la curación de heridas es el mejor de los conocidos hasta ahora. Su institución en todos nuestros hospitales es fácil y en extremo ventajosa”.*(7)

En la misma **Revista Médica** existe un apartado que ha sido destacado por numerosos profesores. En 1880 (8), el doctor Joaquín Zelaya, de La Serena, publica la memoria *“Tratamiento de la gangrena por el sistema de la irrigación en el hospital de sangre de La Serena”*. El Dr. Zelaya empleó en forma sistemática la irrigación continua con agua, gota a gota. Si 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, no fallando ni una vez en un centenar de casos. Este fue el mismo procedimiento recomendado por Dakin y Carrel, para activar la limpieza de los tejidos mortificados, solo que treinta y cinco años más tarde, durante la primera guerra mundial.

Manuel Barros Borgoño se hace cargo de la nueva cátedra de clínica quirúrgica en 1882, y desde el primer momento comienza a enseñar la aplicación del método antiséptico. Poco tiempo después, el Presidente Santa María reorganiza la enseñanza de la medicina, dividiendo la clase de cirugía y clínica quirúrgica en dos cátedras, quedando una a cargo del Dr. Ventura Carvallo Elizalde y la otra, de don Manuel Barros Borgoño. Ambas, de alguna manera, rivalizan por un mejor y mayor desarrollo de la cirugía chilena.

El resultado práctico de los descubrimientos de Pasteur y Lister había provocado un auge inesperado de la ciencia quirúrgica, y los rápidos progresos de aquella época no dejaron de hacerse sentir en nuestro país. Todos los órganos del cuerpo pudieron ser abordados con éxito por los cirujanos, comenzando con los de la cavidad abdominal.

Mas adelante, los descubrimientos de Koch, con sus medios de cultivo, permitieron el conocimiento de los microbios causantes de las infecciones en las heridas, y así empezó a reconocerse que el peligro de la infección no radicaba solo 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. Cirujanos y ginecólogos se vieron obligados a desenterrar las ideas que Semmelweis había preconizado unos 25 años antes, en 1847.(3)

Comienza entonces el cambio de la cirugía antiséptica a la cirugía aséptica, cambio que en el país fue lento, en el curso de varios años, empleándose ambos métodos en forma simultánea con el objeto de preservar al paciente de toda infección. Traducido literalmente, antisepsia significa contra la sepsis y asepsia quiere decir sin sepsis.

La clínica de von Bergmannn en Berlín, fue la que enseñó el camino hacia una asepsia casi perfecta (3). Schimmelbusch, su asistente, publica en 1891 un trabajo sobre el procedimiento aséptico, cuyas ideas 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.

La esterilización previa del material de operaciones en autoclaves, aseguraba una asepsia rigurosa, pero quedaba por resolver todavía el difícil problema de la desinfección de las manos del operador y sus ayudantes, y del campo operatorio del enfermo. Inicialmente se creyó en la posibilidad de 'aseptizar' las manos, por el lavado y el uso de soluciones antisépticas, llegándose finalmente al empleo de guantes, que inicialmente fueron de seda o hilo y luego de goma.

Goodyear había logrado idear el proceso de vulcanización del caucho en 1839. La práctica de operar con las manos cubiertas con guantes impermeables se inicia en la clínica de William Halsted en el Hospital John Hopkins de Baltimore, en 1889. Halsted, amigo de Goodyear, le encargó el diseño de guantes para la protección de una dermatitis en las manos de su instrumentadora y futura esposa, Caroline Hampton. Más adelante, en 1891,

Halsted recomienda la utilización de estos guantes en intervenciones que requerían una asepsia rigurosa.(9) En Alemania este mismo mérito es atribuido a Mikulicz.(3)

En un artículo de revisión publicado en la **Revista Médica** de 1900(10) se recomienda el uso de guantes en la práctica quirúrgica y obstétrica, dada la demostración experimental de la imposibilidad de esterilizar las manos del cirujano mediante el lavado con soluciones antisépticas. El doctor Francisco Navarro, jefe de clínica de Ventura Carvallo, luego de haber permanecido en Europa del 1904 a 1905, es quien introduce el uso de estos guantes en las intervenciones quirúrgicas en Chile.(11) Esta práctica se extiende poco a poco por todo el país.

La mascarilla facial y el gorro aparecen ya mencionadas en trabajos chilenos de Gregorio Amunátegui y Arturo Brandt en 1901 y 1904 respectivamente.(3)

El ritual de la asepsia, es hoy el mismo en todo el mundo, como también, la indumentaria del cirujano y sus ayudantes y cumplen con lo que Billroth había exigido ya hace más de un siglo: *limpieza hasta la exageración*, como lo preconiza Adolfo Reccius (3) en su *Historia de la Cirugía Abdominal en Chile*. ■

REFERENCIAS.

1. DE TEZANOS PINTO S. Breve historia de la Medicina Universal y notas sobre historia de la Medicina Chilena. Editorial Universitaria 2ª ed. Santiago, 1987.
2. CHATEAU G. LORD LISTER Anales Chilenos Historia Medicina 5; 49-61, 1963.
3. RECCIUS A. Historia de la cirugía abdominal en Chile. Empresa Editora Zig-Zag. Santiago, 1948.
4. LARRAÍN C. La Sociedad Médica de Santiago y el desarrollo histórico de la Medicina en Chile. Ed. Sociedad Médica de Santiago. Santiago, 2002.
5. PUELMA T. Apuntes para la Historia de la Medicina en Chile. Recuerdos de medio siglo. Rev. Med. Chile; 47:882-6, 1919.
6. CAMPOS E. Una vida por la vida. Vicente Izquierdo Sanfuentes. Ed. Universidad Católica de Chile, 1995.
7. BARRENECHEA M. Ligera reseña sobre la curación de las heridas según el método antiséptico de Lister. Memoria. Rev. Med. Chile; 11: 89-106, 129-137, 164-181, 1882.
8. ZELAYA J. Tratamiento de la gangrena por el sistema de irrigación aplicado en el hospital de sangre de La Serena. Rev. Med. Chile; 9:214-7, 1880.
9. WANGESTEEN O.H. Some pre-listerian and post-listerian antiseptic wound practices and the emergence of asepsis. Collective review. Surg Gynecol Obst 137:677-702, 1973.
10. Revista extranjera. Los guantes en cirugía y obstetricia. Rev. Med. Chile; 28:463-7, 1900.
11. Homenaje a Don Francisco Navarro. Rev. Med. Chile; 68:1599- 1608, 1940.

HISTORIA DEL ESTADO BENEFADOR MÉDICO-SOCIAL EN CHILE¹

DR. RICARDO CRUZ- COKE MADRID²

INTRODUCCIÓN

En las Jornadas de Historia de la Medicina Amador Neghme efectuadas en 1989 en esta Academia, reseñé la Historia político-social de la Medicina chilena señalando el trascendental rol médico del Estado y haciendo una somera descripción del estado bienhechor chileno en el periodo 1924-1973. Este tema ha tomado mucha relevancia recientemente al evaluar la historia médica nacional durante el siglo XX. (1)

El objetivo de este trabajo es abordar en forma integral una descripción histórica de este proceso médico-social que sirva de referencia para resolver definiciones políticas nacionales de salud.

CONCEPTO DE ESTADO BENEFADOR

La acción benefactora del Estado (Welfare state, Etat providence, Estado de bienestar o benefactor) es un concepto de gobierno en el cual el Estado juega un rol clave en la protección y promoción de la situación económica-social y médica de la población nacional. Su acción se basa en los principios de igualdad de oportunidades, equitativa distribución de la riqueza, condiciones mínimas de bienestar y pública responsabilidad por las personas indigentes. Estos principios se aplican mediante seguros sociales, servicios médicos públicos, educación básica sanitaria y habitación popular subvencionada. (2, 3, 4)

La idea de un Estado bienhechor surgió originalmente en la Revolución Francesa en 1793 con la enunciación de los derechos sociales de los pobres y se consignan en el art. 21 de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. (2)

Sin embargo estas ideas solo fueron aplicados formalmente en Alemania con las leyes de Bismark en 1883-84 sobre seguros de enfermedad y accidentes del trabajo, para hacer frente a la grave cuestión social de la época del positivismo a fines del siglo XIX. Estas ideas fueron introducidas en Chile por el Profesor Dr. Exequiel González Cortés en la década de los años 20. (4)

¹ Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Miembro de Número Academia Chilena de Medicina. Director Museo Nacional de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

SITUACIÓN MÉDICO-SOCIAL DEL PUEBLO CHILENO

En 1900 la situación económica-social del pueblo chileno era de un profundo subdesarrollo. Chile tenía una población de 3 millones, mayoritariamente rural, con el 40% menor de 15 años con altísimas tasas de mortalidad general, de 28 por 1000 y el infantil de 30% de nacidos vivos. La esperanza de vida era de apenas 30 años. Había una sola escuela de Medicina con 20 graduados anuales. Existían 300 médicos trabajando en 83 hospitales en 13.000 camas en todo el país. (3)

LOS MÉDICOS FUNDADORES DE LA MEDICINA SOCIAL

Al estudiar la evolución social de los países del mundo, los avances médicos surgen como consecuencia de los progresos económicos y sociales. Por el contrario, en el Chile del 900 la acción de los médicos políticos reformadores se ha anticipado a los cambios sociales y han asignado e impulsado los avances médico-sociales. (6)

En efecto una destacada legión de médicos de la Universidad de Chile a comienzos del siglo XX forjaron políticas estatales de salud para crear una legislación destinada a resolver los graves problemas de la «cuestión social» de esa época. A diferencia de la época del positivismo en el siglo XIX, la formación de un Estado benefactor en la medicina social fue una obra nacional de poderosas personalidades médicas chilenas. (4, 5, 6, 7, 8, 9)

Médicos precursores fundaron en 1892 el Instituto de Higiene que introdujo en Chile la bacteriología y las vacunaciones para prevenir las enfermedades infecciosas. También crean una Asistencia Pública en 1911. Pero solamente en 1918 iniciaron la construcción de los cimientos de la medicina social con la aprobación de la ley del Código Sanitario y la creación de la Dirección de Sanidad que entregó a los médicos el poder legal de controlar la salud pública. En 1924 fue creado el Ministerio de Higiene y Previsión Social que independizó a los médicos del Ministerio del Interior; fueron dictadas las leyes del Seguro Obligatorio, de enfermedad y de accidentes del trabajo. En los años siguientes fueron formándose gradualmente las instituciones asistenciales y sanitarias, hasta su unificación en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud. (4, 7, 10)

EL ESTADO BIENHECHOR MÉDICO-SOCIAL

Al cabo de 50 años de crecimiento y desarrollo, el Estado benefactor chileno contaba con decenas de leyes previsionales e instituciones sanitarias asistenciales de salud. Las leyes médico-sociales más importantes fueron: Seguro obligatorio de enfermedad y vejez (1924). Medicina preventiva (1938). Materno-Infantil (1938); Estatuto médico (1964) y Enfermedades Profesionales (1968), Medicina Curativa (1968). Las instituciones asistenciales

fueron Dirección de Sanidad (1918), Junta Central de Beneficencia (1931), Sociedad constructora de Hospitales (1944), Servicio Médico Nacional de Empleados, SERMENA (1960). (7, 10)

A su vez el Estado docente se expandió con la Universidad de Chile creando nuevas escuelas de Medicina regionales, Escuela de Salubridad, Facultad de Ciencias, Instituto de Ciencias de Valparaíso, Academia de Medicina, Comisión Nacional de Investigación Científica, Comisión Nacional de Energía Nuclear. (4, 7)

Todas estas obras estatales médicas y sociales fueron obra de los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que eran Ministros y parlamentarios que actuaron en un escenario de república democrática. Las leyes que fundaron el Colegio Médico (1948), y el Servicio Nacional de Salud (1952) terminaron por afianzar el poder legal del cuerpo médico en la conducción del progreso sanitario y médico del país.

En esta época el gobierno chileno desarrolló una importante cooperación internacional con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 1924, y la Organización Internacional de la Salud (OMS) desde su fundación en 1948. Apoyaron la política del Estado benefactor fundaciones privadas internacionales. Chile a su vez tuvo gran influencia en la salud pública de países latinoamericanos y un destacado profesor de la Facultad de Medicina fue Director General de la O.P.S. (11)

LOS ÉXITOS DE LA MEDICINA SOCIAL CHILENA

Durante medio siglo, de 1925 a 1975, los resultados de la política estatal de Salud mostraron importantes logros en recursos humanos y físicos, erradicación de plagas históricas, mejorías materno-infantiles, sanidad ambiental y política farmacéutica.

La expansión de los recursos humanos y físicos fue notable. Fueron creadas cinco escuelas de medicina que graduaban en 1975 a 400 médicos anualmente.

La Sociedad Constructora de Hospitales y consultorios creó y remodeló 230 hospitales, y 1100 consultorios atendidos por 4500 médicos y 60.000 profesionales y asistentes. Las camas de hospitales aumentaron en medio siglo de 17 mil a 36 mil. (10)

Las plagas históricas fueron erradicadas en los años que se indican: Fiebre amarilla y Peste bubónica en 1920, Malaria 1945, Viruela 1954, Tifus exantemático 1958, lepra 1965, Rabia 1970, Poliomeilitis 1976. La mortalidad de Tuberculosis bajó de 150 a 25 por 100.000. (12)

Los programas de salud materno-infantil bajaron tasas de natalidad de 40 a 26 por 1000 y la atención profesional del parto subió de 10% a 87% de los nacidos vivos. El control de la desnutrición mediante la distribución de leche al 90% de la población infantil bajó el índice de 15% a 5%, y la mortalidad infantil bajó de 250 a 55 por 1000 nacidos vivos. (13)

Los 12 programas de Salud ambiental creados por el Servicio Nacional de Salud cubrieron con agua potable el 80% y el alcantarillado cubrió el 60% de las áreas urbanas.

El Formulario Nacional de Medicamentos de 1965 introdujo el uso de productos genéricos de drogas con monopolio de productos farmacéuticos, bajando considerablemente los precios en más de 150 medicamentos básicos. (14)

CRISIS Y REVOLUCIONES SOCIALES (1970-79)

Después de medio siglo de exitosos progresos sanitarios y sociales los gobiernos socialdemócratas y liberales no podían resolver graves problemas de pobreza de un tercio de la población chilena.

El Estado benefactor acusaba importantes fracturas; una tremenda burocracia centralizada con severos defectos administrativos, retraso en progresos técnicos por altos costos de la medicina moderna, deficiencias del personal técnico y corrupción política que afectaba la calidad de la asistencia médica. Como consecuencia de estos problemas se presentó una crisis de crecimiento y de credibilidad del modelo médico estatal y la presentación de modelos alternativos, uno socialista y otro capitalista. (15, 16)

La elección del Dr. Allende en 1970 estableció un gobierno socialista marxista que propuso un cambio de la estructura de la sociedad, única manera de corregir las desigualdades médico-sociales. La experiencia socialista en dos años fracasó por causas económicas y técnicas y fue resuelta con el golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973, cuya dictadura desarrollista militar instauró un modelo «neoliberal» capitalista. Durante sus primeros años hasta 1979, el régimen militar mantuvo el modelo estatal de salud centralizado, pero con la constitución de 1980 se estableció la libertad económica, la libertad de enseñanza y se abrieron las puertas del libre mercado para la medicina nacional.

LA REFORMA NEOLIBERAL DE LA MEDICINA (1980 - 1990)

Chile fue el primer país subdesarrollado en el mundo en desarrollar reformas neoliberales en salud y bienestar. El modelo estatal de seguridad social fue desmantelado y reemplazado por dos sistemas de pensiones. La población más antigua quedó en un sistema estatal de pensiones (I.N.P.) y el resto quedó obligatoriamente en un sistema privado de pensiones (A.F.P.) con capitalización individual. Fueron creados dos sistemas de Salud. El sistema público con el Fondo Nacional de Salud; FONASA, y el Sistema Privado, ISAPRE, con capitales nacionales e internacionales. (17, 18). Ambos sistemas se financian con una cotización de 7% del salario.

De este modo el Estado Benefactor fue desmantelado y privatizado, transfiriendo los recursos económicos del Trabajo al Capital. Organizaciones financieras internacionales reemplazaron el rol estatal de previsión y salud con el control privado de los servicios de salud y bienestar social. El presupuesto estatal de salud bajó del 5% al 3% del producto bruto Nacional y la inversión privada alcanzó en una década el 40% de los gastos del país. (17)

Como consecuencia el Estado Benefactor clásico quedó reducido al I.N.P. , a los hospitales públicos, al I.S.P. (Instituto de Salud Pública), los consultorios municipales y a los servicios de agua potable y alcantarillado, que más tarde serían también privatizados. El Servicio Nacional de Salud se dispersó en Servicios regionales de Salud dependientes de los Intendentes de las regiones del país. Los restos del Estado Benefactor quedaron desparrramados en el país.

RECONSTRUCCIÓN DE UN MODELO MIXTO DE SALUD PÚBLICA (1990 - 2000)

Durante la última década del siglo XX el gobierno de Chile fue ejercido por partidos políticos democráticos de Centro, que trataron de reagrupar los restos del Estado Benefactor en un nuevo modelo mixto de Sistema Público y Privado. El éxito del crecimiento económico del país a una tasa de 6% del Producto Bruto permitió reforzar las estructuras estatales de los Servicios Públicos y establecer programas de apoyo a planes específicos de asistencia médica y subvención a grupos de indigentes.

En 1999 los recursos físicos de la Salud Pública mantenían a 2500 establecimientos públicos y 1000 privados, que incluían Hospitales, Clínicas, Centros Médicos y Consultorios con un total de 45.000 camas hospitalarias. (18)

Los recursos humanos contaban con 16 mil médicos, los que trabajaban mayormente en el sector privado. De este modo el modelo mixto tenía una importante participación del sector privado que complementaba eficazmente la acción de la medicina estatal. (18, 19)

Como consecuencia de esta afortunada situación de bienestar económico al final del siglo XX, Chile logró mejorar considerablemente sus estadísticas vitales e índices demográficos, ubicándose en el primer lugar en América Latina. Los cuadros adjuntos muestran la evolución de las estadísticas a lo largo del siglo XX, demostrando que Chile se había transformado en una nación de desarrollo mediano a la altura de los niveles europeos. (3, 10, 19)

CHILE: EVOLUCIÓN ESTADÍSTICAS VITALES EN SIGLO XX

	1900	1920	1940	1960	1980	2000
DEMOGRAFÍA						
Población millones	3.1	4.0	5.0	7.6	11.1	15.0
Pob.urbana %	42	46	50	70	83	87
Natalidad/1000 hab/	40	38	37	36	27	18
Esperanza vida años	-	30	42	58	70	75
RECURSOS						
Médicos graduados, año	20	50	200	400	600	700
Certificación médica %	-	24	30	72	90	98
Camas hospital miles	13	15	20	34	40	45
Atención parto %	-	25	30	40	90	98
Agua potable urbana %	-	10	30	50	87	98
MORTALIDAD						
General / 1000 pob.	28	26	14	12	6	5
Infantil / 1000 n.v.	300	257	225	109	23	10
Infeciosa / 100.000 hab	-	604	443	263	180	14
Cardiovascular/100.000 hab	-	173	159	188	180	150

Fuente: Anuarios Demográficos, INE.

CONCLUSIÓN

Chile ha sido la primera nación subdesarrollada que ha alcanzado el objetivo de lograr hacer la cobertura íntegra de atención primaria de salud a toda su población, de acuerdo con la Declaración de Alma Ata, de la OMS, adoptada en 1978. En la fecha clave del año 2000, las estadísticas vitales chilenas muestran los indicadores básicos de la OMS, al mismo nivel de los indicadores de los países industrializados de Europa y Norteamérica.

Chile enfrenta en esta nueva alta posición de nación de desarrollo mediano, la necesidad de hacer frente a los imperativos sanitarios del siglo XXI, esto es, salvaguardia de las ganancias de salud obtenidas en el siglo XX, mejorar la cooperación internacional, y aumentar su potencial de infraestructuras de salud con una más amplia comprensión y responsabilidad en sus políticas nacionales de salud pública. (20). ■

REFERENCIAS

- 1 CRUZ-COKE, R. Reseña histórica social de la medicina en Chile. Jornadas Historia Medicina Amador Neghme. 1989;229-237.
- 2 MERRIEN, F.X. L'Etat Providence –Que sais je- Presses Universitaires de France. Paris, 2000.
- 3 Anuarios de Demografía, INE, Chile (1925-1999).
- 4 CRUZ-COKE, R. Los profesores de la escuela de medicina y la historia política nacional. Rev. med. Chile 1983; 111; 608-615.

- 5 HUNEUS, C.& LANAS, M.P. Ciencia política e historia, Eduardo Cruz-Coke y el Estado de bienestar en Chile: HISTORIA. Vol. 35; 2002; 131-186.
- 6 FRASER BROCKINGTON, C. Informe sobre salud pública en Chile. Rev. med. Chile 1962; 90; 374-380.
- 7 CRUZ-COKE, R. Patrimonio-histórico de la medicina en Chile. Anales. U. Chile, Sexta serie, Nº12, 19-41, 2000.
- 8 CRUZ-COKE, E. Medicina Preventiva y medicina Dirigida. Nascimento, Santiago, 1938.
- 9 ALLENDE, S. La realidad médico-social en Chile. Imp. Lathrop, Santiago, 1939.
- 10 MEDINA, E. Evolución de la Salud Pública en Chile en últimos 25 años. Rev. med. Chile 1977; 105; 739-783.
- 11 JURISIC, B. Chile y las organizaciones internacionales de Salud. Rev. med. Chile. 1977;105; 674-679.
- 12 BORGONO, J; Control de enfermedades infecciosas en Chile. Rev. med. Chile. 1977; 105; 696-700.
- 13 KAEMPFER, A. Evolución de la salud materno-infantil en Chile. Rev. med. Chile. 1977; 105; 680-686.
- 14 VALDIVIESO, R. Ley de Medicina Curativa y Formulario Nacional. Rev. med. Chile: 1977;105; 666-670.
- 15 CRUZ-COKE, R. & GOIC. A. Cambios socioeconómicos bruscos e índices de Salud pública en Chile (1970-1973) Rev. med. Chile; 1973;101;996-1001.
- 16 MEDINA, E. & CRUZ-COKE, R. Chilean medicine under social revolution. New. England, J.Med. 1976; 296; 173-179.
- 17 ARMADA F. et al. Neoliberal reforms in provision of health and social programs. Int.J.Health Serv. 2001; 31; 729-768.
- 18 LABORDE DURONEA; M; Medicina-chilena en el siglo XX. Corporación Recalcine. Santiago. 2002.
- 19 PanAmerican Health Organization. Health conditions in the Americas. Washington, 1994.
- 20 WHO. The World Health Report. WHO. Genova, 1998.

SALUD E HIGIENE EN VALPARAÍSO A COMIENZOS DEL SIGLO XX¹

PROF. ALESSANDRO MONTEVERDE S.²

INTRODUCCIÓN

A pesar que Chile se encontraba en una etapa de franco bienestar económico y de estabilidad política, sus estructuras sociales no estaban preparadas -al igual que en gran parte del siglo XIX- para “combatir” los embates más enconados de las pestes, epidemias y otros males, que se van a manifestar en forma reiterar a fines del siglo XIX y comienzos del XX.

Este trabajo se fundamenta básicamente con información de la prensa de la época, informes de Intendencia de Valparaíso y material indagado en los Archivos del Ministerio del Interior, sección Beneficencia, Policía Médica entre otros.

CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE VALPARAÍSO A FINES DEL SIGLO XIX Y COMIENZOS DEL XX

La mayoría de la población es de menos recursos, pobres, personas trabajadoras, artesanos, obreros, estibadores y otros que ejercen un oficio o trabajo en los distintos talleres de industrias variadas. Estos hombres y mujeres vivían con sus -a veces- familias en “sendos”, casas que históricamente hemos conocido con el nombre de conventillo.

Estas habitaciones/viviendas, típicas de Valparaíso, las encontramos diseminadas en toda la ciudad, cerros, plan, tanto en los extremos como en el centro de ella, en las quebradas, en las laderas, etc.

Estas casas fueron construidas de material ligero, casi colgando una al lado de la otra; para así obtener básicamente el mayor provecho del terreno disponible, sin tener que taparse o esquivarse. Pero estas crecen hacia cualquier lado, si mirando el mar y de espalda al sol -muchas veces- tienen básicamente mala ventilación, escasa luz y menos aire. Apenas con suerte les llegaba el sol en sus tejados, que con fortuna, ingresa tímidamente en una de las pocas piezas. El piso era frío, disperejo y generalmente de tierra, y en raras ocasiones de ladrillo o madera, siendo esto un lujo pocas veces visto.

Muchos de estos conventillos no contaban con agua potable, sin desagüe -con letrinas colectivas o pozos sépticos y escasos- en los cerros. En la mayoría de los conventillos los habitantes arrojaban las aguas “sucias”, usadas, servidas del lavado, entre otras, a los patios

¹ Conferencia presentada el 3 de octubre de 2002.

² Universidad de Playa Ancha, Valparaíso.

contiguos, y esta operación era común, cuando la realizaban también con las orinas y aun más con las materias o desechos fecales.³

Las familias en general eran presas de la promiscuidad. Estos ocupaban una sola pieza del conventillo. Convivían el matrimonio -o la pareja de convivientes-, los hijos de ambos sexos y era muy común encontrar compartiendo con ellos, algún pariente -tío, tía, abuelo, abuela, ahijados, sobrinos, compadres- o un amigo o amiga. Además agregémosle, los infaltables gatos o perros y otros animales domésticos.

Normalmente cuando uno de los componentes del grupo familiar caía enfermo, iba a seguir compartiendo con los demás, la habitación y más aun la cama, el alimento, el agua, etc. Muy raras veces, este enfermo aceptaba ser internado de buenas a primeras en un establecimiento hospitalario.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, desde el año 1893 el Consejo de Higiene se ha preocupado constantemente de tratar de subsanar este problema de vivienda de las personas más necesitadas.⁴

Para la fecha, a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, el Consejo de Higiene hizo tomar por la policía, una especie de censo del recinto urbano, para verificar cuántos conventillos existían. El resultado fue 543 conventillos, con 6426 piezas o cuartos —cuartuchos- que eran a su vez habitados por 17.170 personas. La relación por habitación de personas iba de 3 a 4 más los animales domésticos que cohabitaban. Y en otros casos llegó a inferir que el número de personas podía ser aun mayor, cerca de 8 o más personas por habitación del conventillo.⁵

De estos conventillos, 203 se encontraban en buenas condiciones para ser habitados dignamente, y los 340 restantes, se encontraban en deplorable estado por las pésimas condiciones higiénicas, sin agua potable bebestible, y con desagües completamente contaminados.

³ Información con esta descripción la podemos encontrar en la memoria presentada al señor Intendente de Valparaíso sr. Joaquín Fernández Blanco. Por el dr. Daniel Carvallo. Epidemia de viruelas en Valparaíso. Años: 1904 y 1905. Imprenta Gustavo Weidmann. Valparaíso. 1906 (p. 25-25). En adelante dr. D. Carvallo. Epidemia... Valparaíso. 1906. (p...)

⁴ Dr. D. Carvallo. Epidemia... Valparaíso. 1906 (p. 25).

⁵ “La jente de la parte alta de la ciudad vive en casas jenerlamente muy mal construidas. Hacinadas y en quebradas, sin calles, con escasés de agua potable, sin facilidades para la remoción de las basuras, y las más veces sin desagües para las materias fecales; casi sin aire por la densidad de la acumulación y respirando las emanaciones que se desprenden de tanta aglomeración y de las aguas sucias que corren por los barrancos y cauces, a donde se arrojan las materias escrementicias, y también todo lo que puede podrirse [sic] y llenar el aire de miasmas” (Dr. W. Díaz). En dr. Carvallo. Epidemia... Valparaíso. 1906 (p. 23).

“La ordenanza del 14 de agosto de 1893 sobre Policía de Conventillos en la ciudad de Valparaíso, se debe al Consejo de Higiene y gracias a ella, cuando la Alcaldía ha querido seguir las indicaciones del Consejo de Higiene, se ha conseguido modificar las condiciones higiénicas de los conventillos que el consejo ha indicado como insolubles o inhabitables en conformidad a las disposiciones de la Ordenanza.”⁶

En algunos casos y en beneficio del Consejo de Higiene, aquellos conventillos que han sido fiscalizados a sus dueños por estar en malas condiciones, estos han reaccionado prontamente, han realizado las reparaciones necesarias para su pronta mejoría y habilitación apropiada.

Pero en otros casos, otros conventillos se encontraban en tal proporción de antihigiénicos, que no tenía, ni merecían ser reparados. Y la indignidad era peor que la misma vida a la que estaban sometidos esos pobres seres humanos.

En otras palabras, eran numerosos los conventillos que se encontraban en malas condiciones higiénicas y físicas en Valparaíso. Muchos de estos importantes centros habitacionales carecían de las mínimas condiciones para vivir. Lo que hacía ver que, con estas condiciones, muchos de sus moradores eran presa de cualquier contagio, peste y enfermedad. Y que la capacidad de dispersión era altísima y rápida, y sin mediar alguna capacidad de resistencia.

LEY DE ORDENANZA DEL SERVICIO DE HIGIENE PÚBLICA

El día 15 de septiembre de 1892 se dictó la primera ley orgánica de Higiene Pública en Chile.⁷

Aunque se limitó a crear un Consejo Superior y un Instituto de Higiene, representa una gran conquista, ya por las dificultades que tuvo que vencer para dictarla, ya por el

⁶ Ver. Dr. Carvallo. Epidemia... Valparaíso. 1906 (p. 25).

⁷ El antecedente de creación y formación del Servicio de Higiene Pública emana de la Junta de Higiene de Valparaíso, creada por el Intendente interino Sr. Federico Varela el 7 de noviembre de 1881, y el Consejo Superior de Higiene, creado por el Ministro de Interior Sr. Ramón Barros Luco, el 10 de enero de 1889, que han seguido hasta 1892 y que publicaron sus trabajos en los Archivos de la Junta de Higiene de Valparaíso y en la Revista de Higiene, Órgano del Consejo Superior de Higiene Pública. Estos antecedentes los encontramos en. Dr. F. Puga Borne. Reseña Histórica de la Higiene Pública en Chile, en el texto: Varios Autores. El cuerpo médico y la medicina en Chile. Publicado por Maffet. Santiago. 1939 (p. 427 y otras). Próximamente. Dr. Puga B. Reseña... Santiago. (p...).

hecho de que las instituciones que creó habrían de poner de manifiesto la conveniencia de poseer una administración sanitaria y al mismo tiempo servirían para formular los proyectos llamados a completar y perfeccionar esta rama del servicio público.

Los antecedentes y quienes participaron en la promulgación de la ley, se encuentran publicados en el primer tomo de la “Revista chilena de Higiene”, publicada por el Instituto de Higiene de Santiago en el año 1894.

Sin embargo antes de 1892 habían existido, creados por disposición gubernativa, ciertos cuerpos consultivos: Consejos o Juntas de Higiene que nacían en épocas de angustia pública y de desesperación.⁸

Por otro lado, debemos destacar las siguientes instituciones: La Junta de Higiene de Valparaíso, creada por el Intendente interino, señor Federico Varela, el 7 de noviembre de 1881 y el Consejo Superior de Higiene, creado por el Ministro de Interior Sr. Ramón Barros Luco, el 10 de enero de 1889, que han funcionado hasta 1892 y que publicaron sus trabajos en los “Archivos de la Junta de Higiene de Valparaíso” y en la “Revista de Higiene”, órgano del Consejo Superior de Higiene Pública.

Pasamos a continuación a señalar un informe emanado por la Cámara sobre el estado de la Higiene Pública en Chile.

“La organización de la Higiene Pública en Chile, es de tal modo defectuosa e insuficiente, que los problemas que más directamente afectan a los intereses de la vida y de la salud de la población de los hombres de buena voluntad que quieran estudiarlo. Las autoridades administrativas no encuentran de ordinario corporaciones o grupos de ciudadanos ilustrados, organizados de una manera conveniente, a quienes consultan sobre los intereses a ellos confiados, de tal modo que, o no se toman medidas para corregir los males que se notan, o estas no llevan el sello de la meditación científica que requieren.

La mortalidad verdaderamente asombrosa que acusa la estadística, sobre todo la de los párvulos, que dificulta nuestro progreso y nuestro desarrollo y esteriliza muchas de las fuerzas productoras del país, la organización de la asistencia domiciliaria y de la beneficencia Pública, las causas de las endemias y epidemias, la salubridad de las localidades y habitaciones, las estadísticas médicas y el examen de los alimentos y bebidas y otros múltiples asuntos, no menos graves e interesantes, deben ser materias de detenidos estudios por corporaciones o centros científicos bien organizados y con atribuciones bien determinadas”.⁹

⁸ En. Dr. Puga B. Reseña... Santiago. 1939. (p. 427).

La Junta de Higiene de Valparaíso estaba compuesta por distinguidos personajes públicos de la época. Entre ellos podemos mencionar a los siguientes. Eduardo de la Barra, Juan Clark, Salvador Donoso, Olof Page, Teodoro von Schroeders, Joaquín Talavera, David Trumbull, Carlos Waddington. Ver. Dr. Puga B. Reseña... Santiago. 1939 (p. 428).

⁹ Este proyecto fue realizado para la creación de un Consejo Superior de Higiene Pública, dependiente del Ministerio del Interior, compuesto por cuatro profesores de medicina y uno de química o farmacia. En. Dr. Puga B. Reseña... Santiago. 1939 (p. 431).

Por otro lado, en el año 1886, el presidente de la República Domingo Santa María y José Ignacio Vergara, su ministro del Interior, crearon en esta secretaría de Estado la sección de Higiene y Beneficencia que fue la autoridad única y suprema en materia de salud y procuró prolongadamente tantos disgustos a los médicos. Desde el primer momento los dejó en situación desmedrada, confiriendo el máximo de autoridad a los administrativos. Agrupó las juntas en la Junta Directora de Establecimientos de Beneficencia o simplemente de Beneficencia y les dictó reglamento orgánico. Las autorizó para contratar comunidades religiosas, nombrar personal de servicio, fijar requisitos para el internado de licenciados, herencias y bases para el arrendamiento; pero se reservó el derecho de aprobar los reglamentos del régimen interno, los presupuestos, la aceptación de donaciones y legados y el permiso para contraer préstamos hipotecarios.

Entre tanto, en 1900 existían en Chile 60 hospitales, 8 hospicios para inválidos, 6 casas de huérfanos y más de 100 dispensarios. En 1917 la Junta de Santiago convocó al primer Congreso de Beneficencia.¹⁰

Valparaíso a fines del siglo XIX y comienzos del XX. Datos generales e información de prensa sobre higiene y salubridad.

Valparaíso, era por aquellos años la sede de los negocios chilenos: el salitre, la minería, industrias y comercio internacional. Los capitales chilenos emigrados del Perú y Bolivia contribuyeron a organizar nuevas empresas y conquistaron nuevos mercados.

En 1880, la ciudad inauguraba el teléfono, el primero del país. En 1884 se inauguraba el Teatro de la Victoria, escenario de importantes eventos artísticos y culturales. En 1888 se iniciaron mejoras en las estructuras del puerto. Dos años después quedaba unida por cable submarino con el resto del mundo por medio del sistema panamericano.

Valparaíso había experimentado notables avances. Los ferrocarriles la unían con Argentina y Bolivia, líneas de vapores la conectaban con todos los puertos del mundo, un ferrocarril eléctrico ha acortado el viaje a la capital y un proyecto de moderna carretera comenzaba a desarrollarse.

La población de Valparaíso va en permanente aumento¹¹ y sus actividades prosperaban, en algunos rubros a pesar de las continuas crisis, cuyos efectos no han sido eliminados del todo. Por otra parte, la apertura del Canal de Panamá, en agosto de 1914, viene a poner la rubrica final al puerto de Valparaíso, porque en estos momentos pasará a ser un puerto de término para las distintas líneas de navegación. Se agrega a lo anterior, la construcción del puerto de San Antonio que también va a contribuir a restarle importancia a nuestro disminuído y apenado Valparaíso.

¹⁰ La información anteriormente expuesta se encuentra en: Autores Varios... El Cuerpo Médico y la Medicina en Chile. Ed. Maffet. Santiago. 1939 (p.892).

¹¹ Según el censo de 1885 la población de Valparaíso era de 104.952 habitantes y Chile en general llegaba a los 2.507.005 habitantes. Y, la población para Valparaíso en 1920 era de 182.422 y el total de Chile 3.730.230.

Sin embargo en medio de los progresos –indudables- económicos, políticos y sociales, Chile tenía demostraciones de atraso en los comienzos del siglo XX.

El pueblo chileno se ha visto diezmado por una multitud de enfermedades endémicas y epidémicas que han debilitado las fuerzas productivas del país. Ejemplo de esta situación y perjuicio, han sido en Valparaíso, las epidemias de viruela, la tuberculosis, la tos convulsiva, -el cólera a fines del siglo XIX)-; tos convulsiva, que por lo común atacaba a los niños, han sido de una frecuencia desoladora.

En las últimas epidemias de viruela¹² que han flagelado el país a comienzos del siglo XX, se han hecho cálculos llegando a confirmar muertes que van anualmente entre 5.000 a 10.000 personas, víctimas de sus garras. Al mismo tiempo la peste bubónica, causó estragos durante algún tiempo en la región septentrional, cuyo clima favorecía su desarrollo. En los años posteriores fue el tifus exantemático la epidemia más tenaz y esparcida, fomentada por el desaseo y la desnutrición a que condujo, la cesantía de gruesos contingentes proletarios.

La mortalidad infantil era algo desgarrador en los hogares chilenos, principalmente en el hogar de los pobres. La familia nacional perdía la mayor parte de sus hijos a temprana edad. El mal se acrecentaba, sobre todo por las pésimas condiciones higiénicas. Las habitaciones húmedas, malsanas, estrechas, el desaseo personal como físico –mal perenne-, la ignorancia de las mínimas reglas sanitarias para conservar la salud, el alcoholismo, lacra invencible que doblegaba a muchos y muchas personas, quebrantador de la moral y la voluntad; estas eran algunas de las causales del aumento constante de la mortalidad.

Relacionado con la peste bubónica en Valparaíso, debemos señalar que los periódicos a comienzos del siglo XX informaban en los siguientes términos:

“Los lectores ignoran sin duda que nos encontramos en pleno régimen de la peste bubónica, que estamos infectados, plagados y contagiados hasta el punto de ser peligroso nuestro contacto para todos los que se nos acerquen y hemos llegado a ser el terror del Pacífico.

“Desgraciadamente no somos nosotros los que hemos descubierto este estado de casos: ni son nuestro gobierno ni las autoridades médicas las que han declarado que hay peste bubónica en Chile.

“Los nicaragüenses fueron los primeros en dar la alarma y los de Costa Rica se han

¹² Para tener más información ver: María Angélica Illanes. Historia del Movimiento Social y de la Salud en Chile. 1885-1920. Ed. Colectivo de Atención Primaria. Santiago. 1989 (p. 55-70).

apresurado a tomar medidas necesarias para evitar el contagio.

El Ministro del Interior del último país debió asustarse al ver que la prensa de la vecina República de Nicaragua aseveraba que este gobierno había recibido noticias cablegráficas que anunciaban que había prendido en Valparaíso la peste bubónica. Como medida precautoria se restringe por estos países la llegada de buques de Chile y en especial los que salen de Valparaíso...”¹³

Por otro lado y siguiendo las informaciones emanadas de la lectura de la prensa, señalaba que la municipalidad de Valparaíso, consciente del gran problema de las epidemias, trató de tomar medidas concretas y efectivas. Un ejemplo de esto es:

“...de una solicitud de Mateo Vicetich, Vicetich y Compañía, en la que pide algunas modificaciones en el contrato del 22 de abril de 1899, sobre incineración de basura y otros desperdicios en tabla, el señor Gutiérrez. Pide al alcalde que imponga a la sala de las medidas que haya tomado para impedir la invasión de la epidemia de la peste que nos amenaza y sobre la limpia de cauces y aseo de la ciudad”¹⁴.

En otras informaciones de prensa, se señalan denuncias y reclamos, como los siguientes:

“La falta de aseo es notoria, ya que el servicio de aseo no pasa por semanas y cuando pasa, los carretones si están de buena voluntad se llevan la basura...”¹⁵

Lo que hemos apreciado en los párrafos anteriores, era una falta completa de higiene que hacía, lógicamente, resentir la salud, por la propagación de las distintas epidemias; enfermedades como el tifus, viruela y gripe (pulmonía) que afectaban principalmente a

¹³ Esta información resulta del “Diario La Unión, 11 de enero de 1900”. En adelante, D. La Unión. Fecha. 1900.

¹⁴ Ver D. La Unión. 1/2/1900.

¹⁵ En D. Unión. Marzo. 1902.

los barrios pobres, obreros, periféricos. Estos problemas se relacionaban con la carencia y falta de Hospitales que tuvieran condiciones favorables para atacar estos males, a pesar de contar con sólo 4 de ellos, que dependían básicamente de las sociedades de beneficencia de la provincia.

Además, cabe hacer notar que en general la infraestructura de la ciudad tampoco daba abasto: el agua potable no llegaba a todos los cerros de Valparaíso, el tendido eléctrico menos, el alcantarillado era insuficiente. De igual modo la pavimentación de las calles, básicamente, se conocía en el plan y sólo en 30% de los cerros.

Pero debemos señalar que en el año 1898 se creaba en Valparaíso la Oficina de Inspección Sanitaria. Se instala para tal efecto una oficina ubicada en la calle Independencia n°32. La creación de esta oficina va a tener gran importancia para abordar el tema de la salubridad pública en los comienzos del siglo XX. Sin duda que este hecho correspondía a uno de los factores que hacían, de alguna forma, detener la tendencia tan negativa de muerte hacia fines del siglo XIX. ■

EL PREFACIO DE VESALIO: RESEÑA BIOGRÁFICA Y COMENTARIOS¹

BENEDICTO CHUAQUI²

RESEÑA BIOGRÁFICA DE ANDRÉS VESALIO

SUS ANCESTROS

La familia Witing era oriunda de la ciudad alemana de Wesel y se radicó en Bruselas a comienzos del siglo XV. En la Universidad de Lovaina aparece matriculado en 1429 Johannes de Wesalia. Del apellido Witing derivaron el de van Wesele y finalmente, Vesalius. Johannes y su hijo Everardo fueron médicos. Entre los hijos de Everardo hubo uno ilegítimo: Andries. Fue farmacéutico al servicio del Emperador. Se casó con Isabel Crabbe, y de este matrimonio nacieron Nicolás, Andrés, Francisco y Ana.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Se cree que Vesalio nació el 31 de diciembre de 1514. Muy poco se conoce de su niñez. Vesalio recibió probablemente la mejor educación posible por entonces en Bruselas, sus estudios básicos consistieron en el *trivium* (gramática, retórica y dialéctica). En el *Paedagogium Castrense* de Lovaina, una Facultad de Artes, obtuvo el grado de Magíster en Artes, requisito para ingresar a otras facultades. Los estudios comprendían latín, griego, literatura, filosofía y retórica. Vesalio adquirió notable fluidez en latín. No se sabe qué movió a Vesalio a estudiar Medicina.

ESTUDIOS EN PARÍS (1533-1536)

La Facultad de Medicina era muy conservadora. En la biblioteca de la Facultad había predominantemente obras medievales. La Anatomía no tenía el rango de una disciplina

¹ Conferencia presentada el 4 de octubre de 2002

² Miembro de Número Academia Chilena de Medicina, Profesor Titular Programa de Estudios Médicos Humanísticos, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

por sí misma. La practicaban los cirujanos, subordinados a los médicos, y los barberos. Las disecciones de cadáveres humanos eran rarísimas.

Los estudios médicos duraban cuatro años. Entre los profesores estaba Jacobus Sylvius. Sylvius era un galenista estricto. Vesalio estudió con él unos seis meses, pero no solo se trataba de una enseñanza *ex cathedra*, sino además, de anatomía en animales. Además, el escalpelo quedaba en manos de un barbero. Sin embargo, Vesalio participó en la disección de uno que otro cadáver humano gracias a Günther von Andernach, que permitió a Vesalio substituir al barbero. En su primera disección describió por primera vez las diferencias anatómicas entre las venas espermáticas izquierda y derecha.

Debido al estallido de la guerra Vesalio tuvo que abandonar París antes de poder graduarse de Bachiller.

ESTUDIOS EN LOVAINA (1536-1537)

No se sabe exactamente qué actividades desarrolló en Lovaina ni tampoco en cuántas disecciones de cadáveres humanos participó. Pero las condiciones para la investigación anatómica eran mejores que en París.

Allí escribió su primera obra: el *Comentario del libro noveno de Rhazes*. Probablemente fue su tesis de Bachiller.

LA CÁTEDRA EN PADUA (1537-1542)

La Facultad de Medicina mostraba ese desarrollo independiente que la haría la más prestigiosa de Europa.

A Vesalio los estudios en París y Lovaina le bastaron para que se le otorgara el grado de Doctor en Medicina. La Facultad de Medicina le permitió que hiciera a la vez de disector, demostrador y expositor. Aquí fue donde Vesalio hizo importante su cátedra.

En su primera disección describió por primera vez las venas hemorroidales tributarias de la porta. Esta disección fue la base para la publicación de tres obras breves, la más importante de ellas son las *Tabulae anatomicae* (1538), en que se utilizan por primera vez ilustraciones con fines docentes. Vesalio sigue siendo básicamente galenista, pero muestra ya un pensamiento independiente y ya había reparado en algunos errores de Galeno.

A partir de 1539 Vesalio dispuso de un número mayor de cadáveres humanos, pero su afán era tal que con frecuencia se llevaba cadáveres a su casa y los mantenía allí varias semanas. La mayoría era hombres ajusticiados, por eso su experiencia en la anatomía de la mujer fue poca.

Fue en Padua donde Vesalio hizo sus trascendentales aportes con dos obras que aparecieron en 1543: el *Epítome* o *Compendio* y la *Fabrica*.

La *Fabrica* repercutió hondamente en los círculos médicos, en parte por la revolución que representaba el desplome de la anatomía galénica. Fue muy bien acogida por los que iniciaban la investigación anatómica, entre ellos Falopio, el discípulo a distancia de Vesalio, pues no se conocieron.

Vesalio recibió el encargo de revisar y traducir al latín el texto griego de los *Procedimientos Anatómicos* de Galeno para la publicación de las *Opera omnia*, encargo que habla del prestigio y de la versación de Vesalio.

Concluida la *Fabrica*, Vesalio siguió la tradición familiar ofreciendo sus servicios al monarca. Pero antes viajó a Basilea para supervisar la edición de su obra. Allí, de paso, preparó el esqueleto del cuerpo de un ejecutado que había diseccionado él mismo, esqueleto que se conserva hasta hoy en el Instituto de Anatomía de la Universidad de Basilea.

SERVICIO IMPERIAL (1543-1555)

Al entrar al servicio imperial Vesalio dejaba de ser el investigador de la anatomía y se convertía en clínico y cirujano, condición en la que también adquirió gran prestigio y una situación económica aun mejor. En 1544 se casó con Anne van Hamme, al año siguiente nació su hija Anne.

La *Fabrica* desató la crítica de Sylvius. En 1551 aparecía en París el trabajo de Sylvius *Refutación de las difamaciones de un cierto Vesano de la anatomía de Hipócrates y Galeno*. El ataque, como anuncia el título con el juego de palabras, fue desmedido, furioso, con amenazas y maldiciones y fue contraproducente para su autor. Sylvius murió en 1555, el mismo año en que aparecieron su tratado de Anatomía y la segunda edición de la *Fabrica*. En 1556, año de la abdicación de Carlos V, Vesalio recibió una pensión de por vida y además, pasó a la corte de Felipe II en España.

LOS AÑOS FINALES (1557-1564)

Por entonces Vesalio ya era famoso también como clínico y cirujano. Así, fue llamado a París para atender junto con Paré a Enrique II y por deseo del Rey participó en junta que atendió a don Carlos. En 1564 el rey Felipe autorizó a Vesalio a abandonar España. Las razones para dejar el Reino e ir a Jerusalén, son inciertas. Partió en marzo y murió en octubre. Según Paré y otros, la peregrinación fue la penitencia impuesta por la Inquisición por haber autopsiado a una mujer –otros dicen a un hombre–, en la que aún latía el corazón al iniciar la autopsia.

Vesalio viajó sin esposa e hija. De regreso, el barco, por mal tiempo, sufrió demora y escasez de agua y alimentos. Varios pasajeros murieron antes de atracar en la isla de Zante; él falleció en tierra.

ANATOMÍA DE GALENO (130-CA. 200 D.C.)

La anatomía galénica se sitúa en aquel largo período en que por creencias religiosas o filosóficas o por la moral de la sociedad, el cadáver humano no fue objeto de estudio anatómico.

Galeno se sirvió preferentemente de simios por su mayor similitud al hombre; además, de variados animales. Pero no se trata de una anatomía comparada, sino de una anatomía más bien híbrida, de base simiana y supuestamente válida para el hombre y útil para el cirujano. De hecho, suele no indicar el animal de trabajo. Consideró que la disección del cuerpo humano no era indispensable para el cirujano si conocía la del simio. Pero, de hecho, esta extrapolación dio origen a buena parte de los errores de la anatomía galénica, que se hallan en osteología, miología, angiología y organología.

Entre los errores no imputables a aquella extrapolación, hay dos importantes. Primero, ve el origen de la vena cava en el hígado. Hasta Vesalio mismo distinguía una sola cava, parte de la cual era la aurícula derecha, vista como un segmento venoso intercalado. El corazón, por lo tanto, aparecía trilobular. El otro error es la suposición de poros invisibles en el tabique interventricular cardíaco, a través de los cuales supuestamente pasaba parte de la sangre del ventrículo derecho al izquierdo. Se encontraban entre las trabéculas cárneas del tabique y eran invisibles debido a la contracción muscular *post mortem*.

LA ANATOMÍA HUMANA PREVESALIANA

Alrededor del año 300 a.C. se hicieron en Alejandría los primeros exámenes de cadáveres humanos con fines científicos; primero, por Herófilo; poco después, por Erasístrato. El tratado de Anatomía de Herófilo se perdió por completo, de los dos de Erasístrato se conservaron solo fragmentos. Algunas contribuciones de Herófilo se conocen a través de Galeno. Esta escuela anatómica no echó raíces, dejó de existir hacia el año 150 a.C.

Durante cerca de los primeros trece siglos de nuestra era siguieron prevaleciendo las creencias sociales que consideraban abominable el examen del cuerpo humano sin vida. Los primeros de tales exámenes parecen haberse realizado hacia fines del siglo XIII, pero fueron esporádicos y se hicieron con fines médico-legales o anatomopatológicos.

La primera obra en que se reflejan disecciones anatómicas es la de Mondino da Luzzi, *Anatomia*, escrita hacia 1316 en Bolonia. Pero era una anatomía vista fundamentalmente con los ojos de Galeno. Fue la obra de mayor difusión todavía en los tiempos de Vesalio.

La nomenclatura anatómica, en parte mal traducida del árabe, adolecía de ambigüedades y era redundante y poco sistemática. Las ilustraciones de regla carecían de relación con el texto, eran especies de símbolos de la anatomía galénica.

LA SEPARACIÓN Y DEGRADACIÓN DE LA CIRUGÍA

En la Roma Imperial esta separación se halla claramente establecida y la Cirugía relegada a segundo plano debido al menosprecio de aquella sociedad por el trabajo manual. Galeno iba a ahondar ese divorcio y degradación con el abandono de la Cirugía y con su concepto de que el buen médico era aquel capaz de sanar con drogas la enfermedad que el cirujano curaba con el bisturí.

Así, en la temprana Edad Media la Cirugía estuvo relegada a barberos. A fines de la alta Edad Media comenzó en París, en el Colegio de San Cosme, el ascenso de categoría de esta disciplina. Francia siguió a la vanguardia en equiparar médicos y cirujanos, igualdad que se alcanzó poco después de la Revolución Francesa con el otorgamiento de un solo título, el de Doctor en Medicina.

LA ANATOMÍA VESALIANA

La *Fabrica* constituye, en su forma y contenido, el fundamento de la Anatomía moderna. Frente a la anatomía de los animales, Vesalio tuvo un punto de vista opuesto al de Galeno, destacando las diferencias entre los caracteres de un órgano de un determinado animal y del hombre. En este sentido son varias sus contribuciones a la Anatomía Comparada.

Corrigió los errores de la anatomía galénica y comprobó que buena parte de ellos provenían de extrapolar la anatomía de las bestias. En esto fue cauto y riguroso. La corrección de mayor trascendencia fue la comprobación de la falta de poros en el tabique interventricular. Ateniéndose con objetividad a las consecuencias de esa observación, Vesalio, en la segunda edición de la *Fabrica*, declara estar lejos de sentirse satisfecho con las explicaciones sobre la función cardíaca, que aclararía Harvey en el siglo siguiente.

ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA

El aporte pedagógico de Vesalio fue doble: por una parte, el uso sistemático de ilustraciones estrechamente ligadas con las explicaciones del texto, y, por otra, el hacer participar a los estudiantes en las disecciones. Vesalio sentó el principio de que el conocimiento anatómico ha de adquirirse a través de la disección y observación personales.

LA NOMENCLATURA Y LA FILOLOGÍA

En la *Fabrica* fijó buena parte de la nomenclatura moderna. Su preocupación por la nomenclatura y su deseo de ir a las fuentes para saber exactamente qué había dicho Gale-

no se enmarcan en el espíritu humanístico del Renacimiento. En ese entonces coexistían dos corrientes contrapuestas: la de los Escolásticos y la de los Humanistas.

Los primeros formaban la mayor parte de los profesores universitarios y seguían la tradición medioeval ateniéndose a los textos latinos, elaborados desde el siglo VI por los compiladores y, después, a partir del siglo XI, por los traductores del árabe. Con la división del Imperio Romano el Occidente había perdido el conocimiento del griego y, con ello, el acceso a gran parte de la cultura de la Antigüedad Clásica.

Los Humanistas comenzaron siendo gente no universitaria, empleados de notarías, secretarios de príncipes y maestros de escuelas, que centraron su programa en el lenguaje. Su influencia se ejerció en todos los campos de la cultura renacentista y alcanzó la Medicina, principalmente la Anatomía. Aquí aparece la figura de Vesalio, médico y humanista.

La aparición de la *Fabrica* estimuló el desarrollo de los estudios anatómicos -cosa que Vesalio en parte alcanzó a vivir- y puso en marcha nuevas investigaciones. Pero difícilmente hubiera podido sospechar que su obra produciría otro cambio trascendental, cual fue el haber introducido el pensamiento anatómico en la Medicina. ■

TRADUCCIÓN DEL PREFACIO DE VESALIO A DE HUMANI CORPORIS FABRICA¹

CLAUDIA CHUAQUI F.²

¿Qué dijo Vesalio en el *Praefatio* a su monumental obra *De humani corporis fabrica*? ¿Fueron palabras protocolares o planteó una posición doctrinaria en tomo a la Anatomía? Como se sabe, la *Fabrica* tradicionalmente es considerada sin controversia el fundamento de la Anatomía moderna y, de hecho, aparece resumida o comentada en todos los textos de Historia de la Medicina a nuestra disposición, no así el Prefacio, que a lo más se menciona. Esto ocurre, para citar un ejemplo, en la conocida obra, en siete volúmenes, la más completa en español, *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Laín Entralgo.

En el texto *Source Book of Medical History* se indica que hasta entonces, 1942, no había traducciones publicadas de la *Fabrica* a idiomas modernos; hasta 1988 no las había, excepto al ruso. Con excepción de tres versiones al inglés del Prefacio, no hemos encontrado otras.

COMENTARIOS SOBRE EL LATÍN DEL PREFACIO

Ya en el título de la obra, el traductor al español se topa con una cuestión lexicológica: ¿Cómo traducir *Fabrica*? El punto ha sido motivo de discusión, y no hay acuerdo al respecto. O'Malley, traductor al inglés, se inclina por *estructura*, una de las acepciones dadas al vocablo del latín clásico. Pero hay dos reparos para traducirlo así en español. Primero, en nuestra lengua *estructura*, en todas las acepciones que aquí interesan, hace referencia a la forma de disponerse las partes en el todo, es decir, deja afuera los caracteres del todo y de las partes aisladas. Segundo, tanto en latín clásico como en el medieval, el vocablo tiene otra acepción que nos concierne: la de *construcción*, cuyo significado amplía mucho el tema del discurso al permitir considerar todos los caracteres, así, de forma, función y propósito de un edificio. Pero *construcción*, al contrario de lo que ocurre en alemán con *Bau*, no es de uso corriente en la Anatomía y, aunque *conformación* sí lo es, este reduce el tema del discurso a lo morfológico. Es probable que hoy una buena traducción sea el término más técnico de *anatomía*. Aunque estrictamente con este vocablo el discurso queda restringido a lo morfológico ha sido tradición tratar en el estudio anatómico también otros aspectos de los órganos.

Vesalio escribe su Prefacio en un latín muy elaborado, de periodos largos, a veces complejos, pero siempre exactos y sujetos a los patrones clásicos. No se trata en absoluto de un

¹ Conferencia presentada el 4 de octubre de 2002

² Profesor Auxiliar Asociado Programa de Estudios Médicos Humanísticos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

latín medieval, y tampoco hemos encontrado construcciones posclásicas. Es el latín de un humanista en su emulación de los autores clásicos.

TRADUCCIÓN DEL PREFACIO

Al divino Carlos Quinto. máximo e invictísimo Emperador.

Prefacio de Andrés Vesalio a sus libros sobre La Fábrica del cuerno Humano

Aunque en el cultivo de las artes y ciencias hay diversas cosas que se oponen a que aquellas sean aprendidas correctamente y a que se lleven a la práctica con éxito, ¡Carlos, clementísimo Emperador!, creo, sin embargo, en particular, que también hace un daño no poco considerable la separación tan amplia de las disciplinas que conciernen al perfeccionamiento de un mismo arte, y más aun la minuciosa distribución de su ejercicio a diferentes artífices. Nada más pernicioso pudo haberse introducido en él que el hecho de que la Medicina comenzara a ser despedazada a tal punto que su instrumento principal, el que emplea el trabajo de la mano para curar, fue descuidado tanto que se entregó a plebeyos, en absoluto instruidos en las disciplinas médicas.

Si bien existieron tres escuelas médicas, a saber, la Lógica, la Empírica y la Metódica, así y todo sus autores dirigieron la meta del arte entero a conservar la salud y eliminar las enfermedades.

Enseguida, además de todo lo que cada escuela consideraba necesario para este fin, usaban de tres

medios de auxilio, que fueron, primero, el método de la dieta; segundo, el amplio uso de medicamentos; y tercero, el trabajo de la mano.

Este triple método de sanar era igualmente familiar a los médicos de cada escuela, y ellos, empleando sus manos en el tratamiento según la naturaleza de las afecciones, pusieron no menor diligencia en ejercitarlas que en fijar el método dietético o en distinguir y componer medicamentos. Con el pasar del tiempo, el método de curar se fragmentó tan lamentablemente que los médicos, en verdad, vendiéndose con el nombre de *físicos*, asumieron solo la prescripción de los medicamentos y de la dieta para las afecciones internas, pero dejaron la medicina restante a los que llaman cirujanos, a los cuales consideran casi como sirvientes. Así, rechazaron vergonzosamente la rama principal y más antigua de la Medicina, la que principalmente tiene por base (si acaso hay algo más) la observación de la naturaleza. Y de hecho, aunque primero fue cultivada únicamente por médicos y estos se esforzaron por dominar la, ella comenzó a colapsarse miserablemente cuando los médicos relegaron el oficio de las manos a otros y así perdieron la Anatomía.

Es muy improbable que este género de hombres nos preservara este muy difícil y abstruso arte transmitido a ellos de mano en mano, y también lo es el que esta funesta fragmentación del campo curativo no introdujera en las escuelas la detestable práctica de que unos se acostumbraran a realizar la disección y otros, a exponer la descripción de los órganos. Estos

últimos, desde lo alto de la cátedra y con egregio orgullo gritan, al modo de los grajos, cosas que nunca han realizado y que encomiendan a la memoria según libros de otros, o exponen cosas ya descritas. Pero aquellos otros son tan ignorantes en las lenguas, que no pueden explicar a los espectadores las cosas disecadas y, siguiendo la indicación de *unfísico*, laceran lo que deben mostrar. Pero este, sin haber puesto nunca la mano en una disección, no sin arrogancia hace de marinero solo por apuntes.

Sin embargo, ya hace tiempo que en este siglo de gran felicidad, el que los dioses quieren sabiamente que sea regida por tu voluntad, a tal punto la Medicina comenzó a revivir en todos los estudios y a levantar su cabeza de las profundísimas tinieblas, que, sin controversia, parecía haber recuperado cercanamente su antiguo brillo en algunas academias, y nada echaba de menos más vivamente que la extinta ciencia de los órganos del cuerpo humano. Entonces yo mismo, movido por el ejemplo de tantos varones distinguidos, decidí dedicarme a ella conforme a mis fuerzas y con los medios que pudiera. Y para no permanecer ocioso solo mientras todos intentaban algo con tanto éxito por el bien de los estudios generales, y aun para no decaer frente a mis antepasados, pensé que esta rama de la filosofía natural debía ser restablecida desde sus cimientos, de suerte que si entre nosotros no es tratada mejor que otrora entre los antiguos profesores, a lo menos se llegue alguna vez a afirmar sin avergonzarse que este método de disección puede ser comparado con aquel antiguo, y que en nuestro tiempo nada se ha colapsado tanto y restituido tan pronto a su integridad como la Anatomía.

Pero este empeño de ningún modo habría tenido éxito, si no hubiese puesto mano en este asunto cuando me dedicaba a la Medicina en París, y si allí me hubiese dejado estar mientras barberos ignorantísimos nos mostraban superficialmente algunas vísceras en un par de disecciones públicas. Pues allí, donde por primera vez vimos renacer y prosperar la Medicina, la Anatomía era tratada tan negligentemente que yo mismo, habiendo disecado algunas bestias bajo Jacobo Sylvio, varón nunca suficientemente alabado, y llevado por la exhortación de mis colegas y preceptores, practiqué, más concienzudamente que de costumbre, la tercera disección a que me tocó asistir. Cuando después hice la segunda -los barberos ya relevados de la obra- intenté mostrar los músculos de la mano y hacer una disección más fina de las vísceras, pues, fuera de ocho músculos del abdomen, lacerados torpemente y en un mal orden, nunca alguien me había mostrado antes músculo ni hueso alguno, ni mucho menos, una red precisa de nervios, venas o arterias.

Pronto hube de volver a Lovaina a causa del estallido de la guerra, donde por dieciocho años los médicos ni siquiera habían soñado con la Anatomía. Para ser digno de los estudios de la Academia y para yo mismo ejercitarme más en esta materia hasta entonces obscura pero a mi juicio muy necesaria a la Medicina, expliqué allí la fábrica humana más detalladamente que en París por medio de disecciones. Así, los profesores más jóvenes de la Academia parecen consagrar ahora un trabajo mayor y más serio y diligente para conocer los órganos del hombre, pues comprenden perfectamente que esos conocimientos les proporcionan excelentes recursos para filosofar.

Más tarde, en Padua, la escuela más famosa del orbe, trabajé con ahínco en investigar la conformación del hombre, porque la Anatomía también atañe a la profesión de la medicina quirúrgica, que, para no apartarme de la Medicina, enseñé desde hace cinco años, sostenido por estipendios del ilustrísimo Senado de Venecia, lejos el más generoso respecto a los estudios de las ciencias. Así, aquí y en Bolonia he practicado la Anatomía con bastante frecuencia y, suprimida la ridícula costumbre de las escuelas, he hecho demostraciones y enseñado de manera que no podamos echar de menos nada de lo que nos han legado los antiguos y no nos falte la descripción anatómica de ningún órgano del cuerpo.

Más de una vez señala la negligencia en que incurrió en algunos escritos, o frecuentemente enseña lo contrario; ahora a nosotros nos consta, a la luz del renacido arte de la disección, de la atenta lectura de sus libros y de la restauración (que no es de lamentar) de la mayoría de los pasajes, que él mismo jamás disecó un cuerpo humano. Aun más, engañado por sus propios simios, (a pesar de que se le presentaron dos cadáveres humanos desecados) con frecuencia criticó injustamente a los médicos antiguos que practicaban disecciones de hombres. Además, en Galeno encuentras muchas cosas que tampoco ha comprendido correctamente en los simios, para no mencionar lo asombroso que es que en las múltiples e infinitas diferencias entre los órganos del cuerpo humano y del simio no haya advertido ninguna a no ser en los dedos y la articulación de la rodilla, diferencia que, sin duda, hubiese omitido junto con las restantes, si no le hubiera sido obvia sin la disección. He reunido en siete libros de nuevo los conocimientos sobre los órganos del cuerpo humano, además de aquellas cosas que publiqué en otro lugar sobre este mismo tema y que ciertos plagiadores, creyéndome ausente lejos de Alemania, dieron a conocer como propias. El orden de los libros es aquel en que suelo tratar la materia aquí y en Bolonia, en aquella agrupación de doctos varones.

Ciertamente, por esta razón, quienes asistieron a mis disecciones tendrán comentarios sobre las cosas demostradas y podrán enseñar la Anatomía a otros con menos trabajo.

Pero aquí se me viene a la mente la ácida crítica de algunos de que a los estudiosos de las cosas de la naturaleza se les presenten dibujos no solo de plantas, sino también de los órganos del cuerpo humano, por excelentes que sean, porque esas cosas cabe aprenderlas no por figuras, sino por esmerada disección y observación. Como si en verdad yo hubiese agregado al texto las ilustraciones de los órganos –ilustraciones fidelísimas, que ojalá no sean estropeadas por los tipógrafos- para que los estudiosos, confiando en ellas, se abstuvieran de la disección de cadáveres. Al contrario, más bien yo, con Galeno, exhortaría con los medios que pudiera a los candidatos de Medicina a realizar las disecciones con las propias manos. Ciertamente, si se hubiese practicado hasta ahora la costumbre de los antiguos, que ejercitaban a los jóvenes en casa en hacer disecciones tal como en escribir el abecedario y en leer, yo permitiría fácilmente que nosotros prescindieramos no solo de las figuras, como aquellos antiguos, sino también de todos los comentarios.

Sin embargo, no se me escapa cuán poca autoridad tendrá este intento a causa de mi edad, pues aún no llevo a los veintiocho años y, ante mi frecuente llamada de atención a las afirmaciones falsas de Galeno cuán poco protegido estará de los ataques de los que no

estuvieron presentes mientras yo enseñaba Anatomía, o no la han practicado con esmero, y que elucubran a primera vista variados argumentos en defensa de Galeno.

Todo esto, a no ser que mi ensayo tenga el patrocinio de una alta autoridad, como es la costumbre, y así salga a luz con buenos auspicios. Y puesto que en verdad no puede estar más protegido y mejor adornado que con el nombre, nunca perecedero, del divino Carlos, invictísimo y máximo Emperador; imploro a vuestra Majestad, con todo respeto y reiteradas súplicas, que a este estudio mío de la juventud, en deuda consigo mismo por muchas razones y causas, permita bajo vuestra guía, esplendor y patrocinio circular en manos de los hombres tanto tiempo hasta que, por la práctica de las cosas y el juicio que llega con la edad y erudición, yo convierta este trabajo en uno más digno del sumo y óptimo Príncipe, u ofrezca otra obra que no sea rechazada, sobre otro tema tomado de nuestro arte.■

SOBRE CÓMO TOMÁS HODGKIN DELIMITÓ EL LIMFOMA.¹

DR. SERGIO GONZÁLEZ B.²

ASPECTOS BIOGRÁFICOS

Thomas Hodgkin (1798-1866) nació el 17 de agosto de 1798 en Pentonville, un pueblo al norte de Londres. Su hermano John lo describió como:

“the champion of all sorts of lost causes, who could flame up into very hot wrath when he heard of acts of oppression on his *protégés* and was not sparing of sharp censure on the transgressors”.

Un visitante americano (William Gibson, 1841) lo caracterizó como sensible, laborioso, cauto, honesto, inteligente y honorable.

“In appearance he is very peculiar and striking, being rather below the usual height, remarkably thin, straight as a ramrod, with dark piercing eyes, and such extraordinary convexity of the nose and other lineaments as never to be forgotten when once seen. His disposition appears to be very mild and conciliating, but mixed up with gravity and firmness, in such proportions, as to make him very efficient in any thing he undertakes, and not to be easily turned aside by coaxing or flattery, or any other palatable provocatives so readily swallowed, sometimes, by the wisest and best of men.”

Hodgkin vestía como todo cuáquero, de negro, con un pañuelo blanco en banda en el cuello, sin corbatas ni botones de colores; su hablar era directo y extremadamente respetuoso. Estudió con profesores privados. Su padre le enseñó inglés (composición y caligrafía), matemáticas y griego. Un instructor privado francés colaboró con latín y francés. Más tarde, en sus viajes aprendió italiano y alemán.

En 1816 se enrola en estudios como aprendiz de boticario. En 1819 decide estudiar Medicina en la Universidad de Edinburgo, en Escocia. Antes de esto, debía completar, eso sí, su titulación de boticario en un hospital, practicando clínica con cierta instrucción en temas médicos. Tenía que asistir a clases de anatomía y cirugía, presenciar operaciones y

¹ Conferencia presentada el 4 de octubre de 2002.

² Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

autopsias. Se incorporó como pupilo de médico al Guy's Hospital el 30 de septiembre de 1819. Estos pupilos se preparaban para ser médicos más que "general practitioners", que era la carrera que los transformaba en boticarios y cirujanos. La reputación del Guy's se debía a la Sociedad de Informe Clínico (Clinical Report Society), donde los estudiantes repasaban las lecciones aprendidas en la investigación práctica y cerca de la enfermedad junto a la cama. La fama se desarrolló por el entonces novedoso concepto de que el cuidado de los pacientes y la enseñanza de la medicina eran inseparables.

Hodgkin se matriculó en Edinburgh el 25 de octubre de 1820. Edinburgh era la mejor escuela de medicina de Gran Bretaña, con profesores de mucha reputación, que habían desarrollado nuevas técnicas de enseñanza basadas en la observación, experimentación y práctica. Allí nació el concepto de asociar una escuela de medicina con un hospital y la idea de conferencias clínicas para "especialistas". En Edinburgh, la integración de la instrucción clínica junto al enfermo y la enseñanza de las disciplinas básicas como anatomía, química, botánica, patología y fisiología era comparativamente sencilla de implementar en comparación con Oxford y Cambridge, donde el sistema de "colleges" impedía tales innovaciones. En estas últimas, la enseñanza era fundamentalmente teórica, con una fuerte tendencia a la discusión filosófica de textos antiguos griegos y latinos. Las clases eran pasivas y no había enseñanza clínica. Los estudiantes ingleses migraban a otras escuelas como Leyden, Padua, Montpellier, Bologna, etc. Edinburgh tenía una desventaja en cuanto a anatomía quirúrgica, pues tenían menos cadáveres que las escuelas de Londres.

Hodgkin viajó a París de octubre de 1821 a septiembre de 1822 para conseguir experiencia adicional. Ahí la enseñanza de la anatomía era superior. Los médicos franceses no observaban a los pacientes, sino que los examinaban. La nueva medicina francesa se basaba en el examen físico (percusión y auscultación), anatomía patológica y estadística. Los estudiantes acompañaban a médicos y cirujanos de la sala al auditorio e intentaban correlacionar los hallazgos clínicos que se encontrarían en la autopsia. Uno de sus maestros en París fue Laennec. De hecho, éste lo menciona en el prefacio de la segunda edición del "*Traité de la auscultation médiate*" por haber sido particularmente notable en seguir sus enseñanzas en el estudio del estetoscopio. Al regresar a Inglaterra de París, Hodgkin presentó su trabajo sobre el uso del estetoscopio en el Guy's Physical Society y se le atribuye la introducción de este instrumento en Londres y el resto de Inglaterra.

Hodgkin se graduó de médico en 1823. Su tesis fue un trabajo de 78 páginas sobre *De absorbendi functione*, que contenía observaciones originales sobre mecanismos de la función absorbente de la sangre y la linfa.

Trabajó voluntariamente en el Guy's Hospital y en 1826 fue nombrado Inspector de la Muerte y Curador del Museo de Anatomía Mórvida.

En 1843 estudió algunos tumores al microscopio. Desarrolló un concepto de metástasis muy cercano al moderno, en el sentido de colonización de células en sitios distantes.

En 1850, a la edad de 52 años, se casó con Sarah Scaife. En 1857, TH acompañó a Moses Montefiore a Tierra Santa como médico de viaje, el primero de numerosos otros. En 1866, viajó a Alejandría vía Paris y Marsella. De Alejandría fueron a Haifa donde llegó

enfermo. El 4 de abril de 1866, murió a las 5.15 PM de disentería, a la edad de 68 años. Fue enterrado en el cementerio inglés de esa ciudad y donde aún hoy puede visitarse su tumba.

UNA NUEVA ENTIDAD

De 1826 a 1836, Hodgkin realizó aproximadamente 100 autopsias anuales. Los médicos clínicos que trabajaron con él fueron Richard Bright y Thomas Addison. Las enfermedades descritas por Bright y Addison corresponden a una estricta correlación entre alteraciones fisiológicas detectadas clínicamente y los hallazgos anatómicos en la autopsia. **La enfermedad descrita por Hodgkin surge exclusivamente de los hallazgos anatómicos en la autopsia.** Demostró, además de condiciones mórbidas de linfonodos y bazo separadamente, una condición con agrandamiento de las “glándulas absorbentes” visibles en varias regiones (cuello especialmente), pero mucho más extensa en la autopsia y también del bazo, pero sin signos de inflamación. Por otra parte, **él sugirió una relación entre linfonodos y bazo sólo por el aspecto anatómico macroscópico** en una época en que nada o muy poco se sabía de la función y estructura celular de estos órganos. Hasta el siglo pasado muy pocas enfermedades tenían una descripción clara, completa y definitiva, en particular las primeras descripciones. **Hodgkin descubrió y describió una enfermedad en una época donde la Patología estaba recién consolidándose y no existía el estudio microscópico.** Se conocía la existencia de las células vegetales, pero no había un estudio acabado de las células animales. La teoría celular no se había esbozado siquiera y se desconocía el hecho de que los tejidos estaban constituidos por células.

Hodgkin describió 7 casos caracterizados por adenopatías y esplenomegalia. Estudios ulteriores han demostrado que 4 de los casos eran efectivamente lo que hoy se denomina enfermedad de Hodgkin. El trabajo se titula: **“On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen”**. Fue presentado a la Sociedad Médica y Quirúrgica en dos sesiones separadas, el 10 y 24 de enero de 1832, y luego publicado en *Transactions*. Como no era miembro en ese momento, su trabajo fue leído por el secretario Robert Lee. En la sesión del 10 de enero había 8 miembros titulares y 22 invitados. No se registró el número ni la calidad de los asistentes a la sesión del 24 de enero. Hodgkin se incorporó a esta sociedad recién en 1840, fue miembro del consejo de 1842 a 1843, revisor de trabajos de 1854 a 1855 y vicepresidente de sesiones de 1862 a 1864.

A continuación se describen los casos estudiados por Hodgkin.

CASO I.

Examinado en noviembre de 1826. Niño de 9 años con sospecha clínica de tuberculosis. Un hermano fallecido de tuberculosis. Hodgkin observó unos pocos tubérculos en linfonodos, bazo, hígado y pulmón. Observó que algunos linfonodos especialmente intestinales, eran *“of semi-cartilaginous hardness”* y también los linfonodos peripancreáticos y

esplénicos, periaórticos e ilíacos. Por el tamaño y consistencia eran claramente diferentes del aspecto usual de la tuberculosis. En los 6 años siguientes encontró 5 ejemplos más de esta condición que él reconoció como la misma entidad. Mientras examinaba cuidadosamente un caso, su amigo Robert Carswell (1793-1857), que había estado en París, le mostró unos dibujos de casos de autopsia y Hodgkin reconoció en uno de ellos la misma condición y lo sumó a su casuística con el número 7. **Hodgkin pudo reconocer la entidad con sólo mirar el dibujo de Carswell.**

CASO 2.

Médico tratante Richard Bright. Niño de 10 años. Falleció después de una enfermedad que duró 13 meses caracterizada por esplenomegalia y linfadenopatías cervicales y de otros grupos.

CASO 3.

Hombre de 30 años. Antecedentes de sífilis tratada con mercurio. Hígado comprometido y endurecido como los linfonodos, pero le pareció de un aspecto similar a: *“those who have laboured under a cachectic condition from mercury”*. El bazo tenía numerosos tubérculos. Los linfonodos estaban agrandados y rellenos con depósito de material blanco.

CASO 4.

Examinado el 8 de enero de 1830. Hombre de 50 años, carpintero. *“the most remarkable feature of this case was the great enlargement of nearly, if not quite all, of the absorbent glands within reach of examination, but more especially in the axillae and groins... Most of the glands... were about the size of a pigeon’s eggs, a few somewhat larger, and other rather smaller.”* Los linfonodos tenían el mismo aspecto blanquecino no inflamatorio de los pacientes previos, aunque parecían tumorales no tenían el aspecto clásico. Hodgkin notó que los linfonodos inguinales, torácicos y abdominales tenían el mismo aspecto, debido *“a morbid hypertrophy of the glandular structure itself, rather than... a new adventitious growth”*. El bazo estaba marcadamente agrandado y tenía varias manchas blancas tuberculoideas, pero no con la misma exacta apariencia.

CASO 5.

Hombre de edad media. Linfadenopatías cervicales grandes. Hígado y bazo muy aumentados de tamaño. *“The absorbent glands accompanying the aorta were greatly enlarged, some*

equalling the size of a pullet's egg; some, but more especially those in the abdomen, were reddened by injected or echymosed blood."

CASO 6.

Paciente de edad media. Tenía linfonodos a lo largo del trayecto de las arterias torácicas y abdominales, aunque los mesentéricos estaban menos comprometidos. El bazo estaba *"free from any adventitious deposit"*. Los tumores en los linfonodos se describieron grandes y firmes, algo distintos a los de los casos previos según Hodgkin.

CASO 7.

Caso de Robert Carswell. Hombre de 30 a 40 años. Linfonodos agrandados en todo el cuerpo, especialmente cuello, y de caracteres similares a los casos de Hodgkin. El bazo tenía alteraciones parecidas y muy agrandados. Observó que *"...notwithstanding some differences in structure, to be noticed thereafter, all these cases agree in the remarkable enlargement of the absorbent glands accompanying the larger arteries...this enlargement of the glands appeared to be primitive (primary) affection of these bodies, rather than the result of an irritation propagated to them from some ulcerated surface or other inflamed texture"*. La condición le pareció *"idiopathic interstitial enlargement of the absorbent glandular structure throughout the body"*. Hodgkin reconocía que el aumento de tamaño no era por tumores en otro sitio y la consistencia era bastante uniforme, sugiriendo *"a general increase of every part of the gland, (rather than) of a new structure developed within it and pushing the original structure aside, as when ordinary tuberculous matter is deposited in these bodies"*.

El compromiso de los linfonodos se acompañaba de alteraciones en el bazo, pero como estas formaciones esplénicas eran más pequeñas y menos conformadas, el compromiso esplénico probablemente era *"a posterior effect"*. También pensó que el compromiso del bazo era una función de la edad, ya que él rara vez había visto tubérculos en bazo de adultos, excepto cuando malignos, pero tubérculos no eran raros en bazo de niños y jóvenes. Hodgkin vio adenopatías similares en pacientes vivos. Un caso fue un hombre judío de 40 a 50 años que consultó por múltiples adenopatías. Hodgkin perdió contacto con él pero se enteró de su muerte 2 meses después de consultarlo. Un caso similar en un niño también estaba registrado. En una nota publicada en el informe mencionó un caso de G.O. Heming de Kentish Town, quien citó a Malpighi como describiendo un caso con adenopatías generalizadas y gránulos en el bazo.

Hodgkin notó y reconoció caracteres anatómicos similares acumulados por años y tuvo la experiencia y habilidad para darse cuenta de que eran diferentes de cualquier cosa previamente descrita. Él no reclamó para sí esta primera descripción de una enfermedad nueva. Su trabajo comienza:

"The morbid alterations of structure which I am about to describe are probably familiar to many practical morbid anatomists."

No es posible descartar completamente que otros ya lo hubieran descrito, pero nadie antes que él lo hizo con tanto detalle, con correlación clínica y con la relación al compromiso esplénico. El concepto de cáncer o neoplasia no estaba suficientemente desarrollado alrededor de 1832 y la terminología no se utilizaba en el mismo sentido de hoy en día. Hodgkin estaba convencido de que se trataba de una enfermedad primaria y no secundaria como respuesta a una inflamación desconocida, porque no había signos inflamatorios. La segunda parte de su trabajo está dedicada a 7 casos de infarto esplénico. El trabajo se publicó sin figuras, aunque al momento de la presentación oral había en la sala cuadros colgados del caso de Carswell.

En 1856 (24 años después), Samuel WILKS (1824-1911), que tenía el mismo cargo que Wilks Hodgkin, es decir curador del museo y profesor de Patología en la escuela de Medicina, publicó un artículo titulado:

“Cases of a peculiar enlargement of the lymphatic glands frequently associated with disease of the spleen.”

En este trabajo, presentó 10 casos, 4 de los cuales eran del museo y resultaron ser casos de Hodgkin no claramente identificados en el catálogo como pertenecientes a él. Wilks estaba convencido de que era una entidad no descrita hasta que leyó el artículo de Bright y luego revisó el trabajo de Hodgkin y se dio cuenta de que había redescubierto la enfermedad descrita en 1832. Agregó al final de su trabajo:

“Had I known this earlier I should have altered many expressions which I have used with respect to any originalities of observation on my part...It is only to be lamented that Dr. Hodgkin did not affix a distinct name to the disease, for by so doing I should have not experienced so long an ignorance...of a very remarkable class of cases.”

Este trabajo de Wilks tampoco contribuyó al reconocimiento de Hodgkin. Wilks escribió otro caso en 1859 y luego en 1865 un tercero con el título:

“Cases of enlargement of the lymphatic glands and spleen (Hodgkin’s disease) with remarks.”
Guy’s Hospital Reports 1865; 11: 56-67

Este trabajo sí estableció definitivamente la enfermedad como descrita por primera vez por Hodgkin y como una entidad clínica definida y distintiva. Wilks describió más casos y más detalladamente, pero sin estudio microscópico. Se ha establecido que tampoco todos sus casos eran lo que hoy conocemos como Enfermedad de Hodgkin. Otros autores comenzaron a publicar casos similares con distintos nombres, tales como linfadenoma, linfogranuloma, linfoblastoma, linfomatosis granulomatosa y granuloma maligno. En 1866 apareció en alemán un trabajo con el epónimo Hodgkins Krankheit o linfadenoma múltiple.

En la década de 1860, numerosos autores en Francia, Alemania e Inglaterra, describieron al microscopio 1 ó 2 células grandes en pacientes con linfadenopatías y esplenomegalia

sin leucemia. W.S. Greenfield en 1878 reconoció células gigantes multinucleadas y las dibujó. La descripción histopatológica definitiva fue hecha por Carl Sternberg y Dorothy Reed (1874-1964).

Los primeros estudios modernos de Herbert Fox en 1926 de los casos originales de Hodgkin mostraron que los casos números 2, 4, 6 y 7 eran linfoma de Hodgkin, el caso 1 tuberculosis, el caso 3 sífilis y el caso 5 leucemia. En 1970 los estudios citogenéticos mostraron que la célula de Reed-Sternberg era aneuploide y de origen clonal, o sea la célula neoplásica de esta enfermedad. En cuanto a la causa, desde 1700 se pensaba que muchas enfermedades eran infecciosas, pero no podía probarse. Sternberg vio que muchos casos de Enfermedad de Hodgkin coexistían con tuberculosis y pensó que era una variante de tuberculosis. Dorothy Reed pensaba que era un proceso inflamatorio crónico.

Pese a la confusión de nomenclatura y clasificaciones, la Enfermedad de Hodgkin ha permanecido como entidad clínico-patológica. Todavía hay problemas de clasificación, etapificación y diagnóstico diferencial. La histopatología de lesiones reactivas y neoplasias en linfonodos puede simular linfoma de Hodgkin. El tratamiento actual de esta enfermedad puede llevar a la curación a un alto porcentaje de los casos.

ANÁLISIS MICROSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN

El diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin se realiza actualmente con el estudio microscópico que permite identificar las características células de Reed-Sternberg. ¿Por qué Hodgkin no utilizó el microscopio para analizar sus casos? Pensamos que existen tres razones para explicarlo:

1. El concepto de enfermedad existía a nivel de tejido y no de células; de hecho la teoría celular se consolidaría recién algunas décadas después del período de descripción de los casos de Hodgkin.
2. Los métodos de fijación de tejidos eran rudimentarios y la mayor parte de los análisis microscópicos se realizaban en cortes por congelación, que proporcionaban secciones muy gruesas con pobre resolución.
3. El microscopio de luz no estaba completamente desarrollado y los instrumentos de la época presentaban grandes aberraciones cromáticas y esféricas, lo que impedía su aplicación en forma sistemática el estudio microscópico al material de las autopsias.

Estos hechos explicarían por qué la mayor parte de las descripciones se limitaban a los aspectos macroscópicos. Aun así, Hodgkin tiene el mérito de haber descrito una enfermedad que aun hoy en día nos apasiona, sólo sobre la base de un detallado análisis morfológico macroscópico. ■

NOTAS HISTÓRICAS SOBRE EL TRAUMA CRANEANO EN CHILE¹

DR. PATRICIO TAGLE M.²

PREHISTORIA.- Los restos arqueológicos más antiguos en nuestro país se han descubierto en Chiloé, suponiéndose que datan de 10.000 años aC. Posteriormente, se señalan las culturas de Tagua-Tagua (9430 aC), Huentelauquén (7730 aC), Quiani (4220 aC), San Pedro de Atacama (1000 aC), El Molle (245 dC) y más recientemente Padre Las Casas (1280 dC) en la Araucanía. Todos estos pueblos eran cazadores recolectores, bastante primitivos, que aunque tenían ceremonias funerarias, en los restos no se han encontrado elementos de trauma o de acción médica sobre el cráneo, a excepción de la momia de S. Pedro de Atacama que revela deformación cefálica artificial.(1, 2, 3)

En 1463 el inca Topa Yupanqui (10º hijo del sol) con el noble Curaca Sinchirruca conquistó los territorios hacia el sur del Perú, llegando hasta el río Maule. Si bien su período de asentamiento fue corto (70 años en el Norte y 30 años en el Centro de Chile) su influencia cultural fue importante en diferentes rubros como la agricultura, alfarería, lenguaje, ritos, etc. Llama la atención que no se haya encontrado ningún elemento de influencia médica, que al parecer había alcanzado algún grado de desarrollo.

En efecto, es conocido y sorprendente el interés que esos pueblos tuvieron desde tiempos remotos por las trepanaciones (4, 5). Los Drs. Luis Graña y Esteban Rocca, en 1954, realizaron una investigación sobre cráneos trepanados en el Perú pretérito. La muestra está compuesta por 250 especímenes, 171 correspondientes a hombres, 42 a mujeres y 37 indeterminados. Los más antiguos (6, 7) corresponden a 3000-2000 aC, encontrados en Paracas, que constituye al decir del Dr. Edgardo Morales Landeo (6), la primera Clínica Neuroquirúrgica del Perú y de Sudamérica (Tabla 1). De ellos, 180 estaban trepanados abarcando todo el hueso y 42 solo la tabla externa (Tabla 2). La forma de trepanación se señala en la Tabla 3.

Entre el instrumental neuroquirúrgico se encontraban piedras, cuchillos de obsidiana amarrados por un palo, disectores de obsidiana, curetas de diente de tiburón, agujas y pinzas de espinas y huesos. La razón de las trepanaciones podría haber tenido un sentido religioso, pero hay expertos que sostienen que se realizaron con fines curativos de traumas

¹ Conferencia presentada el 4 de octubre de 2002.

² Profesor de Cirugía, Jefe Departamento de Neurocirugía Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

craneanos o epilepsia. Los cráneos deformados representaban probablemente rituales, existiendo técnica de amarre, amarre con tablillas y atrición con almohadillas. Mucha de la información al respecto se ha logrado por el análisis de cráneos, cerámicas (huacos), tumi (cuchillo), suturas y vendajes. Ejemplo es el huaco de Casma (0-50 dC) que representa una trepanación utilizando el cirujano un instrumento de piedra pulido. Hacia el 200 dC (cultura mochica) aparece el tumi de piedra y en el año 1000 dC encontramos uno más perfeccionado: el cuchillo de Illimo confeccionado en oro o plata. La técnica de la trepanación es posible inferirla analizando un detalle de un tumi: Existe un grupo de 3 figuras: En el centro está el paciente mirando hacia el cielo y sufriendo intenso dolor; otro individuo con lágrimas en los ojos le sostiene la mano; a su vez el operado le aprieta la rodilla, y finalmente destaca el cirujano. Se supone que fueron realizadas en templos privados y la posición elegida era sentada. Las perforaciones evitaban el seno transversal y la fosa posterior. Excepcionalmente se dejaba plastía de metal o de corteza vegetal. La hemostasia era realizada con barro y algodón. Algunos dicen que se anestesiaba con chicha (licor de maíz) y se utilizaba la quinina. Incluso Graña y Rocca encontraron vendas elásticas (7). Hubo un número no despreciable de pacientes que sobrevivieron, como se indica en la Tabla 4 (8).

La medicina araucana comprendía magia, hierbas o aguas termales. La cirugía era rudimentaria, limitándose a curar las heridas con emplastos o drenar abscesos con piedras afiladas succionando el pus con la boca (1, 9, 10, 11, 12). La sangría también era empleada (13). El padre Diego Rosales comenta en su *Historia General del Reyno de Chile* (1625) “los mismos Indios quando an de ir a la guerra se saxan las piernas y las rodillas con lancetas de pedernal, porque dicen que la sangre les haze pesados i que la sal que han comido se les ha baxado a las rodillas...” (14)

HISTORIA. Don Diego de Almagro Gutiérrez salió del Cuzco en julio de 1535 acompañado de importantes funcionarios incas que incluían nobles, sacerdotes y médicos aborígenes. De 60 años, con secuela de trauma (tuerto), enfermo (sífilis), incluyó en su expedición al bachiller en medicina Alvaro Marín. Llegó al valle de Copayapo (Copiapó) en mayo de 1536, donde la mayoría descansó, siguiendo unos pocos hacia el Sur, alcanzando el valle de Aconcagua, donde los indígenas le opusieron resistencia. Luego de uno de estos enfrentamientos, relata un cronista, “los heridos eran curados con aceite hirviendo extraído de la grasa de un indio obeso muerto en la refriega” (19). Regresó en octubre a Copiapó, donde se encontró con los refuerzos traídos por Juan de Herrada y Rodrigo Orgóñez, con quien venía el bachiller médico Hernando Enríquez de Herrera. Almagro le dijo: “Ya veis que venimos de la guerra todos desbaratados y perdidos y que no hay partes para poder daros salario conocido; pero por la buena relación que de vos tengo, holgome que en compañía del bachiller Marín curéis de aquí en adelante mi persona e casa, e toda la gente de mi real que estuviere doliente e herida, y pues vamos al Cuzco deja la paga a mi cargo”. De hecho, al volver al Perú cumplió la promesa en cuanto a cancelar las remuneraciones del facultativo (13).

Don Pedro de Valdivia salió del Cuzco en abril de 1539 hacia Atacama, donde permaneció varios meses. El 15 de diciembre de 1540 alcanzaron el valle del Mapuche (Mapocho), fundando Santiago del Nuevo Extremo en febrero de 1541. A Benjamín Vicuña Mackena le extraña que siendo “Don Pedro de Valdivia, hombre sagaz, caudillo previsor, que trajo consigo en su carabana del Cuzco, cuando vino a descubrir el mal famoso país de Chile, clérigos, frailes, capellanes, alarifes, gallinas, una mujer, escribanos, cerdos, secretarios de carta, un gobierno, en una palabra, una colonia en miniatura, no trajo médicos. Hizo venir en su compañía al verdugo llamado Ortún Xerez, pero no trajo ni siquiera un sangrador” (13, 15). A nosotros no nos parece tan raro, recordando que los medios económicos eran escasos y que inicialmente el grupo partió incluso sin sacerdotes. Por otro lado, y a diferencia de Almagro, Valdivia bordeaba los 40 años, su contextura era sana y robusta, de tal modo que no le era fundamental el concurso de médicos. Tal es así que sólo en 1548, a su vuelta del Perú, trajo consigo al Bachiller Gonzalo de Bazán a quien al parecer no le satisfizo las condiciones de la capital, decidiéndose partir a provincia (Concepción). De tal modo, cuando ocurrió el primer caso de trauma craneano registrado en Santiago, no existía médico. Y es como sigue, el 8 de septiembre de 1549, según nos cuenta Jerónimo de Vivar, refiriéndose a Valdivia, “y andando escaramuzando en el campo cayó el caballo con el gobernador, y se dio tan grande golpe en el pie derecho que se hizo pedazos todos los huesos del dedo grande. Salió la choquezuela y con la fuerza que hizo rompió el hueso la calza y la bota. Recibió en este golpe tan gran tormento que estuvo gran espacio desmayado y sin sentido, que todos los que allí nos hallamos lo tuvimos por difunto...”. “Estuvo tres meses en cura y en la cama. Y de esta manera se hacían cada día plegarias y procesiones por su salud. Así nuestro Dios fue servido darle mejoría, y así poco a poco iba convaleciendo (13). De hecho mejoró, pero el infortunado Don Pedro iba a recibir posteriormente un segundo TEC, esta vez fatal, a fines de diciembre de 1553 en Tucapel. Ercilla lo describe de esta manera: “Así el determinado viejo cano (Leocato) que a Valdivia escuchaba con mal ceño, ayudándose de una y otra mano, en alto levantó el ferrado leño que a Valdivia entregó al eterno sueño, y en el suelo con súbita caída estremeciéndose el cuerpo, dio la vida” (16).

En ese entonces, las labores sanitarias fueron ejercidas por Doña Inés de Suárez (1507-1580). Tuvo un papel importante en las acciones de salud, contribuyendo a curar enfermedades con métodos propios y asimilando los sistemas empleados por los indígenas. Testigos como Luis de Toledo, Gregorio Castañeda y Diego Garcés de Carrasco señalan: “Inés de Suárez ha fecho mucho bien en curar a los españoles y apiadillos... é curar desconcertaduras é otras cosas, y le han visto facer mucho bien a los españoles é curarlos en sus enfermedades” (13, 17). El mismo Valdivia menciona: “E yo la recojí en mi casa solo para servirme della por ser muger honrada para que tuviera carga de mi servicio y limpieza, é para mis enfermedades” (17). Reconociendo la ayuda médica prestada a los españoles, debemos aceptar que fue causante directa o indirectamente de varios traumas craneanos graves con resultado de muerte. En efecto, “en el ataque que sufrió la recién fundada ciudad de Santiago, el 11 de septiembre de 1541, fue Inés de Suárez quien organizó y dirigió la resistencia

y tuvo la idea de hacer cortar y cortar por su propia mano, las cabezas de siete caciques que estaban prisioneros y arrojarlas a los asaltantes, los que retrocedieron espantados” (18).

Aunque diversos médicos visitaron nuestro territorio, como Juan de Morales (1520) Marín, Enríquez de Herrera (1536) y el bachiller Bazán (1549), el que inicialmente se acercó en Santiago fue el licenciado Hernando de Castro, a fines de 1551. El primer médico nacido en Chile (La Serena) fue Juan Guerra de Salazar. Luego de dar sus exámenes en Lima, fue nombrado Médico-Cirujano y Barbero del Hospital, nombramiento firmado por “Martín García Oñez y Loyola, caballero de la orden de Calatrava, gobernador, capitán general y justicia mayor de estas provincias y reino de Chile, fecho en Santiago de Chile, en cuatro días del mes de febrero de mil y quinientos y noventa y tres años”. Respecto al salario se señala: “y por el trabajo y ocupación que en lo susodicho habéis de tener vos señalo para vuestro sustento dos carretadas de leña cada semana y dos carneros y una hanega de trigo y tres botijas de vino cada mes (17).

Durante el siglo XVI se desempeñaron como tal 22 médicos en Chile (19). La población del país era de un millón de habitantes, distribuyéndose de la manera especificada en la Tabla 5.

Existió un cierto control sobre el ejercicio de la profesión, lo que llevaba a una suerte de especialización. En efecto, el asesor y examinador de cirugía, Licenciado Alonso de Villadiego, en 1557, al otorgar la aprobación a Bartolomé Ruiz Carrera o Correa, hace notar claramente que se da licencia “para que cure de llagas simples y que no cure de penetrantes de cabeza ” (20).

El hospital de Santiago (tercero en el país) llamado de Nuestra Señora del Socorro, habría sido fundado por Pedro de Valdivia, en la Alameda entre Carmen y Santa Rosa, pero sólo existe mención escrita en el acta del cabildo de 21 de marzo de 1556. Se componía de 52 camas (cujas) y estaba abastecido en su mayor parte por la hacienda ubicada al sur de la capital donada por el capitán Alonso de Miranda, que posteriormente pasó a llamarse Hacienda Hospital.

Siglo XVII.- En el siglo XVII se fundó sólo un hospital en la plaza fuerte de Valdivia y la medicina seguía las directrices de las instituciones españolas que no avanzaban al mismo ritmo que otros centros de Europa (21, 22). Las autopsias estaban prohibidas. Excepcionalmente encontramos la relatada por Laval, realizada el 19 de enero de 1693 por los cirujanos Don Pascual Martínez Juncá y Don José Ladrón de Guevara. Fue realizada al capitán Gabriel de Gutiérrez Casaverde, quien fue examinado antes de su muerte por el Dr. José Dávalos Peralta: “reconocí había transmutación de enfermedad a frenesí que es inflamación de la tela o meninges del cerebro que los anatómicos llaman dura y pía mater con depravación del juicio de la imaginativa, sensitiva.....”, pronosticando su próxima muerte, en lo cual acertó plenamente. Consultados especialistas contemporáneos suponen meningitis (Barahona) o trombosis cerebral (Asenjo) (nosotros pensamos que habría que agregar la posibilidad de neurocisticercosis), pero no intoxicación por sesos de burro como era lo que había motivado la investigación (23).

Los tratamientos seguían siendo sangrías, purgantes y enemas o lavativas y por supuesto agua caliente. La población del país a fines de siglo era de 565000 habitantes (Tabla 6), habiendo alcanzado su nivel más bajo, como lo señala el jesuita Joaquín Villarroel, en 1655, con 375.000 habitantes. Durante este siglo hay noticia que ejercieron 30 médicos en el país (19).

Siglo XVIII.- Aunque las necropsias fueron autorizadas desde el inicio del siglo XVIII (31 de mayo de 1704), las primeras constancias datan de 1773. Fueron realizadas por los cirujanos militares del ejército acantonado en Concepción, Dionisio Roquán, Esteban Justa y Juan Ribera. Una de ellas dice así: “Los cirujanos de los cuerpos de Infantería y de Dragones de este real Exército, En virtud de lo mandado Certificamos que habiendo pasado a la casa de morada de Dn Francisco Rioba, difunto, á efecto del reconocimiento que se expresa, y hecho, resulta haber hallado el Cadáver del dicho, con dos contusiones en los dos huesos temporales con fractura en el izquierdo, en el Puente Zigomático, arrojando cantidad de sangre por el oído, y haciendo la operación del Cráneo, se encontró un derrame en el Cerebro, por lo que juzgamos ser esta la causa de su muerte, y para que conste damos la presente. En Concepción en diez de julio de 1773. Firmados. Juan Ribera. Dionisio Roquán (17).

Uno de los accidentes notables registrados en este siglo fue el del Gobernador Cano y Aponte, de 68 años de edad, quien con motivo de las fiestas del Apóstol Santiago, se accidentó en una prueba de equitación, golpeándose en la cabeza y falleciendo el 11 de noviembre de 1733 (22).

En esta época se crean nuevos Hospitales. En 1772 fue construido el Hospital San Borja y el de Nuestra Señora del Socorro fue reconstruido con el nombre de San Juan de Dios en 1714, con sesenta camas. Aunque no se extiende mayormente, Salas afirma que en este tiempo “la cirugía mereció en Chile mejor tratamiento que la medicina por la circunstancia de la guerra de Arauco, pues que, ésta hizo necesario el mantenimiento de un regular número de soldados, lo que hacía venir en ocasiones a los mejores cirujanos de la Península”. “La cirugía fue uno de los ramos mejor tratados en la medicina colonial. Las más difíciles operaciones eran practicadas, figurando entre estas, a fines del siglo XVIII, la trepanación y la talla” (20).

El 28 de julio de 1738 se fundó la primera Universidad y veinte años después se inició medicina siendo el primer catedrático el Dr. Domingo Nevin (1722-1770). Con todo no alcanzó gran significación y los estudiantes de Medicina fueron escasos y sólo funcionó hasta 1813 (24). El número de médicos en el siglo XVIII fue 108 (19) correspondiendo la población a lo indicado en la Tabla 7 (25).

Siglo XIX. En 1813 se fundó el Instituto Nacional que reformó el plan de estudios en 1832, organizándose al año siguiente cursos en su Escuela de Medicina, Farmacia y Obstetricia y se reorganizó la Academia de Práctica forense. En efecto, “el 17 de abril de 1833, el Presidente don Joaquín Prieto y el ministro don Joaquín Tocornal inauguraron con inusitada pompa las aulas de la primera Escuela de Medicina”.

Durante el siglo XIX, Chile vivió una permanente sucesión de guerras civiles e internacionales, de modo que los cirujanos militares realizaron una constante práctica de su profesión. A las campañas de la Patria Vieja (1813-1814) y de la Patria Nueva (1817), se sucedieron la guerra a muerte (1820), la campaña a Chiloé (1826), la guerra civil de 1829-1830, la guerra de la Confederación Perú Boliviana (1837-1839), los alzamientos militares contra Montt en 1851 y 1859, la guerra con España en 1866, la guerra del Pacífico (1879-1884) la guerra de la Araucanía (1873-1882) y finalmente la revolución de 1891 (13). Una de las víctimas ilustres de estas violencias fue el ministro Diego Portales, ¿fusilado? cerca de Valparaíso el 6 de junio de 1837 cuyo deceso, a pesar de lo cruento, no se debió a trauma craneano. El informe médico-legal está dirigido “Al señor Gobernador local de Valparaíso: En conformidad con los deseos de V.S. procedí el 7 del corriente a la autopsia del cadáver del señor Ministro Don Diego Portales.....Desde que se pone la vista en el cadáver se siente el alma penetrada de horror por el aspecto de la más horrible laceración: toda la superficie exterior del tronco está cubierta de heridas; las hay en la cara, el pecho y el vientre: he contado hasta treinta y cinco, fuera de algunas contusiones superficiales. Varían en extensión y gravedad; dos fueron hechas con arma de fuego: la mayor parte por bayonetas, y algunas me han parecido estocadas... El cerebro extraído en porciones por una abertura en los huesos del cráneo, no ha podido observarse en todas sus formas, pero el aspecto de cada porción en particular, y el conjunto de todas, me hacen creer que esta entraña se hallaba en un estado normal y perfectamente bien organizada... Acepte V.S., Sr. Gobernador, la seguridad de la consideración distinguida con que soy, de V.S. muy obediente y humilde servidor. Emilio Cazentre. Valparaíso, 16 de junio de 1837 (17).

Un hecho de gran importancia en el siglo XIX es el establecimiento de comunicaciones escritas periódicas, datando las primeras de 1812. En julio de 1872 aparece la Revista Médica de Chile. La comisión editora la presidía el Dr. Germán Schneider y estaba conformada por los doctores Rodolfo Philipi, Adolfo Murillo, Alfonso Thevenot y Pablo Zorrilla (22). En el vol 2, 1873, se lee en Crónica extranjera: “Una memoria sobre las fracturas complicadas del cráneo, por el doctor Vogt, de Greifswald... herida de la región temporoparietal, se puede suponer que la arteria meníngea media está comprometida cuando hai fractura complicada i aparece al exterior la sangre de una hemorragia; podrá creerse lo mismo cuando consecutivamente a la fractura se muestra con rapidez los síntomas de una compresión cerebral con hemiplejia del lado opuesto a la lesión del cráneo...” Vogt interviene sin pérdida de tiempo: liga la arteria en la misma herida, si es posible, o si no practica la trepanación para ponerla al alcance de su mano” (26). En el vol 6: de 1877, en la sección Revista extranjera se lee: “Se destaca el significado deletéreo que tienen las supuraciones de las heridas de la cabeza, proponiéndose la utilización de alcohol puro como tópico (Gaz. des Hop., 2 de agosto, 1877). (27)

Aunque sin duda la guerra del Pacífico fue un acontecimiento importantísimo, la revista médica de Chile que continuó editándose no presenta artículos relacionados con estadísticas o tipo de patología de los heridos de guerra. Quizás la víctima más ilustre fue el Capitán Don Arturo Prat, muerto por grave traumatismo de cráneo (28). Otro personaje muerto a

causa de TEC fue el Dr. Argomedo. El Dr. Federico Puga Borne, en 1922, en un artículo sobre la Revista Médica de Chile, recuerda “Diego Aurelio Argomedo, oficial de artillería, quiso ser médico: estudió poco a poco, en cuanto se lo permitían sus obligaciones militares: se recibió de Licenciado: vino la guerra: partió al Norte como teniente de artillería. Duplicó su actividad. Asistió a los heridos en el segundo bombardeo de Antofagasta por el Huáscar. Peleó cuerpo a cuerpo como un león en el cerro de Dolores y defendiendo sus piezas amagadas un momento por el avance enemigo cayó muerto con una bala en el cerebro y otra en el corazón”. Continúa: “Un día en el Instituto Nacional les pregunté a mis compañeros: ¿Quién es ese oficial vestido de marino que anda aquí en el patio? Es un marino Prat que viene a recibirse de abogado, me contestaron. Un día en la Escuela de Medicina pregunté: ¿Qué anda haciendo en la Escuela ese oficial? Es el alférez Argomedo, me contestó uno, que se va a recibir de médico (22).

En la capital se abrió el 31 de enero de 1881 el Hospital de la Exposición, en el palacio de su nombre en la Quinta Normal, “con el objeto de recibir a los heridos de aquellas memorables jornadas”. El detalle de las lesiones se especifica en la Tabla 8 (29).

La Revista Médica de Chile, en los años siguientes continúa publicando casos de trauma encefálico (30), haciendo notar las complicaciones infecciosas, que generalmente conducen a la muerte, realizándose minuciosas necropsias que contribuyen a mejorar los conocimientos (31). Sin embargo, el tratamiento continúa siendo primitivo, siendo la base la utilización de purgantes y refrigeración con hielo. (32, 33, 34).

En el volumen 19, N° 3 de septiembre de 1890, se hace alusión a la antisepsis que permite la curación de heridas encefálicas (35).

Sin embargo el problema no era sólo la infección. En el N° 6 del mismo año se señala el caso 19: “Herida de la cabeza con hundimiento y denudación del hueso frontal. Este enfermo ha estado durante 27 días con temperaturas alrededor de 39°, pero con sus facultades intelectuales íntegras. Hoy, 17 de diciembre, día que escribimos, se han desarrollado síntomas agudos de convulsiones, estratismo y coma profundo, que nos hacen pensar en un derrame cerebral que matará al paciente muy en breve. Olvidábamos decir que la herida está completamente sana desde hace 12 ó 15 días” (34).

Hacia fines de siglo aparece mas literatura relacionada con traumatismo encefalocraneano. En el vol 20, N° 7, 1890, el Dr. Charlín describe tres trepanaciones, una de ellas por absceso traumático (36). En el vol 22, 1894, se describe un caso de “Agrandamiento de una fractura conminuta del cráneo en la región anterolateral derecha con reducción de una hernia cerebral. La fractura fue producida por arma de fuego. El enfermo sigue bien” (37). En el N° 23, 1895, se transcribe un artículo del Dr Emory Lanphear (de San Luis, Estados Unidos) sobre hemorragias meníngeas traumáticas, las cuales divide en Extradurales, Subdurales y Subaracnoideas. Recomienda la cirugía que disminuye la mortalidad de 89 por ciento a 27 por ciento (38). En el N°22, 1896, en la sección revista extranjera aparece un trabajo sobre heridas del cráneo por balas de revólver (Société de Chirurgie de Paris): “Uno no debe ocuparse de la bala. Con la gubia y el martillo se agranda el orificio óseo

cuyos bordes están ennegrecidos y más o menos infectados. Hecho esto se deja un desagüe que toque la duramadre y se sutura la herida” (39).

En el vol 26, 1898, el Dr. Lucas Sierra se extiende sobre fracturas de cráneo: “Hachazo en región parietal izquierda, quien llegó al hospital 5 días después del accidente. Fue operado y sanó sin tropiezo”. La queja es que fue enviado tardíamente cuando ya estaba infectado. Describe además un paciente con fractura de la línea media, curado con apósitos compresivos que al retirarlos a las 48 horas seguía saliendo sangre, reinstalándose la compresión. Lo mismo sucedió 4 días después, realizándose igual maniobra, con lo cual luego de algunos días ya no sangró. El Dr. Dávila Boza recuerda un caso semejante del Dr. Pardo Correa, el que efectuó sutura (40). En el mismo volumen el Dr. Sierra presenta 3 casos de abscesos del cerebro, 2 de ellos traumáticos. El primero, ocurrido en 1885, lo enuncia como “Absceso doble del cerebro de origen Postraumático. Intervención incapaz de descubrirlos. Ruptura en el ventrículo lateral izquierdo. Muerte. Autopsia.” El otro más reciente (1896), es un “absceso del lóbulo frontal, de origen traumático. Trepanación. Curación” (41).

En el vol 27, 1899, el Dr. Zaldívar presenta un caso de trauma cefálico hace 17 días, con sangramiento abundante. Al día siguiente del TEC “se hizo la trepanación, se constató un gran hundimiento de la bóveda con formación de muchas esquirlas, lo que produjo la herida del seno sagital superior. Se taponó el seno, se suturó el cuero cabelludo y se dejó un pequeño drenaje (42).

La población y distribución de la población al iniciarse el siglo XX se señala en la Tabla 9 (22).

El advenimiento de los automóviles a nuestro país alrededor del año 1910, reemplazó a la violencia bélica del siglo anterior. Mas aún cuando se han ido perfeccionando, dándoles mayores velocidades, significando una causa muy importante de los TEC (43).

En el mundo, la Neurocirugía se establece como disciplina de la mano del Dr Harvey Cushing (1869-1939) (44). El Instituto de Neurocirugía (INC) fue fundado en nuestro país por el Dr. Alfonso Asenjo en noviembre de 1939 (45, 46). En 1943 se formó una unidad neuroquirúrgica dentro del Servicio de Neurología del Profesor Hugo Lea Plaza (Hospital J.J. Aguirre) a cargo del Dr. Eduardo Fuentes. En 1950 se inicia la neurocirugía en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica, con el Dr. Juan Ricardo Olivares y en 1953 se desarrolla en el Hospital Van Buren de Valparaíso (Dr. Mario Contreras). En 1955 se crea el Servicio de Neurocirugía de Concepción (Dr. Donoso) (47). El resto de la historia del TEC ha sido parte de nuestro diario quehacer. ■

REFERENCIAS

- 1.- Berdichevsky B. En torno a los orígenes del hombre americano. Editorial Universitaria. 1972.
- 2.- León E, R. Prehistoria de Chile Central. Editorial Francisco de Aguirre. 1976.

- 3.- Mostny G. Prehistoria de Chile. Editorial Universitaria. 1981.
- 4.- Bowers J.Z, Purcell E.F. Aspects of the history of medicine in Latin America. Ed Josiah Macy, Jr Foundation. 1979.
- 5.- Guzmán P. M. Prácticas médicas en la América antigua. Ediciones Euroamericanas. 1992.
- 6.- Morales L, E. 4000 años de Neurocirugía en el Perú. Rev Chil Neurocir. 15: 7-22. 2000.
- 7.- Varios autores. Historical outlines. Neurosurgical Techniques. 1968.
- 8.- Rifkinson-Mann S. Cranial surgery in Ancient Peru. Neurosurgery, 23:411-416, 1988.
- 9.- Plath O. Folklore Médico Chileno. Editorial Nascimento. 1981.
- 10.- Silva G. O. Civilizaciones prehispánicas de América.
- 11.- Silva O. Prehistoria de América. Editorial Universitaria. 1986.
- 12.- Varios autores. Medicinas y culturas en la Araucanía. Editorial Sudamericana. 2000.
- 13.- Cruz-Coke M. R. Historia de la Medicina Chilena. Editorial Andres Bello. 1995.
- 14.- Mora P. Z. Antiguos secretos y rituales sagrados según el arte de curar indígena. Editorial Kushe.1991.
- 15.- Reccius E. A. Esculapio en el reino de Chile. Editorial Zig-Zag. 1967.
- 16.- Ercilla y Zúñiga, A. La Araucana. Editorial del Pacífico, 4ª Ed. 1980.
- 17.- Ferrer, P. L. Historia General de la Medicina en Chile. Imprenta Talca, de J. Martín Garrido C. 1904.
- 18.- Varios autores. Historia didáctica de Chile. Ediciones Occidente. 2000.
- 19.- Laval E. Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII. Centro de investigación de historia de la medicina. 1958.
- 20.- Salas O. Eduardo. Historia de la Medicina en Chile. Imprenta Vicuña Mackena. 1894.
- 21.- Palermo E. Enfermos, médicos y sociedades en la Historia. Ediciones Cientec. 1989.
- 22.- Varios autores. El cuerpo médico y la medicina en Chile. Editorial Hené A. Maffet. 1939.
- 23.- Laval E. Una autopsia en Chile en el siglo XVII. Anales del Instituto de Historia de la Medicina. 19
- 24.- Bravo L. Bernardino. La universidad en la historia de Chile. 1622-1992. Pehuén editores. 1992.
- 25.- Mellafe R. Apuntes sobre el origen de la sociedad chilena. Anales del Instituto de Chile. 1985.
- 26.- Vogt. Fracturas complicadas del cráneo. Rev Med Chil. 2:509. 1873.
- 27.- Gosselin. Heridas de la cabeza. Rev Med Chile. 6:233-234. 1877.
- 28.- Tromben C. C., Tromben R. C., Garín J. J. Historia de la Sanidad Naval. Ed. Armada de Chile. 1999.
- 29.- Poblete R. El servicio sanitario en el ejército de Chile durante la guerra del Pacífico.1879-1884. Rev Hist Geog de Chile. 39: 481-483. 1932.
- 30.- Espic E. J. Herida de la cabeza con fractura de la lámina interna del cráneo. Rev Med Chile. 11:12-17. 1882.
- 31.- Valenzuela S. J. Meningo-encefalitis traumática. Rev Med Chile. 11:219-222. 1882.
- 32.- Casos clínicos. Fractura de la base del cráneo. Meningitis consecutiva. Curación. Rev Med Chile. 14:318-320. 1885.
- 33.- Carvallo E. Heridas contusas de la cabeza con denudación del hueso. Rev Med Chile. 19

- (3):324. 1890.
- 34.- Carvallo E. Herida de la cabeza con hundimiento y denudación del hueso frontal. Rev Med Chile. 19 (6):324. 1890.
 - 35.- Carvallo E. Heridas contusas del cuero cabelludo con desprendimiento extenso. Cicatrización con dos curaciones. Rev Med Chile. 19 (3):166. 1890.
 - 36.- Charlín C. Tres trepanaciones. Rev Med Chile. 20 (7):259. 1892.
 - 37.- San Cristóbal. Agrandamiento de un fractura conminuta del cráneo. Rev Med Chile. 22:307. 1894.
 - 38.- Lanphear Emory. Cirugía intracraneal. Rev Med Chile. 23:299-305. 1895.
 - 39.- Societe de Chirurgie. Heridas del cráneo por balas de revólver. . Rev Med Chil. 22:404. 1896.
 - 40.- Sierra M., Lucas. Fracturas del cráneo. Rev Med Chile. 26:232-235. 1898.
 - 41.- Sierra M., Lucas. Tres casos de abscesos cerebrales. Rev Med Chile. 26:18-23. 1898.
 - 42.- Zaldívar. Fractura con hundimiento de la bóveda craneana y herida del seno longitudinal superior. Rev Med Chil. 27: 432. 1899.
 - 43.- Díaz P, G. Historia del Traumatismo Encéfalo-Craneano en Chile. Rev. Chil. Neurocir. 9: 148-155. 1995.
 - 44.- Greenblatt S.H. A history of Neurosurgery. Ed AANS. 1997.
 - 45.- Valladares A., H. El traumatismo encéfalo craneano. Ediciones de la Universidad de Chile. 1970.
 - 46.- Valladares H. Comienzos de la Neurocirugía en Chile. Venezuela, 1980.
 - 47.- Palma L. Neurosurgery in Chile. Neurosurg. 19:667-668. 1986.

Tabla 1.- Culturas en 222 cráneos trepanados, según los Drs. Luis Graña y Esteban Rocca.

Cultura	Año	Nº
Paracas	3000 – 2000 AC	53
Pachacamac	0 – 1000 AC	25
Inca	1000 – 1600 DC	55
No precisado		89

Tabla 2. Tipos de trepanaciones en 222 cráneos estudiados por los Drs. Luis Graña y Esteban Rocca

Nº de Orificios	Completa	Incompleta
1	129	35
2	32	4
3	10	3
4	8	
5	1	
TOTAL	180	42

Tabla 3. Forma del orificio en 260 trepanaciones completas analizadas por los Drs. Luis Graña y Esteban Rocca

Forma	Nº
Circular	194
Oval	26
Rectangular	6
Triangular	4
Cuadrado	3
Poligonal	4
Irregular	20
No determinada	3
Total	260

Tabla 4. Análisis de la cicatrización de trepanaciones realizadas alrededor de 500 a.C.

Cicatrización	Nº	Completa	Parcial
Presente	154 (71%)	119 (55.6%)	35 (16.4%)
Ausente	60 (28%)		
Total	214 (100%)		

Tabla 5. Población en Chile a fines del siglo XVI

Tipo	Nº habitantes
Europeos y mestizos blancos	28000
Negros y mestizos negros	11000
Indios	961000
Total	1000000

Tabla 6. Población en Chile a fines del siglo XVII

Tipo	Nº habitantes
Araucanos	250000
Indígenas de otras regiones	150000
Españoles y mestizos	150000
Negros, mulatos y zambos	15000
Total	565000

Tabla 7. Población en Chile a fines del siglo XVIII

Tipo	Nº de habitantes
Indígenas	250000
Españoles y mestizos	750000
Total	1000000

Tabla 8. Relación de lesiones en el Hospital de la Exposición, 31 de enero de 1891

Localización	Herida	Fractura	Penetración
Miembro inferior	463	48	2
Miembro superior	126	39	7
Tórax	47	27	17
Cabeza	27	22	5
Pelvis	17	6	6
Cuello	6		
Abdomen	2		1

Tabla 9. Población de Chile a fines del siglo XIX

Tipo	Nº de habitantes
Europeos y mestizos blancos	3130839
Negros y mestizos negros	0
Indios	100161
Total	3231000

POR LA SENDA DE RENÉ FAVALORO: UN RECORRIDO HISTÓRICO POR LOS CAMINOS EXPLORADOS POR LA CIRUGÍA PARA LA REVASCULARIZACIÓN DEL CORAZÓN¹

DR. RICARDO ZALAQUETT S.²

INTRODUCCIÓN

El puente aortocoronario como tratamiento quirúrgico de la insuficiencia coronaria, introducido en forma sistemática en 1967 por RENÉ FAVALORO en la *Cleveland Clinic*, produjo un vuelco increíble en la en ese entonces joven cirugía cardiovascular, no sólo porque la cirugía coronaria se convirtió en el procedimiento más frecuente de esta especialidad y probablemente de toda la cirugía, sino porque los principios quirúrgicos que con ella se establecieron rápidamente se extendieron a toda la cirugía cardíaca y vascular de adultos y niños y luego a toda la cirugía en general. Sin embargo, previamente la cirugía exploró otros caminos, algunos de los cuales queremos recordar en esta oportunidad junto a los principales paladines que fueron abriendo estas distintas sendas quirúrgicas.

Con el fin de sistematizar este “desarrollo histórico de la cirugía coronaria” agruparemos estas distintas intervenciones en procedimientos indirectos, procedimientos para aumentar la irrigación del miocardio y procedimientos sobre la circulación coronaria.

PROCEDIMIENTO INDIRECTO

TIROIDECTOMÍA TOTAL. Introducida en 1933 por BLUMGART y colaboradores como un método indirecto para mejorar la condición del corazón, tanto en la insuficiencia cardíaca congestiva como en la angina de pecho⁽¹⁾. A partir de la observación clínica de la tirotoxicosis, BLUMGART y colaboradores concluyeron que la insuficiencia circulatoria consistía en la falla del corazón para mantener un adecuado aporte de sangre a las necesidades de los tejidos a cualquier nivel metabólico. De aquí dedujeron que si el metabolismo normal de un paciente con enfermedad cardíaca era reducido, las demandas metabólicas de su cuerpo deberían disminuir a un nivel adecuado para el aporte sanguíneo. BLUMGART seleccionó inicialmente 10 pacientes con diversos tipos de enfermedad cardiovascular en los que efectuó una tiroidectomía total. Luego de la operación algunos pacientes mejoraron su capacidad vital

¹ Conferencia presentada el 4 de octubre de 2002.

² Profesor Adjunto, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

significativamente, pero no todos. BLUMGART y colaboradores continuaron usando la tiroidectomía total para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva y la angina de pecho en pacientes que ellos consideraban con un riesgo operatorio adecuado. Posteriormente, la tiroidectomía total fue sustituida en el tratamiento de la angina por yodo radioactivo. Sin embargo, esto fue rápidamente abandonado, puesto que si bien tenía efectos benéficos sobre la angina, la depresión metabólica era de tal magnitud que los pacientes rápidamente se convertían casi en vegetales.

PROCEDIMIENTOS PARA AUMENTAR LA IRRIGACIÓN DEL CORAZÓN

INJERTO DE MÚSCULO PECTORAL. Operación introducida en febrero de 1935 por CLAUDE BECK, en *Cleveland*, con la que perseguía aumentar el flujo sanguíneo colateral al corazón al injertar el músculo pectoral a la superficie previamente erosionada de este ⁽²⁾. Antes del primer caso clínico BECK había experimentado extensamente en perros. En 1936 BECK comunicó que había operado 11 pacientes, 6 de los cuales sobrevivieron a la operación. En esa oportunidad también dio detalles de sus trabajos experimentales, señalando que después de la tercera semana de la operación era posible demostrar anastomosis entre el corazón y el injerto de músculo esquelético, a través de la inyección de un colorante en este último, con coloración del miocardio, o a través de la inyección de una solución de bario en una arteria coronaria, el que era luego demostrado radiológicamente en la pared torácica.

INJERTO DE EPIPLÓN MAYOR. Introducido en 1936 por O'SHAUGHNESSY, en Londres, luego de experimentar también extensamente en perros y gatos ⁽³⁾. El epiplón era introducido a través del diafragma izquierdo y suturado al pericardio y con 1 ó 2 puntos fijado al corazón. O'SHAUGHNESSY comunicó su experiencia clínica inicial en 6 pacientes, con una muerte precoz y otra tardía, y una mejoría en los 4 pacientes restantes.

CARDIONEUMOPEXIA. Introducida por LEZIUS, en 1937, en Alemania. Consistía en la remoción del pericardio, para luego suturar el pulmón izquierdo al corazón. Si bien despertó poco interés inicialmente, la cardioneumopexia fue reintroducida en 1958 por SMITH y colaboradores, quienes comunicaron una extensa experiencia experimental en perros y 19 casos clínicos ⁽⁴⁾.

LIGADURA DE LA VENA MAGNA DEL CORAZÓN. Introducida en 1940 por FAUTEUX ⁽⁵⁾. No alcanzó mayor popularidad.

LIGADURA DEL SENO CORONARIO. Introducida en 1941 también por FAUTEUX. A partir de trabajos experimentales efectuados por ROBERTSON, de Toronto, FAUTEUX sostenía que luego de la ligadura del seno coronario la presión arterial se elevaba en el lecho vascular drenado por este. En su opinión, "este lecho es toda la región apical, en la que se encuentra la mayor parte de la enfermedad aterosclerótica que puede dar origen al dolor cardíaco". Ese año FAUTEUX comunicó 6 casos clínicos con éxito inmediato ⁽⁶⁾.

NEURECTOMÍA PERICORONARIA. Introducida en 1946 nuevamente por FAUTEUX, inicialmente como complemento de la ligadura del seno coronario, pero luego como procedimiento

independiente ^(6,7). Por neurectomía pericoronaria FAUTEUX entendía la resección de todas las vías neurogénicas importantes de y desde las arterias coronarias a la raíz de la aorta. FAUTEUX comunicó sus estudios experimentales en perros y su experiencia clínica en 16 pacientes, todos los cuales tenían historia de trombosis coronaria con confirmación electrocardiográfica. La mortalidad precoz fue de 3 pacientes y la tardía de 2. Los 11 sobrevivientes alejados se habrían encontrado en buenas condiciones. En 1951 FAUTEUX comunicó 78 pacientes sometidos a neurectomía pericoronaria, con 8 casos fatales, entregando detalles de la técnica operatoria, que había extendido a la base de la arteria y venas pulmonares ⁽⁸⁾.

SIMPATECTOMÍA CERVICAL. Predecesor de la neurectomía pericoronaria, al parecer introducida en Francia a fines del siglo XIX por FRANCK y luego elaborada y popularizada por LERICH. En Estados Unidos, la simpatectomía cervical fue introducida por WHITE, quien removía los 3 ganglios torácicos simpáticos superiores. WHITE comunicó que todos los pacientes por él operados tenían alivio del dolor precordial y de la irradiación al brazo, pero les advertía a sus pacientes que si iban a hacer un ejercicio intenso debían tomar nitroglicerina ⁽⁹⁾.

FÍSTULA ARTERIOVENOSA ENTRE LA AORTA DESCENDENTE Y EL SENO CORONARIO. Esta operación, diseñada por BECK e introducida clínicamente por él en 1945, y que fue conocida como "BECK II", consistía en anastomosar un homoinjerto arterial o venoso desde la aorta torácica descendente al seno coronario, con la idea de perfundir retrógradamente el sistema coronario arterial con sangre oxigenada ⁽¹⁰⁾. BECK utilizó esta operación entre 1945 y 1954, operando alrededor de 300 pacientes y después de, como siempre lo hizo, efectuar numerosos experimentos en animales. Desde enero de 1954, BECK utilizó sólo la operación conocida como "BECK I".

OPERACIÓN DE BECK I. Esta operación, que alcanzó bastante popularidad a mediados de los años 50, consistía en 4 etapas establecidas por el mismo BECK: (1) La superficie del corazón es erosionada con una lima especial. (2) Aplicación de 0,2 gramos de asbesto molido. (3) Oclusión del seno coronario, a un diámetro de 3 mm, para lo que este es ligado sobre un estilete. Esto perseguía una cierta protección contra la pérdida de los mecanismos de coordinación y permitiría una mayor absorción de sangre en el lecho vascular ocluido. También ayudaría en el desarrollo de canales arteriales intercoronarios. (4) Aplicación del pericardio parietal y de la grasa mediastínica a la superficie del corazón, para estimular el desarrollo de canales arteriales no coronarios ⁽¹¹⁾.

BECK comunicó que con esta operación 9 de cada 10 pacientes tenían alivio de sus síntomas y que en las últimas 100 operaciones la mortalidad había sido entre un 6% a un 8%, y esta era primariamente debida a la enfermedad coronaria de base. Posteriormente, en 1958, comunicó un total de 347 casos operados desde 1954, con una mortalidad del 6%, disminuyendo en los últimos 178 pacientes a un 1,2% ⁽¹²⁾.

BECK, entre otros, había utilizado previamente distintos irritantes aplicados a la superficie del corazón, para producir una reacción inflamatoria cardíaca generalizada y con esto desarrollar colaterales sistémicas e intercoronarias para aumentar la irrigación del

corazón. Entre muchos otros, se utilizaron, experimental y clínicamente, talco, yodo, gelatina, almidón, etc. Inicialmente BECK pensaba que el mejor irritante era hueso molido de vacuno, pero luego consideró que el asbesto producía una reacción de tipo vascular mayor que cualquier otro irritante⁽⁹⁾.

RADIOTERAPIA. En 1959 BARONOFKY, en *Nueva York*, comunicó el uso clínico de la radiación con rayos Roentgen en algunos casos de infarto miocárdico, con resultados que consideró como sorprendentes. Previamente, BARONOFKY y sus asociados habían efectuado experimentos en perros con distintas dosis de radiación, seguido de la ligadura de una arteria coronaria⁽⁹⁾.

LIGADURA BILATERAL DE ARTERIAS MAMARIAS. Este procedimiento fue primero sugerido por FIESCHI, en Italia, en 1939 y efectuado luego por ZOJA y CESA-BIANCHI en un paciente con infartos miocárdicos a repetición, el que 2 años después del procedimiento se habría encontrado bien y no habría experimentado nuevos ataques. Sin embargo, los cirujanos que escucharon de esta operación se mantuvieron incrédulos⁽⁹⁾. En 1955 BATTEZZATI revivió el procedimiento y comunicó sus resultados experimentales y clínicos con este⁽¹³⁾. En los Estados Unidos el paladín de la ligadura de las arterias mamarias fue GLOVER, quien había sido ayudante en las primeras comisurotomías mitrales cerradas efectuadas por BAILEY, en Filadelfia. GLOVER comunicó en 1958 su experiencia con 92 casos clínicos, 50 de los cuales habían sido seguidos por unos 5 meses, además de reseñar su trabajo experimental previo⁽¹⁴⁾. El 68% de los pacientes, según GLOVER, estaban libres de dolor o este había disminuido significativamente, si bien no era posible tener evidencias electrocardiográficas objetivas de mejoría. GLOVER consideraba que la operación era tan simple y libre de riesgos que valía la pena intentarla como un procedimiento quirúrgico inicial en el tratamiento de estos pacientes. Si resultaba que era inútil, no interferiría en ningún caso con otras operaciones que pudieran efectuarse sobre el corazón. La operación consistía en la ligadura bilateral de las arterias mamarias internas a nivel del segundo espacio intercostal, de manera de incrementar el flujo sanguíneo del corazón a través del desarrollo de comunicaciones extracardíacas entre las arterias coronarias y las arterias pericardiofrénicas. Dada su simplicidad, esta operación alcanzó una rápida pero corta popularidad, siendo precozmente desacreditada al demostrarse que operaciones *sham*, sin ligadura de las arterias mamarias, igualmente aliviaban la angina, eso sí, por un corto período de tiempo⁽⁹⁾.

IMPLANTE DE ARTERIA MAMARIA INTERNA. Un procedimiento completamente original para crear un aporte nuevo y diferente de sangre al corazón fue desarrollado experimentalmente por VINEBERG en 1946, acercándose muy estrechamente a los actuales procedimientos de revascularización miocárdica⁽¹⁵⁾. La operación consistía en el autotrasplante de la arteria mamaria interna izquierda, introduciendo el extremo abierto de esta arteria en un túnel efectuado en la pared del ventrículo izquierdo, con el objeto de establecer colaterales que se conectaran con el árbol coronario. En 1958, VINEBERG comunicó haber efectuado esta operación en 150 perros y entregó una vez más evidencias histológicas de permeabilidad arterial y de comunicaciones abiertas entre la arteria mamaria y las arterias coronarias, en animales de experimentación y en casos de autopsias. Ese año también comunicó haber

operado, desde 1950, 59 pacientes con buenos resultados clínicos, definiendo, además, que la operación estaba indicada sólo en pacientes con angina estable, puesto que en caso contrario la mortalidad operatoria era muy elevada. El 78% de los sobrevivientes se había incorporado a su trabajo habitual ⁽¹⁶⁾.

A pesar del entusiasmo de VINEBERG la comunidad quirúrgica se mantuvo escéptica, hasta 1962 en que MASON SONES en la *Cleveland Clinic* estudió 2 pacientes operados por VINEBERG 5 y 6 años antes, demostrando coronariográficamente, en vivo, comunicaciones vasculares entre el implante de arteria mamaria interna y el sistema coronario ^(17,18). EFFLER, jefe de Cirugía torácica y Cardiovascular de la *Cleveland Clinic*, se entusiasmó con el procedimiento y en 1963 comunicó al Congreso de la *American Surgical Association* 46 casos operados con la técnica de VINEBERG ⁽¹⁹⁾. FAVALORO, posteriormente, introdujo el implante mamario bilateral a través de una esternotomía media, para lo cual diseñó un retractor esternal especial, que nunca patentó y que con su nombre se utiliza hasta la actualidad ⁽¹⁸⁾. En 1966 los implantes mamaros únicos o dobles comenzaron a efectuarse en la *Cleveland Clinic* simultáneamente con procedimientos valvulares en pacientes que además de una valvulopatía tenían enfermedad coronaria, lo que se conoció como “procedimientos combinados” e incluso se asociaron a resecciones de aneurismas ventriculares. ⁽¹⁸⁾ El implante mamario se continuó efectuando hasta fines de los años 70 e incluso comienzo de los 80, en la mayoría de los casos asociado a puentes aortocoronarios. Personalmente, me tocó participar, durante mi entrenamiento en la *Cleveland Clinic*, en reintervenciones de pacientes con implantes mamaros efectuados muchos años antes, que angiográficamente estaban permeables y se comunicaban con arterias coronarias principales a través de un ovillo vascular. Algunos de estos pacientes habían reiniciado angina por aterosclerosis subclavia que comprometía el origen de las arterias mamaras.

LOS PALADINES DE ESTE PERÍODO SON CLAUDE S. BECK Y ARTHUR M. VINEBERG. Claude S. BECK (1894-1971) estudió medicina en *Johns Hopkins University* recibiendo su título de Doctor en Medicina en 1921. Luego de esto BECK efectuó su entrenamiento en cirugía en *Harvard University*. Al término de este asumió un cargo académico en la *University of Western Reserve*, en *Cleveland* con ELLIOTT CUTLER, en donde llegó a ser Profesor de Neurocirugía entre 1940 y 1952 para luego convertirse en el primer Profesor de Cirugía Cardiovascular de los Estados Unidos, cargo que ocupó entre 1952 y 1965 en la misma universidad. Junto con CUTLER, BECK participó en el desarrollo y posterior aplicación del valvótomo para la comisurotomía mitral cerrada. BECK dedicó su vida al estudio y tratamiento del paro cardíaco y la fibrilación ventricular, así como al tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria. Como señala MARK M. RABITCH en “*A Century of Surgery*”, los procedimientos quirúrgicos desarrollados por BECK, y que se reseñan en este artículo, representaron el esfuerzo clínico y de laboratorio de toda una vida para solucionar un problema antes de que las herramientas estuvieran disponibles. ⁽¹⁹⁾ A pesar de esto BECK demostró la aplicabilidad clínica de la desfibrilación del corazón humano, insistiendo en cuanto foro tuvo acceso en la instalación de desfibriladores en los servicios de urgencias y pabellones quirúrgicos, convenciendo a médicos y legos que un ataque cardíaco “fatal” no necesitaba ser fatal, echando así las bases

para la amplia aceptación de la resucitación cardiopulmonar cuando se desarrolló el método del masaje cardíaco.

Por su parte, ARTHUR M. VINEBERG (1903 – 1988), además de ser cirujano cardíaco, tenía un doctorado en bioquímica y fisiología experimental otorgado por *McGill University*, en *Montreal*, en la que desarrolló una brillante carrera. Fue un investigador dedicado y cirujano acucioso que persiguió su idea sobre la revascularización miocárdica con admirable determinación a pesar del escepticismo prácticamente universal que debió afrontar. Si bien a primera vista la solución que él proponía era de hecho muy inusual, al final resultó más lógica y eficiente que la propuesta por BECK. ⁽¹⁹⁾

PROCEDIMIENTOS SOBRE LA CIRCULACIÓN CORONARIA

Hasta 1956 los procedimientos utilizados para tratar quirúrgicamente la insuficiencia coronaria, que hemos reseñado, estuvieron dirigidos exclusivamente a intentos para aumentar indirectamente el flujo sanguíneo al miocardio o disminuir los requerimientos de este, como fue la tiroidectomía. De hecho, los trabajos experimentales de BECK parecían demostrar que cualquier procedimiento localizado en la circulación coronaria podía originar un disturbio del equilibrio eléctrico del corazón, que haría más susceptibles a los ventrículos a fibrilar. Ese año 1956, LILLEHEI y colaboradores, de la *University of Minnesota*, proponen el primer procedimiento directo para el tratamiento de la enfermedad coronaria ^(20,21).

ENDARTERECTOMÍA CORONARIA. LILLEHEI y colaboradores señalaron que en alrededor del 70% de las oclusiones de las arterias coronarias principales estas se producían en los 4 cms proximales del vaso y pensaron que estas placas obstructivas podían ser removidas, o, en caso contrario, se podía efectuar una resección segmentaria de la arteria. La técnica propuesta, desarrollada en cadáveres y animales de experimentación, consistía en incidir longitudinalmente la arteria coronaria sobre el segmento ocluido, remover el ateroma y reconstruir la pared arterial con seda 6-0 o interponer un segmento de arteria periférica ⁽²⁰⁾.

La primera endarterectomía coronaria en el hombre fue efectuado por BAILEY en 1956 (BAILEY había efectuado la primera comisuromía mitral cerrada en 1948) con ANGELO MAY, quien había trabajado previamente durante 3 años en el laboratorio desarrollando la técnica quirúrgica ⁽²²⁾. Posteriormente, LONGMIRE efectuó varias comunicaciones de importancia acerca de la endarterectomía, antes de dedicarse por completo a la cirugía digestiva en la *University of California*, en la que efectuó grandes aportes ^(9,23). En 1987, DUDLEY JOHNSON comunicó una importante experiencia de 9 años con sobre 5.000 casos, con endarterectomías de 10 a 15 cms de largo asociadas a puentes aortocoronarios, con baja mortalidad operatoria y elevada permeabilidad a 5 años ⁽²⁴⁾.

PUENTE AORTOCORONARIO. En mayo de 1967 RENÉ FAVALORO interpone un segmento de vena safena interna en la coronaria derecha ocluida de una mujer de 57 años, la que fue reestudiada al octavo día por MASON SONES, demostrándose una reconstrucción total de la

arteria, con lo que el procedimiento comienza a aplicarse en la *Cleveland Clinic* en forma sistemática. En el paciente N°15 FAVALORO efectúa ahora la anastomosis proximal en la cara anterior de la aorta ascendente, efectuando así un puente aortocoronario propiamente tal.
(18)

A diferencia de todos los otros procedimientos previamente señalados, el puente aortocoronario no fue precedido por una investigación experimental en animales por parte de FAVALORO. Sin embargo, tampoco fue el resultado de un hecho fortuito. El puente aortocoronario fue la consecuencia de la extensa experiencia previa de FAVALORO en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad coronaria con la endarterectomía y los implantes mamarios, de la interrelación de éste con los cirujanos vasculares que ya efectuaban revascularizaciones de las extremidades inferiores y riñones con vena safena, y de la estrecha amistad entre FAVALORO y MASON SONES que le permitió el estudio y análisis de múltiples coronariografías, situaciones todas facilitadas por el ambiente académico y clínico de la *Cleveland Clinic*. Interesantemente, las bases experimentales, si bien muy escasas, del puente aortocoronario, se remontan a 1910, en que ALEXIS CARREL, de hecho el fundador de la cirugía vascular y premio Nobel 1912, efectúa anastomosis entre la aorta descendente y las arterias coronarias en animales utilizando un segmento de carótida preservado en frío. Los animales no sobrevivieron las operaciones porque, en opinión de CARREL, le tomó 5 minutos (!) efectuar las anastomosis (19, 25).

Pero, FAVALORO no fue el primero en efectuar un puente aortocoronario. En 1974 SABISTON comunicó que en abril de 1962 había efectuado, en un paciente al que un año antes le había realizado una endarterectomía de la coronaria derecha, un puente con vena safena desde la aorta ascendente a esta arteria coronaria (17, 18, 26). El paciente falleció al tercer día de un accidente vascular encefálico, probablemente secundario a émbolos desprendidos desde la anastomosis proximal trombosada, como habría demostrado la autopsia. SABISTON no volvió a efectuar esta operación hasta conocer posteriormente la experiencia de la *Cleveland Clinic*. En 1973, GARRET comunicó que en noviembre de 1964 efectuó un puente aortocoronario a la arteria descendente anterior en un paciente al que se había programado efectuar una endarterectomía con reconstrucción con parche venoso (27). El paciente sobrevivió la operación y fue estudiado en 1971 en la *Cleveland Clinic*, demostrándose el llene de toda la coronaria izquierda por el puente venoso, corroborándose así la durabilidad alejada del procedimiento (18). Sin embargo, esto constituyó en ese entonces un hecho aislado al que no se le dio importancia alguna, hasta que se conoció la experiencia de la *Cleveland Clinic*. Como en otras situaciones, FAVALORO no fue el primer hombre en ver caer una manzana de un árbol, pero sí el primero en darse cuenta de su importancia, aplicando en forma sistemática el puente aortocoronario, primero para la enfermedad coronaria de un vaso y progresivamente para la enfermedad de 2 y 3 vasos, en forma combinada con procedimientos valvulares y aneurismectomías ventriculares y en el tratamiento del infarto en evolución. En 1969 FAVALORO y el grupo de la *Cleveland Clinic* comunicó al Congreso de la *Society Of Thoracic Surgeons* los resultados en la impresionante cifra de 570 pacientes operados (17, 18).

Finalmente, en lo que a la arteria mamaria interna respecta, esta había sido utilizada experimentalmente para la revascularización directa del miocardio por MURRAY a comienzos de los años 50, y más tarde por SPENCER a comienzos de los 60^(18,19). KOLESSOV, en Rusia, había efectuado ya en 1964, las primeras anastomosis mamario-coronarias en el hombre, no solo sin circulación extracorpórea sino que también sin estudio angiográfico previo, comunicando sus resultados en 1967 en el *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, lo que mereció un comentario editorial por parte de EFFLER^(17, 18, 28). (Posteriormente, el hijo de KOLESSOV -Eugene- efectuó parte de su entrenamiento en cirugía cardiovascular con FAVALORO, en la *Cleveland Clinic*). Sin embargo, es GEORGE GREEN quien, en 1968, en *New York*, introduce el uso sistemático de la arteria mamaria interna en la revascularización del miocardio, sosteniendo que los resultados alejados deberían ser mejores que con la vena safena, como el tiempo se encargó de demostrar⁽²⁹⁾. GREEN utilizaba un microscopio de 16 aumentos, lo que no sólo hacía engorrosa la operación sino que requería de un prolongado entrenamiento en animales, lo que dificultaba su popularización. A comienzos de 1970, y luego de visitar a GREEN en *New York*, Favaloro inició el uso de la arteria mamaria interna izquierda anastomosada a la arteria descendente anterior en la forma habitual para las anastomosis coronarias, con seda 7-0 y bajo magnificación óptica corriente con lupas de 2 ó 3 aumentos, demostrando posteriormente permeabilidad anastomótica en re-estudios angiográficos, facilitando así la aceptación del procedimientos por toda la comunidad quirúrgica cardiovascular⁽¹⁸⁾.

LOS HÉROES Y PALADINES DE ESTE PERÍODO DE PROCEDIMIENTOS DIRECTOS SOBRE LA CIRCULACIÓN CORONARIA SON WALTON LILLEHEI Y RENÉ FAVALORO. C. WALTON LILLEHEI (1918-1999) nació en *Minneapolis, Minnesota*, y obtuvo su título de Doctor en Medicina en la *University of Minnesota* en 1942 y luego de servir en un hospital de campaña durante la segunda guerra fue residente de cirugía de OWEN H. WANGENSTEEN en el muy prestigiado pero poco ortodoxo programa de cirugía que éste dirigía en la *University of Minnesota*, del cual salieron numerosos cirujanos competitivos e innovadores fuertemente orientados a la investigación experimental. Entre 1948 y 1949 obtuvo un doctorado en fisiología, trabajando en el laboratorio de MAURICE VISSCHER. En 1950 su carrera se vio interrumpida y de hecho casi llegó a su fin al desarrollar LILLEHEI un linfosarcoma que requirió de cirugía radical del cuello y mediastino e irradiación postoperatoria. Luego de casi una milagrosa recuperación LILLEHEI decidió dedicarse a la cirugía del corazón en la *University of Minnesota*. Para muchos LILLEHEI es considerado el “Padre de la Cirugía de Corazón Abierto”. Entrenó a numerosos cirujanos cardíacos activos en la actualidad y desarrolló la circulación cruzada controlada en la cual un “donante”, habitualmente el padre o la madre de un niño, actuaba de “oxigenador”, con lo cual LILLEHEI pudo efectuar con éxito las primeras correcciones intracardíacas de una comunicación interventricular, un canal aurículo-ventricular y una tetralogía de Fallot. LILLEHEI desarrolló, además, el oxigenador de burbujas, aparato que permitió “popularizar” la cirugía de corazón abierto, y un marcapaso con electrodos miocárdicos así como 4 tipos de prótesis valvulares cardíacas. El Dr. LILLEHEI fue, finalmente, presidente del *American College of Cardiology*.^(17, 19, 21)

LILLEHEI visitó Chile en mayo de 1963, oportunidad en que dictó varias conferencias en distintos Centros de la ciudad de Santiago. Entre estas, el día 24 de mayo de ese año dictó en nuestra Universidad una conferencia titulada “Indicaciones y Resultados del Reemplazo Total de la Válvula Aórtica”. En la mañana del día lunes 27 de mayo de 1963 WALTON LILLEHEI operó en los pabellones de cirugía torácica del sexto piso del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica una comunicación interventricular en una niña de 6 años, la que evolucionó en forma muy satisfactoria. LILLEHEI fue asistido en esta operación por los cirujanos de la Universidad Católica y la anestesia, perfusión y controles intraoperatorios estuvieron a cargo de anestelistas y cardiólogos de la misma institución.

El diario El Mercurio destacó el hecho señalando “que esto, en contadas oportunidades, hacen los cirujanos extranjeros, y sólo cuando cuentan con la seguridad que estarán respaldados por un equipo, tanto material como humano, que les dé las suficientes garantías”. El 26 de mayo de 1963, un día antes de esta intervención, en ceremonia efectuada en el Salón Rojo de la Casa Central de la Universidad Católica, presidida por el RECTOR MONSEÑOR ALFREDO SILVA SANTIAGO, WALTON LILLEHEI fue nombrado miembro honorario de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad, entregándosele el correspondiente diploma.⁽²¹⁾

El gran héroe y paladín de la cirugía coronaria, RENÉ FAVALORO, nació en La Plata, Argentina, el 14 de julio de 1923, hijo de un ebanista y de una modista emigrados de Italia. En 1949 se recibió de médico en la Universidad Nacional de esa ciudad. Diversas circunstancias de tipo personal lo llevaron a interrumpir sus primeros pasos en cirugía torácica en el Hospital Rawson de Buenos Aires, en donde asistía a los cursos de postgrado de la escuela de los hermanos FINOCHIETTO, de tanta trascendencia en la formación de los cirujanos argentinos y latinoamericanos. Junto a su hermano se traslada en 1950 a Jacinto Arauz, un pequeño pueblo del oeste de la pampa Argentina, en donde con dedicación y esfuerzo transformaron una vieja casona en una verdadera clínica que llegó a tener 23 camas, una sala de cirugía completamente equipada y métodos de diagnóstico que no excluían la radiología. Con su hermano Juan José operaban todo lo que comprendía la cirugía general y la tocoginecología. Como él mismo señala, atendían a todos sin distinción de ninguna especie, por lo que habían cosechado el respeto de la comunidad y vivían felices. Sin embargo, FAVALORO en el fondo de su alma extrañaba su viejo hospital y seguía soñando con la cirugía torácica, que por esos años ensanchaba sus horizontes con la cirugía cardiovascular. Eran los tiempos de grandes pioneros como BLALOCK, CRAFOORD, GROSS, HARKEN y LILLEHEI, de quien acabamos de hacer una reseña biográfica.^(21, 30)

³¹⁾ Aconsejado por su profesor el Dr. MAINETTI y habiendo tomado ya la decisión de abandonar Jacinto Arauz después de 12 años, ya que como él mismo confiesa en su libro autobiográfico “De la Pampa a los Estados Unidos”, se sentía capacitado para empresas mayores, se dirigió a la *Cleveland Clinic*. FAVALORO se aprontaba entonces a cumplir 40 años y era la primera vez que él y su mujer Toni se subían a un avión. Su inglés era sólo el que había adquirido en la enseñanza secundaria más algunas clases particulares de los últimos meses.⁽¹⁸⁾

FAVALORO llevaba una carta del profesor MAINETTI para el doctor CRILE, cirujano de la clínica e hijo de uno de sus fundadores y quien lo introdujo a EFFLER, por entonces jefe del Departamento de Cirugía torácica y Cardiovascular. Con este se enteró recién que los médicos extranjeros para ser admitidos a los programas de postgrado debían aprobar los exámenes del ECFMG. En el intertanto, FAVALORO comenzó a asistir a los pabellones quirúrgicos como observador y pronto comenzó a colaborar en todas las actividades del pabellón quirúrgico. En sus propios términos: “de cirujano con cientos de operaciones en su pasado, me había convertido en un enfermero más o menos calificado”. Sin embargo, a las pocas semanas EFFLER pronunció las palabras mágicas: “¿desea lavarse y ayudarme?”. El ofrecimiento era como segundo ayudante. Desde ese día FAVALORO comenzó a participar de las operaciones cada vez con mayor frecuencia y, en sus propios términos, “si bien persistían mis limitaciones idiomáticas, el hábito quirúrgico de tantos años ayudaba a suplirlas”. Igualmente, bajo el estímulo y supervisión de EFFLER, FAVALORO se preparaba para el examen del ECFMG. Para quien había terminado la carrera de medicina hacía más de 15 años, volver a repasar las ciencias básicas, compenetrarse en algunas patologías propias de los Estados Unidos y volver a revisar la medicina interna, la cirugía general, la obstetricia y ginecología, la pediatría y la salud pública, la psiquiatría, etc., significaba un esfuerzo de consideración. Durante este período FAVALORO no tuvo fines de semanas libres. Rindió el examen en septiembre de ese año y a las 6 semanas recibió la buena nueva de que lo había aprobado. Con esto, FAVALORO pasó a ser *Junior Fellow* de la *Cleveland Clinic* a sus 40 años, lo que en sus propias palabras implicaba “un sinnúmero de nuevas responsabilidades, pero al mismo tiempo abría un nuevo camino que, si se lo recorría con criterio y entusiasmo, podía brindar grandes satisfacciones”. Continúa FAVALORO en la página 56 de su libro autobiográfico señalando: “sin ninguna duda me sentía feliz. Una vez más estaba frente a un nuevo desafío. Los que me conocen en profundidad –colaboradores en particular– saben que no puedo vivir sin desafíos. Han sido una constante en mi vida. El día en que no estén presentes habrá llegado el momento de partir”. Es necesario tener presente estas palabras para tratar de entender el trágico final de FAVALORO. ^(18, 32)

Durante todo su entrenamiento como residente, FAVALORO y su esposa Toni vivieron en un viejo edificio llamado *Palais Royal*, en frente de la clínica y rodeado de estacionamientos, y en lugar de pijamas acostumbraba a usar ropa de pabellón de manera de estar siempre listo en caso de una urgencia. FAVALORO terminó su entrenamiento en cirugía cardiovascular en la *Cleveland Clinic* en 1965 y a pesar de la oposición de EFFLER retornó a La Plata ese mismo año con la idea de contribuir con los conocimientos adquiridos al desarrollo de la cirugía cardiovascular en nuestro país. Sin embargo, luego de un largo peregrinaje por diversos hospitales de Buenos Aires y La Plata y no logrando ser acogido en ninguno de ellos, él y Toni cedieron a la insistencia de EFFLER y regresaron a *Cleveland*, ocupando el cargo de *Assistant Staff*, lo que le permitiría operar incluso sus propios pacientes si estos eran referidos a él y tendría su propia oficina con secretaria. En 1966 y después de obtener la licencia definitiva del Estado de *Ohio* por reciprocidad luego de haber aprobado los *Board* de *New York* y *Virginia*, ya que *Ohio* no aceptaba postulantes extranjeros, RENÉ FAVALORO

fue nombrado *Staff* propiamente tal de la *Cleveland Clinic*. Esto significaba, en las palabras de CRILE expresadas a FAVALORO, absoluta libertad para trabajar y desarrollar nuevas ideas, ya que en opinión de éste el libre albedrío era el único camino para el progreso. CRILE le señaló también que las jefaturas y los diversos estamentos del organigrama de la clínica eran necesarios, pero que veía en él grandes potencialidades que debía desarrollar para poder trabajar libre de ataduras. Como hemos visto, este pensamiento en el caso de FAVALORO dio grandes frutos. ⁽¹⁸⁾

FAVALORO efectuó muchos “primeros casos” durante este período en la *Cleveland Clinic*. Entre ellos efectuó el primer trasplante de corazón del noreste de los Estados Unidos en 1968, lo que causó gran expectación periodística en la zona. EFFLER apareció en los medios de comunicación como responsable de todo y a pesar de que esa circunstancia provocaba comentarios desfavorables en varios miembros del *Staff*, FAVALORO señala en su libro autobiográfico que estaba contento y feliz de que así fuera: “de alguna manera retribuía lo que me había enseñado y por sobre todo la libertad con que me había dejado trabajar al estimularme diariamente”.

En 1970, y habiendo alcanzado ya renombre internacional en la medicina, al volver del VI Congreso Mundial de Cardiología efectuado en Londres, en donde por invitación de DONALD ROSS efectuó las primeras cirugías coronarias de Inglaterra en el *National Heart Hospital* y en el que se renovaron con insistencia por parte de sus connacionales los pedidos para que regresara a la Argentina, FAVALORO comenzó a madurar la idea del retorno. Como él señala, “poco a poco me fui convenciendo de que debía aceptar el nuevo desafío”. En octubre de ese año redactó su renuncia a la *Cleveland Clinic* dirigida a EFFLER, con copia a CRILE. ⁽¹⁸⁾

Querido Doctor Effler:

Como usted sabe, no existe cirugía cardiovascular de calidad en Buenos Aires. Los pacientes se van a diario a San Pablo o a los Estados Unidos. Algunos tienen suficiente dinero para viajar, pero otros deben realizar tremendos esfuerzos económicos (un paciente tuvo que vender su casa). La mayoría no puede siquiera pensar en venir. Mueren lenta pero inexorablemente sin acceder al tratamiento adecuado.

Médicos brillantes vienen a este país en busca de educación de posgrado. Después de dos o tres años de excelente entrenamiento vuelven a la Argentina para encontrar sólo indiferencia. Los “maestros” no pueden aceptar nuevas ideas. Algunos regresan a los Estados Unidos y otros permanecen aletargados, rodeados de frustración.

Una vez más el destino ha puesto sobre mis hombros una tarea difícil. Voy a dedicar el último tercio de mi vida a levantar un Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular en Buenos Aires. En este momento en particular, las circunstancias indican que soy el único con la posibilidad de hacerlo. Ese Departamento estará dedicado, además de a la asistencia médica, a la educación de posgrado con residentes y *fellows*, a cursos de postgrado en Buenos Aires y en las ciudades más importantes del país, y a la investigación clínica. Como usted puede ver, seguiremos los principios de la *Cleveland Clinic*.

El dinero no es la razón de mi partida. Si así lo fuera, tomaría en consideración las ofertas que de continuo recibo de diferentes lugares de los Estados Unidos. El propósito principal es desarrollar un Departamento bien organizado donde pueda entrenar a cirujanos para el futuro. Créame, yo seré el hombre más feliz del mundo si puedo ver en los años por venir una nueva generación de argentinos que trabajen en distintos centros del país resolviendo los problemas a nivel comunitario y dotados de conocimientos médicos de excelencia. Yo sé de todas las dificultades que afrontaré porque ejercí la profesión anteriormente en la Argentina. A los cuarenta y siete años, lo lógico y realista sería permanecer en la *Cleveland Clinic*. Yo sé que estoy emprendiendo un camino dificultoso. Usted tal vez recuerde que Don Quijote fue español. Si yo no aceptara liderar ese Departamento en Buenos Aires, viviría el resto de mi vida pensando que soy un buen *solid s.of a b.*(h.de p.). Mi conciencia me diría constantemente: “Elegiste el camino fácil”.

Dos días más tarde EFFLER respondió por escrito.

Querido René:

Tu carta no me ha sorprendido, no obstante me ha apenado profundamente.

Tú has actuado como un tremendo catalizador en el Departamento y en la *Cleveland Clinic*. En el período en que has estado con nosotros, tanto como *fellow* o como miembro del *staff*, tu trabajo profesional y tu extraordinario empuje han producido un gran impacto en la *Cleveland Clinic Foundation* y más todavía en la especialidad de cirugía torácica y cardiovascular. No hace falta decir que estoy muy orgulloso.

Yo creo que has tomado la decisión correcta y desde aquí te apoyaré en todo lo que sea posible. Será interesante ver si una flor argentina que fue trasplantada al *Cuyahoga county* puede ser retrasplantada en su origen. Es posible que haya ciertos fenómenos de rechazo que tendrás que enfrentar pero reitero mi total confianza en ti y en tu futuro profesional.

La pérdida será tremenda para la *Cleveland Clinic* y lamentada por la mayoría de nosotros. No obstante, somos todos realistas y sabemos que una institución de este tipo seguirá andando mientras jóvenes ávidos y calificados, con deseos de futuro, acepten la posibilidad de tomar nuestros lugares. Ya que no tengo ilusiones de tener otro Favaloro, podré, en los próximos diez años de mi carrera, estimular a jóvenes emprendedores a que traten de alcanzar el récord de Favaloro.

CRILE también contestó.

Querido René:

Tu carta no fue sólo importante sino hermosa. La he leído con detenimiento y he encontrado que estoy en total acuerdo con tus conclusiones. Tu país es demasiado hermoso para desertar en el momento que más te necesita. Por el otro lado será una tremenda pérdida para la *Cleveland Clinic* y para mí personalmente que tú dejes el Departamento de Cirugía Torácica. Como tú sabes, he tenido la mayor de las admiraciones por ti no sólo por tu ingenio y habilidades sino por la colaboración que siempre has prestado a todos tus colegas. Te extrañaré mucho.

Una vez más quiero expresar mi pesar por tu decisión y mis congratulaciones por las razones que han decidido tu regreso.

En Junio de 1971 FAVALORO y su esposa María Antonia retornaron a la Argentina.

Inicialmente FAVALORO trabajó en el Sanatorio Güemes desarrollando simultáneamente la Fundación Favaloro, cuyo primer emprendimiento fue el Instituto de Investigación Básica, al que mantuvo económicamente de su propio pecunio. Integrado por numerosos investigadores básicos, contribuyó con numerosas publicaciones en las revistas científicas de mayor importancia mundial y en numerosos congresos con trabajos innovadores y de excelencia. En 1993 este Instituto de Investigación Básica fue la base para la creación de la Universidad Favaloro, la que comenzó con una Facultad de Medicina a la que luego se agregó una Facultad de Bio-Ingeniería. En los años 80 FAVALORO se dedicó a la construcción del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, el que es hoy uno de los Centros más avanzados de la especialidad en Latinoamérica y que luego se extendió a otras áreas como el trasplante hepático, neumología, hemostasia, trombosis, etc.

FAVALORO fue un hombre polifacético en el que se destaca la faceta de humanista, en dos aspectos: Uno, como escritor e historiador, publicando varios libros, algunos autobiográficos como el citado en este artículo, otros sobre educación y otros sobre ética e historia. En cuanto a este último tema, le interesaba especialmente la historia del General San Martín.

En el otro aspecto, FAVALORO destaca como pensador preocupado por el desarrollo socioeconómico de la humanidad, lo que demostró en varias conferencias, una de ellas dictada en el seno del congreso de la *American Heart Association* en 1988.

Tan famoso como cirujano en la Argentina lo era también como hincha de Gimnasia, club de football del barrio de inmigrantes de su infancia llamado “El Mondongo”.

FAVALORO alcanzó una popularidad desacostumbrada entre profesionales, tanto que en distintas encuestas de la Argentina llegó a tener una intención de voto para presidente de la nación de alrededor del 70%, pero nunca aceptó ningún cargo político. Cultivó una imagen de altruismo y dedicación a los menos privilegiados y, debido a ello fue respetado y amado por el pueblo argentino.

Por la tarde el 29 de julio del año 2000 y en el baño de su departamento de Palermo Chico, en Buenos Aires, FAVALORO se suicidó –¿se inmoló?– disparándose con su revólver en medio del corazón, quizás previendo, o como un presagio de lo que sucedería en la Argentina.

LA CIRUGÍA DE LA INSUFICIENCIA CORONARIA EN CHILE

Según RECCIUS, la primera operación para corregir la insuficiencia coronaria en nuestro país se efectúa en el Hospital Van Buren de Valparaíso, en septiembre de 1950, por los Drs. SVANTE TORWALL y PEDRO URIBE, quienes realizan una cardioneumopexia. En el enfermo, “pudo comprobarse una recuperación extraordinaria del cuadro de insuficiencia

coronaria, desapareciendo de inmediato los dolores que invalidaban al paciente, en forma absoluta”⁽³³⁾.

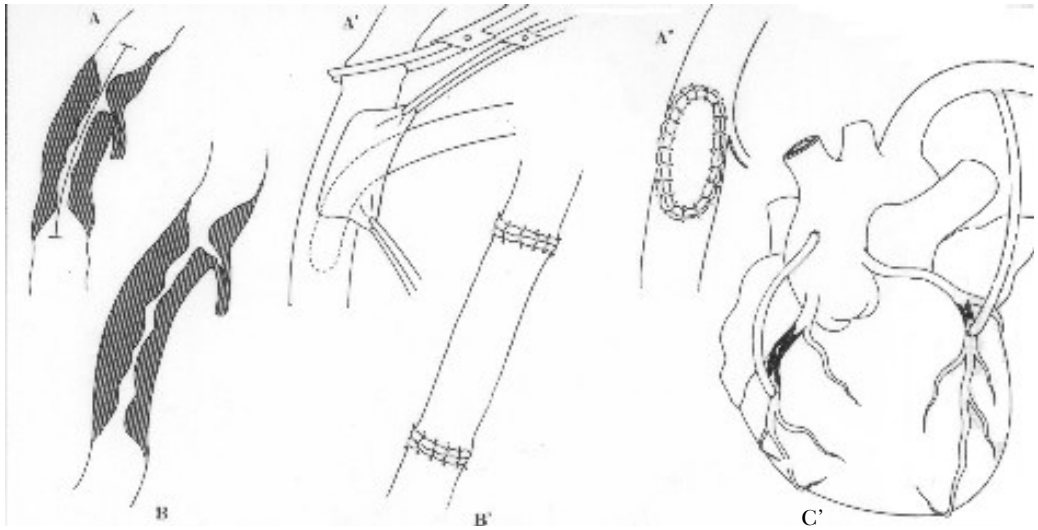
La cirugía coronaria propiamente tal se inicia en Chile en 1970, en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, por SALVESTRINI y colaboradores, quienes el día 14 de abril de 1970 efectúan un bypass aortocoronario con “trozo de safena” a la arteria coronaria derecha, asociado a una resección de un aneurisma de ventrículo izquierdo. Previamente, en 1955 SALVESTRINI había efectuado una ligadura mamaria bilateral a la que siguieron otras 3. Ese mismo año SALVESTRINI efectuó una pericardiotomía con instilación de fenol y luego en 1959 SALVESTRINI efectuó una operación de BECK. Finalmente, en noviembre de 1969 SALVESTRINI efectuó un implante mamario bilateral a través de una esternotomía media con técnica de VINEVERG-SEWELL. Así, en nuestro Hospital Clínico el primer puente aortocoronario fue también el resultado de un largo interés previo en el tratamiento de la enfermedad coronaria. ■

REFERENCIAS

1. BLUMGART H.L., RISEMAN J.E.F. DAVIS D. AND BERLIN D. Therapeutic Effect of Total Ablation of Normal Thyroid on Congestive Heart Failure and Angina Pectoris. Arch Int Med 1933; 52:165-225.
2. BECK C.S. A New Blood Supply to the Heart by Operation. Surg Gynec Obst 1935;61:407-10.
3. O'Shaughnessy L. An Experimental Method of Providing a Collateral Circulation to the Heart. Brit J. Surg 1936; 23:665.
4. SMITH F.R., RYTER H., GARRET W., DUGAN J.B. AND MCINTYRE D. Myocardial Revascularization by Means of Cardiopneumopexy and Ivalon Grafts. Dis Chest 1958; 33:533-5.
5. FAUTEUX M. Ligation of the Great Cardiac Vein. Canad Med A. J. 1941;45:295-9.
6. FAUTEUX M. Treatment of Coronary Disease with Angina by Pericoronary Neurectomy Combined with Ligation of the Great Coronary Vein. Am Heart J. 1946;31:260-9.
7. FATEAUX M and Swenson O. Pericoronary Neurectomy in Abolishing Anginal Pain in Coronary Disease. Arch Surg 1946; 53:169-173.
8. FATEAUX M. Resultats du Traitement Chirurgical de la Coronarite. Arch Mal Coeur 1951; 44:673-686.
9. MEADE RH. A History of Thoracic Surgery. Charles C. Thomas, Publisher. Springfield, USA. 1961.
10. BECK C.S. Revascularization of Heart by Graft of Systemic Artery into Coronary Sinus. JAMA 1946;137:436-445.
11. BECK CS and LEIGHTNINGER C. Operation for Coronary Artery Disease. JAMA 1954;156:1226-1233.
12. BECK C.S. Coronary Disease After Twenty Five Years. J Thoracic Surg 1958;36:329-40.
13. BATTEZZATI M., TAGLIAFERRO A. and DEMARCHI G. The Ligature of the Internal Mamary Arteries in Disorders of Vascularization of the Myocardium. Minerva Med 1958;46 (2):1173.

14. GLOVER RP, KITCHELL JR, KYLE RH, DAVILA JC and TROUT RG. Experience with Myocardial Revascularization by Division of the Internal Mammary Arteries. *Dis Chest* 1958;33:637-57.
15. VINEBERG A. Development of Anastomosis Between Coronary Vessels and Transplanted Internal Mammary Artery. *Canad Med AJ* 1946;55:117-9.
16. VINEBERG A. The Fate of the Internal Mammary Artery Implant in Ischaemic Human Heart. *Dis Chest* 1958;33:64-85.
17. NAEF AP. *The Story of Thoracic Surgery*. Germany: Hans Huber Publishers, 1990.
18. FAVALORO RG. *De La Pampa a los Estados Unidos*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Sudamericana, Octava Edición, 1996.
19. RAVITCH M. *A Century of Surgery*. Philadelphia: J B Lippincot Company, 1982.
20. ABSALON KB, LILLEHEI CW, AUST JB, VARCO RL and BARST A. Direct Surgery on Coronary Arteries. Surgical Treatment of Occlusive Coronary Artery Disease by Endarterectomy or Anastomotic Replacement. *Surg Gynec Obst* 1956;103:180-5.
21. ZALAQUETT R. C. WALTON LILLEHEI (1918-1999): Héroe y Pionero de la Cirugía a Corazón Abierto. *Rev Chil Cardiol* 1999;18:95-103.
22. BAILEY CW, MAY A and LEMMON WM. Survival After Coronary Endarterectomy in Man. *JAMA* 1957;164:641-6.
23. LONGMIRE WP. Direct vision Coronary Endarterectomy for Angina Pectoris. *New Engl J Med* 1958;259:993-9.
24. BRENOWITZ JB, KAYSER KL, JOHNSON D. Results of Coronary Artery Endarterectomy and Reconstruction. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988;95:1-10.
25. CARREL A. On the Experimental Surgery of the Thoracic Aorta and Heart. *Ann Surg* 1910;52:83-95.
26. SABISTON DC JR. The Coronary Circulation. The William F. Riehoff Jr. Lecture. *Johns Hopkins Med J* 1974;134:314-21.
27. GARRET RE, DENNID EW, DEBAKEY ME. Aortocoronary Bypass with Saphenous Vein Graft. *JAMA* 1973;223:792.
28. KOLESSOV VI. Mammary Artery-Coronary Artery Anastomosis as Method of Treatment for Angina Pectoris. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967;54:534-44.
29. GREEN GE. Coronary arterial Bypass Grafts. *Ann Thorac Surg* 1968; 5:443-50.
30. ZALAQUETT R. Y cómo se llegó finalmente a la cirugía a corazón abierto. Un relato de pioneros, héroes y conquistadores del siglo pasado. Parte I. *Rev Chil Cardiol* 2000;19 : 97-103.
31. ZALAQUETT R. Y cómo se llegó finalmente a la cirugía a corazón abierto. Un relato de pioneros, héroes y conquistadores del siglo pasado. Parte II. *Rev Chil Cardiol* 2000;19 : 119-128.
32. ZALAQUETT R. Del camino recorrido por la cirugía para tratar la enfermedad coronaria. Trabajo dedicado cómo homenaje póstumo al Dr. René Favaloro. *Rev Méd Chile* 2001;129:201-8.
33. RECCIUS A. *Historia y Desarrollo de la Cirugía Torácica en Chile*. Valparaíso: Imprenta y Litografía Universo, S.A., 1957.

FIGURAS



Representación esquemática de la evolución de la cirugía coronaria, según Favaloro, reproducida de su libro autobiográfico "De la Pampa a los Estados Unidos". A.A'.A", técnica del parche de pericardio, incisión longitudinal y ensanchamiento del calibre arterial en la zona estrechada por placas ateromatosas. B.B', interposición de un segmento de vena safena luego de reseca el segmento arterial estenosado. C, puente aortocoronario (cirugía del bypass). Izquierda: puente con vena safena a la coronaria derecha. Derecha: puente arterial: arteria mamaria izquierda conectada a la rama descendente anterior de la coronaria izquierda. (Texto original de la figura. Reproducido con autorización de Editorial Sudamericana S.A.)

CONDICIONES HIGIÉNICAS, ENFERMEDADES Y PRÁCTICAS MÉDICAS INFORMALES EN VALPARAÍSO ENTRE 1855 Y 1860.¹

JURY GARCÍA ANCAMIL²

1. INTRODUCCIÓN

Hacia 1850 Chile había logrado un desenvolvimiento económico, precoz y exitoso, basado en la minería, la agricultura y el comercio, Amén de este desarrollo, Valparaíso se había convertido en el principal puerto de Chile y en el centro de redistribución comercial de la cuenca Pacífico del Conosur americano, dado que en esta ciudad se habían instalado una serie de comerciantes extranjeros que aportaban una inusitada prosperidad con sus negocios³. Estos inmigrantes construyeron barrios en los que solo se podían incorporar exponentes de la aristocracia criolla, marginando así a los componentes del bajo pueblo, los que debieron utilizar toda su tenacidad para habitar las estrechas quebradas e inhóspitos cerros que se emplazan de cara al mar.

En el presente trabajo presentaremos algunas de las características más relevantes relacionadas con las condiciones de vida de los sectores populares del puerto, las enfermedades y las prácticas médicas informales desarrolladas en la ciudad, entre los años 1855 y 1860. Las fuentes primarias en las que se fundamenta este trabajo han sido encontradas en distintos volúmenes del Fondo Intendencia de Valparaíso, del Archivo Nacional Histórico. Debido a la naturaleza de estos documentos debemos advertir que algunos de los datos incluidos carecen de precisión, a pesar de lo cual expondremos un panorama general de las temáticas que a continuación relataremos.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS SECTORES POPULARES PORTEÑOS.

Las condiciones de vida de los sectores populares porteños se hacían cada vez más duras a medida que avanzaba la centuria. Mientras los inmigrantes construían residencias

¹ Conferencia presentada el 4 de Octubre de 2002

² Profesor, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso.

³Cavieres, Eduardo: "Urbanización y cambio social: Comerciantes y artesanos de Valparaíso en la segunda mitad del siglo XIX", publicado en: Universidad Católica de Valparaíso: "Valparaíso 1536- 1986", Ediciones Altazor, Valparaíso, 1987.

de estilo europeo, en las quebradas, cerros y algunos de los sectores del plan de la ciudad, los menesterosos improvisaban casuchas insalubres en las que debían desarrollar la vida familiar, caracterizada por el hacinamiento, la falta de higiene, la prostitución y el alcoholismo, careciendo del sentido de vida cómodo y cálido de un hogar. Por otra parte, es en estas “viviendas” donde los pobres debieron enfrentar las inclemencias de los problemas generados por el progreso, como las enfermedades y las epidemias, que se convertían en el aviso de un posible deceso.

Entre 1820 y 1850 se habían extendido y masificado los rancheríos populares porteños, los que eran construidos con materiales de desechos, muchas veces recogidos de entre los escombros de los incendios y las basuras vertidas por los “decentes” en las quebradas; de esta manera cañas, barro, tablas, latas, troncos y ramas de árboles y arbustos del cerro, se constituían en los materiales de edificación, los que se conjugaban con la descomposición de los desechos propios de la familia popular; al interior del sucucho, que se encontraba encaramado en el cerro, donde se formaban pequeños barrios, ricos en sociabilidad.

Estas casuchas se instalaban en un espacio ganado al cerro, razón por la que carecen de patio. En su interior el eterno fogón, centro de la actividad familiar; ahumaba el ambiente en conjunto con las velas de cebo, que servían para iluminar la batea en la que se lavaba la ropa, que posteriormente se colgaba en la ventana. No existía más lugar para un baño, por lo que estos se instalaban a tajo abierto en las quebradas, o simplemente se instalaba una cantora en un rincón de la pieza.

Debido a la falta de desagüe, se vertían en la puerta de estos cuchitriles los excrementos, que contaminaban las aguas de las quebradas, que se utilizaban para el uso doméstico. A esto se suma el que las quebradas de los cerros de Valparaíso se habían convertido en los vertederos de la ciudad decente y popular; lo que repercutía con mayor fuerza en las condiciones de vida de jornaleros, estibadores y artesanos.⁴

Con el crecimiento de la ciudad las quebradas comenzaron a colapsar; situación que empeoraba en los meses de invierno, cuando las lluvias desencadenaban verdaderas catástrofes entre los sectores populares, los que veían como desaparecían sus casuchas, debido a los anegamientos e inundaciones, que además eran un peligro de muerte, quedando en total desamparo.

En este contexto se hacían comunes las plagas de moscas y ratones, atraídos por la descomposición de los desechos, los que servían de elementos transportadores de infecciones, que en algunos casos transmitían enfermedades, con lo que el enfermo era confinado a un rincón del húmedo rancho, sobre unos jergones sucios instalados sobre el piso, mientras un grupo de 3 a 6 niños vagan sucios y haraposos por el cuarto, habitación de toda la familia.⁵

⁴Archivo Nacional Histórico, Fondo Intendencia de Valparaíso, Volumen 116, Documentos varios, Ignacio Prado, Dirección de Obras Públicas, Informe de inspección de casas, Valparaíso, 16 de marzo de 1858, en adelante se abreviará: A.N.H.F.I.V.

⁵ Urbina, Ximena: “Los ranchos de Valparaíso en el siglo XIX: aproximaciones a un estudio sobre la vivienda popular urbana”, publicado en: Revista Notas Históricas y Geográficas N° 12, Facultad de Humanidades, Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, 2001.

Debido a la prosperidad económica de Valparaíso, esta se convertía lentamente en un foco de atracción, lo que motivó la llegada de un sinnúmero de nuevos habitantes que hacían que la situación en estos sectores se hiciera cada vez más dramática. Hacia 1840 comenzó el arriendo de piso, que significó la construcción espontánea de casuchas en el plan, base para la aparición de los conventillos porteños, en donde se instalaban los nuevos ciudadanos que buscaban en la actividad portuaria una oportunidad para surgir.⁶

En estas casas colectivas compuestas de piezas alineadas, familias de entre 6 y 12 personas debían instalarse en una pieza, de paredes delgadas, techumbre precaria y piso de tierra. La humedad, el mal olor y la oscuridad condicionaban la vida de sus habitantes, que se veía agravada por la falta de ocupación estable y la imposibilidad de mejorar las condiciones de vida. “El desabrigo y la humedad en que por lo común viven los pobres y la gente que vive de su trabajo diario completan las consecuencias del mal”...⁷

En relación a las condiciones colectivas de vida en estas habitaciones populares, es necesario decir que el agua potable era en muchas ocasiones inexistente y en el mejor de los casos los conventillos se encontraban proveídos por un único pilón, del cual fluía incesantemente un chorro de agua que mantenía lleno un gran depósito del cual las personas extraían el líquido en un balde para su uso al interior de la pieza, convertida en habitación, cocina y baño. En ocasiones las piezas eran atravesadas por una acequia, que servía para eliminar los desechos familiares y así expulsarlos desde la pieza al patio del conventillo, lo que empeoraba aún más las condiciones de higiene de las familias populares porteñas y de la ciudad, dado que estos desagües a tajo abierto desembocaban en las quebradas, sitios donde se resumían los problemas ambientales de la ciudad.⁸

Es de esta manera como los sectores populares se alejaron cada vez más de los servicios ofrecidos por la ciudad decente, generándose un foco de marginalidad incontrolable por la autoridad, en el que además se concentraba gran parte de las casas de trato, en las que se conjugaba juego, prostitución, bailes, chinganas, chicherías y fritanguerías, lo que profundizaba el sentido de desarraigo familiar de los sectores populares, agudizándose el divorcio entre la ciudad civilizada y la ciudad popular, generándose una marginación social manifestada a través de la segregación según estratos.⁹

⁶ La cantidad de habitantes en la provincia había crecido notablemente. Hacia 1854 había 56390 habitantes en Valparaíso. Ortega, Luis, “Valparaíso: Comercio exterior y crecimiento urbano”, en Universidad Católica de Valparaíso: “Valparaíso 1536-1986”, Ediciones Altazor, Valparaíso, 1987.

⁷ A.N.H.F.I.V., volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 15 de julio de 1858.

⁸ Una descripción muy rigurosa de los tipos de vivienda popular durante el siglo XIX, en Grez Toso, Sergio: “De la ‘regeneración del pueblo’ a la huelga general; Génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810-1890)”, Ediciones de la Biblioteca Nacional de Chile, Santiago, 1997, capítulo III, primera parte.

⁹ A.N.H.F.I.V., volumen 115, documentos varios, Informe del comandante de jornaleros y lancheros, Valparaíso, 7 de enero de 1857.

La toma de conciencia de los problemas estructurales presentes en la vivienda popular porteña, por parte de las autoridades sanitarias de la región, fue de mucha importancia en cuanto a la insistencia en la relación directamente proporcional existente entre el desaseo, abandono, la mala calidad del agua, las precarias condiciones ambientales de la vivienda popular, por una parte, y el peligro de la aparición de enfermedades epidémicas, como la sífilis, la tisis, por otra.

¿Cómo atacar el problema de higiene y salubridad de la ciudad, que aqueja principalmente a los sectores populares?, ¿cuáles son las recomendaciones hechas por la autoridad sanitaria, específicamente por el médico de ciudad acreditado frente al protomedicato?, ¿cuál es la importancia que estos asignan a la salubridad e higiene pública para la prevención?

En los informes trimestrales emitidos por el médico de ciudad, se incluyen una serie de especificaciones sanitarias que propenden a la aplicación de medidas que ayuden a solucionar, al menos en forma parcial, algunos de los problemas higiénicos que enfrenta la ciudad. Con fecha 15 de julio de 1858, Javier Villanueva propone al intendente lo que sigue: “Las medidas higiénicas del resorte de la autoridad, que evitarían en gran parte estos y otros males a que su falta da origen, son la desecación de la aglomeración de las aguas y pantanos que se forman en las calles, y cuya humedad se comunica a los edificios contiguos. El cubrir los cauces de los esteros que bajan de las quebradas, cuya constante evaporación mantiene una atmósfera húmeda y fría en ella, evitando también la exhalación de inmundicias que por lo común son arrojadas en esos lugares”. En relación a los conventillos expresa lo siguiente: “La vigilante inspección de las casas conventillos en cuyos patios se depositan generalmente las aguas sucias y los residuos que dañan la salubridad de dichas habitaciones, manteniendo humedad en ellas y exhalaciones nocivas. Los propietarios deben ser apercibidos y obligados a tener en estas casas, faciales desagües y constante limpieza. Aun debe la autoridad extender su inspección hasta obligar que las construcción de las habitaciones para las gentes pobres tengan las condiciones higiénicas suficientes para que la salud de los inquilinos no se encuentre constantemente amenazada”¹⁰.

Pero no solo las condiciones de insalubridad de los ranchos eran tema de preocupación para los médicos, sino que a estas se agregaban las situaciones relacionadas con la prostitución, ejercida sin ningún tipo de control sobre todo en estos caseríos, en donde habitaban los sectores populares, debido a las enfermedades que por este medio se transmitían. Al respecto el informe señala: “El medio más eficaz y de resultados casi seguros para contener los progresos de propagación de esta enfermedad, es el establecimiento y conveniente reglamentación de una policía de prostitución que pueda con su vigilancia atajar en el principio la propagación del mal”¹¹.

¹⁰ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 15 de julio de 1858.

¹¹ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 15 de julio de 1858.

Las precarias condiciones sanitarias de las viviendas populares porteñas podemos calificarlas de patéticas, los problemas de higiene y salubridad popular, ligados al proceso de expansión económica y a la diversificación de las actividades productivas nacionales, habían generado horribles consecuencias para los habitantes de estos cuchitriles, los que eran mirados con espanto por los miembros de la ciudad decente, algunos de los cuales desarrollaron actividades de beneficencia, convirtiéndose este medio en el más utilizado para tratar de contrarrestar el problema de la vivienda de los menesterosos.

3. LAS ENFERMEDADES

Las condiciones de salubridad en las que se desarrollaba la vida de los sectores desposeídos del puerto, habían comenzado a ser consideradas como las grandes responsables de las enfermedades que azotaban a los habitantes de Valparaíso. A esto se debe que los médicos hicieran tanto hincapié en las medidas de higiene pública que debía realizar la autoridad provincial, para evitar que los habitantes de la ciudad mantuvieran contactos con “exhalaciones de inmundicias”, “inmundicias que corrompen el aire”, o que simplemente siguieran habitando en ambientes húmedos y sin ventilación.¹²

Lo anterior se debía a que dadas las condiciones de vida de los jornaleros y artesanos, una enfermedad era una catástrofe que generalmente concluía con el deceso del enfermo. Las altas tasas de mortalidad se remiten a las causas específicas de las enfermedades que contraían los menesterosos.

Las enfermedades crónicas más frecuentes que afectaban a los sectores populares, se encuentran: “las Pulmonías en su segundo y tercer periodo. Esta enfermedad es por lo común el resultado de catarros simples mal cuidados o abandonados, contraídos en la primavera o el otoño, en cuyas estaciones son frecuentes los constipados y resfriamientos. El frío y las lluvias del invierno, junto con el desabrigo y las habitaciones húmedas [...] completan las consecuencias del mal que en los meses anteriores tuvo principio [...]”

La *Lue Venerea* es otra de las dolencias que ocupa un gran número de localidades en las salas del hospital, raras veces los enfermos de este mal entran con los síntomas primitivos. Por lo común buscan el hospital cuando los síntomas secundarios y terciarios han contaminado la constitución, resistiendo la diversidad de formas en que se manifiesta este virus según su actividad, la constitución e idiosincrasia de los desgraciados que lo han adquirido, siendo no pocas veces de aspecto repugnante y de consecuencias muy graves [...]

Puede señalarse también el reumatismo en sus diferentes formas, ya sea general o parcial, o fibrosis muscular, pero por lo común en su carácter crónico, y muy raras veces revistiendo la forma aguda, como una de las enfermedades más generales en el hospital. Esta enfermedad que parece ser patrimonial en los pobres, debe su origen a las mismas

¹² A.N.H.F.I.V. volumen, documentos varios, 116, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 6 de octubre de 1858.

causas que la pulmonía, por lo tanto los medios higiénicos de prevención deben ser los mismos”.¹³

Las enfermedades calificadas por el médico de ciudad, Javier Villanueva, como las más comunes, son: la tisis, la sífilis y los reumatismos crónicos, sin embargo otras enfermedades que afectaban a los sectores populares con menor intensidad eran las gripes, que se han curado en pocos días y que solo con la “excepción de aquellos en que la fiebre ha sido complicada con la inflamación de algún órgano; particularmente pulmonía, bronquitis; e irritaciones catarrales en los intestinos. Estas enfermedades son debidas a una influencia o estado atmosférico especial”.¹⁴ A estas se sumaban las infecciones intestinales, que demostraban un aumento considerable en número de casos e intensidad de sus síntomas durante los meses de verano, cuando incluso cobraban un importante número de víctimas entre los desposeídos de la ciudad.¹⁵

A las condiciones precarias de vida, que se constituían en la explicación más frecuente para la gravedad que llegaban a tener las enfermedades, se sumaba otro factor de importancia y necesario de considerar; este es la deficiencia de la atención hospitalaria. Cualquier enfermedad se convertía en un problema de gravedad para los menesterosos, los que esperaban hasta que el mal se hacía incurable mediante la medicina informal, practicada por charlatanes, para dirigirse al temido hospital, el que era percibido como un lugar donde solo se llegaba a morir, dadas sus limitaciones estructurales, de higiene, a lo que se suma el avanzado estado de la enfermedad en el afectado, en relación a la precariedad de condiciones de los hospitales, el médico de ciudad nos relata lo siguiente: “Desde mucho tiempo atrás las camas del hospital más bien son por lo general el asilo de pacientes con enfermedades crónicas la mayor parte incurables, y de moribundos.

El creciente número de la mortalidad que se advierte en este establecimiento, es debido a los pocos recursos que deja a la asistencia médica y a los cuidados que allí se proporcionan a los enfermos el estado avanzado y gravísimo de las enfermedades que entran a la casa”.¹⁶ La tasa de mortalidad, durante el quinquenio en estudio, es de un 21%, esto a pesar del trabajo desarrollado por la junta de beneficencia y la acción de las autoridades, que se preocuparon de crear salas para los enfermos e incrementar el presupuesto en un 300%, entre 1847 y 1859.¹⁷

¹³ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 15 de julio de 1858.

¹⁴ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 6 de octubre de 1858.

¹⁵ Cruz-Coke, Ricardo: “Historia de la medicina chilena”, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995, (P. 373).

¹⁶ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 15 de julio de 1859.

¹⁷ Cruz-Coke, Ricardo: “Historia de la medicina chilena”, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995, (P. 374).

Sin embargo los hospitales y lazaretos no contaban con los recursos necesarios para la atención de los enfermos, razón por la que muchos de los que llegan hasta sus servicios son devueltos a sus casas. Un informe del 29 de julio de 1859, refiriéndose a una enferma de viruela, nos da noticia de lo siguiente; “El lazareto del Barón, donde debería hacerse dicha traslación, no admite más enfermos que los que ya existen. Este establecimiento esta lejos de prestar ni aun medianamente los servicios humanitarios a que esta destinado; y es preciso o ser compelido por la autoridad o hallarse en el último grado de miseria para refugiarse en él a pasar la enfermedad”.¹⁸

4. LAS PRÁCTICAS MÉDICAS INFORMALES

Las prácticas médicas debían enfrentarse a los problemas estructurales de las instalaciones hospitalarias, que mermaban la calidad de la atención y el juicio que los desamparados tenían de la ciencia médica.

Existía, además, una resistencia a la medicina oficial, debido a la existencia de una práctica paralela, netamente popular, que en el imaginario de los pobres era la vía de curación más efectiva. Sus prácticas, semejantes a la medicina oficial, eran condenadas por aquellos que cumplían los requisitos académicos y legales para el ejercicio de la ciencia médica, pero existía una razón que llevaba a los menesterosos a utilizar los servicios de médicas, quebradoras de empacho, yerbateras y compositores de huesos; esta era el trato más personal al enfermo.¹⁹

El problema era de magnitud y la preocupación de la autoridad médica de la ciudad se expresaba en un informe dirigido al intendente, el 31 de diciembre de 1859, en el que se plantea lo siguiente: “denuncia el hecho de que varios individuos ejercen en esta ciudad las profesiones de medicina y farmacia, sin que tengan para ello los requisitos legales correspondientes”.²⁰ La idea del delegado del protomedicato porteño era poner fin al abuso de estas prácticas y dar castigo a quienes las desarrollan; por otra parte se señala: “el abuso de que se queja ha existido desde tiempo atrás sin que haya puesto atajo [...] Si lo tiene a bien, se sirva ordenar que todos los que pública o secretamente ejercen alguna de las profesiones indicadas sin la respectiva licencia, sean notificados... y se abstengan en lo sucesivo de seguir ejerciendo las dichas profesiones, bajo apercibimiento de imponerles una multa [...] Desde muchos años atrás ha creado... una especie de autorización tácita a cuya sombra

¹⁸ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Javier Villanueva; Informe trimestral del médico de ciudad emitido al intendente, con fecha 29 de julio de 1859.

¹⁹ Romero, Luis Alberto: “Condiciones de vida de los Sectores populares en Santiago de Chile (vivienda y salud), en: Revista Nueva Historia, N° 3, Londres, 1984.

²⁰ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Agustín Nataniel Cox; oficio del delegado del protomedicato dirigido al intendente, con fecha 29 de diciembre de 1859.

se han acogido todos los que sin título legítimo, se han dedicado a la profesión de médicos”.²¹

La denuncia del delegado del protomedicato se fundamenta en la imposibilidad de permitir confiar la salud de los ciudadanos a manos de inescrupulosos que no tienen las capacidades académicas necesarias, a lo cual agrega la burla que se está infringiendo a la ley, específicamente a los decretos del 14 y 18 de mayo de 1823 y el de 23 de octubre de 1845, un tema tan delicado como la salud de la población no puede ser abandonado a su suerte.

Otra situación que atrae la atención del delegado del protomedicato, tiene relación con la venta clandestina de remedios y drogas en almacenes no autorizados; “se venden públicamente en tiendas y almacenes particulares, multitud de drogas que bajo el nombre de específicos secretos se encomian y se ensayan como buenos y eficaces para toda clase de enfermedades; mediante pomposos anuncios se atrae la concurrencia y se especula miserablemente con la credulidad común”.²² También, para este caso, argumenta prohibiciones legales que imposibilitan a personas comunes y corrientes para mantener expendios de medicinas. Frente a esta situación, el intendente de la provincia decreta, el 13 de enero de 1860, la prohibición de las prácticas médicas informales en el puerto, teniendo como objetivo salvaguardar la salubridad y bienestar público de la ciudad, para lo cual encarga al delegado del protomedicato de informar la lista de los médicos titulados y al jefe de policía de requerir a los infractores y advertir las multas de las que serán objeto si persisten en su actuar.²³

CONCLUSIONES

A pesar de los progresos evidenciados en la provincia de Valparaíso, hacia mediados del siglo XIX, un amplio sector de la población no había tenido la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida. La deshumanizada vivienda de los sectores populares porteños se había convertido en uno de los problemas que la autoridad local no podía combatir debido a su amplitud, y esto repercutía fuertemente en la higiene y salubridad de la ciudad, lo que llevó a los vecinos importantes de la ciudad a organizar una voluntariosa labor que en conjunto con la acción oficial no logró solucionar los problemas de los desposeídos.

Lamentablemente, estas condiciones miserables se conjugaban además con algunos problemas estructurales de la también precaria asistencia hospitalaria existente en el puerto,

²¹ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Agustín Nataniel Cox; oficio del delegado del protomedicato dirigido al intendente, con fecha 29 de diciembre 1859.

²² A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Agustín Nataniel Cox; oficio del delegado del protomedicato dirigido al intendente, con fecha 29 de diciembre 1859.

²³ A.N.H.F.I.V. volumen 116, documentos varios, Decreto emitido por la intendencia, con fecha 1 de enero de 1860.

la que no era suficiente para atender a los pobres de la ciudad, a pesar del incremento presupuestario en el sector.

Condiciones de vida, imposibilidad de las autoridades para solucionar los problemas de los menesterosos, falta de mejoras sanitarias públicas, enfermedades convertidas en endémicas, carencia de un servicio de salud pública que asegurara cobertura y calidad, junto a prácticas médicas informales, daban a Valparaíso una fisonomía ambigua. No existía punto de equilibrio entre el éxito de los inmigrantes y comerciantes criollos y las privaciones de los sectores populares, que encaramados en el cerro y amontonados en el plan, debían pasar su vida en sus casuchas sin más esperanza que la de no enfermarse para seguir sobreviviendo. ■

VALPARAÍSO Y SUS MÉDICOS. UNA HISTORIA DIGNA DE PUBLICAR¹

DR. SERGIO DE TEZANOS-PINTO S.²

Bajo estos títulos queremos rendir el merecido tributo a un puñado de médicos que legaron a la historia de la medicina, y a los médicos de Valparaíso y del país, un ejemplo de cómo y siempre se debe servir a los enfermos en nuestra profesión.

Con ese fin hemos entrevistado a más de 280 médicos o a sus familiares, cuando ellos habían fallecido.

Para hacer esta breve presentación hemos seleccionado las biografías de los que nos han parecido más destacados y mencionar en esta introducción, brevemente, por lo que se distinguieron, para que quede una base amplia a lo que vamos a relatar.

Valparaíso casi no figura en la historia de la medicina y no se conocen médicos que se hayan asentado en la ciudad hasta bien entrado el siglo XVIII. Ello se debió a que los médicos extranjeros de los 100 o más navíos anclados en el puerto, en permanente renovación, bajaban a tierra y atendían a los enfermos que los requerían,

Como es de todos conocido, al abrirse el Canal de Panamá, esta actividad marítima decayó violentamente y la labor de los médicos a que nos referíamos fue disminuyendo y la atención médica se tuvo que organizar de otra manera.

El Hospital de San Juan de Dios (hoy Van Buren), reconstruido después de una salida de mar, empezó a atraer médicos formados en Chile y algunos de Argentina.

Poco a poco Valparaíso se fue convirtiendo en una plaza atractiva y muchos médicos fueron llenando las plazas requeridas, vacantes que se produjeron a medida que se erigían policlínicos y hospitales, que a su vez fueron creando servicios de emergencia y de especialidades.

Para rescatar las biografías de esos médicos, muchos de ellos fallecidos, se procedió a entrevistar a sus deudos, y dado el interés que se suscitó y la buena acogida de la idea, se procedió a entrevistar a los médicos más antiguos y a familiares de dichos colegas.

A medida que se fue elaborando este trabajo, se presentaron familiares, a veces de tercera generación, y se pudo confeccionar un archivo que estimamos del mayor interés.

Probablemente de cada uno y del conjunto se puede sacar las mismas conclusiones: Vidas sencillas, vidas de hombres que jamás pretendieron llegar a ser personajes ilustres, que se entregaron por completo al ejercicio de la medicina, como una profesión al servicio de sus semejantes y muy especialmente de sus pacientes, silenciosos, sin pretender ni obtener beneficio alguno, y que han servido de ejemplo a la juventud y a todos los que conozcan su obra, deseando emularlos.

Del conjunto de estas biografías se puede conocer mucho sobre el lugar de origen de los jóvenes cuyos padres vivían en provincias, su lugar de educación básica, a veces rural, que era adecuada para ingresar a la Universidad, la profesión de sus padres, su traslado a Santiago a estudiar, etc.

También fue interesante escuchar el origen de su vocación orientada hacia la medicina, en lo cual influía la profesión del padre médico, lo que es bastante frecuente, o su interés por los ramos científicos y sociales.

Merece mención aparte la alta frecuencia del deseo de llegar a ser médico, en aquellos que padecieron alguna enfermedad de larga evolución en su infancia o en su juventud, o que fueron intervenidos quirúrgicamente varias veces, los cuales declararon que estudiaron medicina para saber por fin, qué les habían hecho, especialmente en los que quedaron con algunas secuelas, algo limitantes de una vida normal.

Los hubo que debieron trabajar paralelamente a sus estudios. Otros que dedicaban sus horas a la música, habiendo tres o cuatro que se titularon simultáneamente de médico y de concertistas.

También fue interesante conocer el enfoque profesional, que va cambiando a medida que van pasando los años y se crean nuevas especialidades y se dispone de avances tecnológicos.

Las organizaciones de salud, tales como el Seguro Obrero Obligatorio. Los Sanatorios para tuberculosos. Los hospitales de niños

Las especialidades, el progreso de los exámenes de laboratorio. Las actuaciones en epidemias, en cataclismos, en la guerra, en las revoluciones internas, etc. etc.

Para completar esta presentación vamos a relatar algunos casos que son dignos de destacar directamente en lo personal:

AMPARO ARCAYA DE FIGUEROA BODY

Empezando por una dama, que bien merece el primer lugar, se trata de la Doctora Amparo Arcaya, esposa del Dr. Figueroa Body. Fue la primera Profesora de Medicina Psicosomática en la Cátedra de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago, del Profesor Hernán Alessandri Rodríguez. Fue la primera en recibir el “Premio a la Mujer Latinoamericana”, miembro del Bureau Internacional, 1975. “Médico Emérito de la Social Epilepsy International Award” 1885.

Nació en San Fernando. Sus estudios los cursó en el Liceo N° 4 de Santiago y estudió medicina en la U. de Chile.

Fundó el servicio de Psiquiatría del H. Van Buren de Valparaíso el año 1945 y la Liga contra la Epilepsia en 1982.

Inició su ejercicio profesional con los Drs. Ariztía, Cienfuegos y Swartzemberg, quienes le aconsejaron ir a perfeccionarse a los EE.UU.

Postuló y fue seleccionada entre 700 candidatos a la “Beca General Federation of Woman Club” para Psiquiatría Infantil, en el John Hopkins Hospital, donde permaneció seis años. En 1941 asumió la Cátedra en dicho Centro, para lo cual viajó nuevamente a los EE.UU. Había estallado la Guerra, por lo cual su barco se desplazó completamente camuflado y al llegar, haciéndose eco de la ayuda que necesitaban los soldados, enseñó bailes latinos, por lo cual le pagaban 20 dólares por hora de clase.

A su regreso contrae matrimonio y se radica en Valparaíso, donde fundó el Servicio de Psiquiatría del Hospital Van Buren y con el apoyo de los Drs. Mario Contreras, Carlos Asenjo y Mario Alessandri, se funda el Servicio de Neurocirugía de Valparaíso en el Hosp. Enrique Deformes.

En 1957 funda la Liga Antiepiléptica, con sede en Viña del Mar, contactándose con Centros de varios países que le envían apoyo en abundancia.

Recibió condecoraciones de múltiples países de las 2 Américas, de Europa y Estados Unidos.

Se mantuvo lúcida y trabajando activamente hasta después de los 100 años. Comprometió a todos los que la conocían que su fallecimiento no sería jamás dado a conocer. La modestia de los sabios.

GUILLERMO MIDDLELTON CASANOVA

Nació en 1840, su padre era norteamericano. Uno de sus antepasados firmó el Acta de la Independencia de los EE.UU. Su madre era tía de Monseñor Mariano Casanova. Siendo estudiante de medicina, se produjo el incendio de la Iglesia de la Compañía.

Atendiendo al horroroso drama y al hedor de los cadáveres en descomposición, se nombró una Comisión para dar sepultura a los restos, integrada por el Director del Cementerio y sus colaboradores y dos estudiantes de medicina, Ramón Allende Padín y G. Middlenton C. La violencia de esta labor se esclarece diciendo que se hubo de trasladar 200 carretadas de restos carbonizados.

¡Allende quedó enfermo y Middlenton casi murió!

Middlenton fue discípulo de Lorenzo Sazié y Jorge H. Petit. Se tituló en 1865. Publicó un trabajo en conjunto con su hermano Florencio sobre la manera de presentarse el “tifus feber” en Santiago y enfermó, siendo tratado con hidroterapia, siendo más tarde su gran promotor.

Ejerció en Ancud, San Fernando y en 1870 regresó a Santiago. Fue Miembro de la Facultad. En 1872 en la epidemia de viruela fue asignado al Lazareto Ovalle, valiéndole la distinción: Junta Central de Lazaretos de Santiago.

En 1876 se radica en Valparaíso, en el Hosp. S. Juan de Dios.

En la epidemia de cólera en 1887 tuvo a su cargo el Lazareto del Barón y en 1879 se enrola en el Ejército y presta sus servicios en el Hospital Volante “Providencia” junto a los doctores Page, Murillo y Murúa Pérez. Su labor fue heroica.

El año 1906 colabora en la atención de las víctimas del terremoto de Valparaíso, improvisando pabellones quirúrgicos con el Dr. Hoffmann, en la plaza Victoria, protegiendo a los heridos del polvo que se acumulaba en el aire, con sábanas húmedas colgantes.

La vida del Dr. Middlenton es espartana, escribiendo una página heroica en la historia de la medicina de Valparaíso y una muestra de la verdadera vocación médica llevada a la práctica, con un sacrificio casi sobrehumano.

DR. EDUARDO HOFFMANN VON MARSCHAUSEN

Nació en Valdivia en 1864, pues sus padres formaban parte de los colonos alemanes que llegaron al Sur como exiliados políticos traídos por Pérez Rosales y jurando que sus hijos serían chilenos. Siendo alumno le correspondió actuar junto a Fonk, su gran amigo que falleció contagiado en el lazareto.

Viajó a Alemania a profundizar sus conocimientos. Contrajo matrimonio en Alemania y regresó a Valparaíso, trayendo un tambor esterilizador que donó gratuitamente al Hospital San Agustín, gracias al cual bajaron las infecciones post operatorias al igual que subió el prestigio del docto gran cirujano. Atendió sin cobrar remuneraciones en el Hospital cuyo nombre inicial fue cambiado por el de H. Enrique Deformes, que conservó hasta que fue demolido para construir el Edificio del Parlamento.

Venían muchos pacientes desde el extranjero para que él los atendiera.

Al enviudar el año 1902 envió sus 3 hijas a Alemania, lo cual lo hacía ir a estudiar y a verlas con mucha frecuencia. Fue así como aumentó aún más su prestigio y fue llamado para ir de médico de cabecera del Presidente Montt y de doña Blanca Vergara cuando fueron a tratarse en Alemania. Viajaba sin pasaporte pues le otorgaron una franquicia especial.

Fue en el terremoto de 1906 cuando demostró su vocación médica operando día y noche en la Plaza Victoria junto a su colega Middlenton.

En una de sus visitas a sus hijas le salvó la vida a la superiora de la Ursulinas. En 1912 contrajo matrimonio con doña Raquel Sarratea de T.Pinto.

Por presentar síntomas cardíacos se trasladó a Quillota, dejando de ejercer por orden médica. Pero a poco andar el tiempo, reinició sus curaciones con los enfermos del Hospital San Martín, donándole todo su instrumental. Siempre llegaban sus amigos a visitarlo.

El Dr. Eduardo Cruz Coke era su ahijado y sentía una gran admiración por él y siempre decía: ¡Por él soy médico, él me enseñó cómo debe ser un médico!. ¡Médico de cuerpo y alma!. ¡Algún día escribiré su biografía!.

CHRISTIAN VAN LENNEP

Holandés, nació en agosto de 1886, de familia de rancia estirpe.

En 5 años terminó sus estudios. Se graduó de médico a los 21 años. Ingresó a la Clínica Boherhaave dirigida por el Prof. Lanz. Su ascenso de ayudante 4º, a 1º, lo logró en la mitad del tiempo habitual, todo gracias a la influencia real por el parentesco con su padre.

Sin duda tenía talento y criterio práctico.

Pero su conducta era desatinada, pues enamoró a la esposa del Prof. Lanz. Las familias rompieron toda relación. Su destino era desaparecer y así fue.

Lo embarcaron en la Línea Holandesa de Navegación. Después de navegar por todos los mares llegó a Chile, donde se quedó hasta el día de su muerte, 55 años después de una vida de trabajo.

¿Por qué llegó a Chile? Recordando aventuras espectaculares:

Siendo estudiante, el Prof. Heithoven, que estudiaba la manera de hacer un electrocardiógrafo, le pidió su colaboración consistente en estirar un alambre muy fino a casi 100 metros, lo que se repitió muchas veces. Nunca supo de qué se trataba. Pero ya hombre maduro se impuso de que había contribuido en esta gran creación médica.

Viajó por todo el mundo. Hablaba varios idiomas. Diagnosticó y trató enfermos en países exóticos. En 1911 leyó una publicación en el Lancet, del Gobierno, solicitando especialistas, y se vino a Valparaíso.

Se encontró con unos amigos que atravesarían en balsa desde el Callao hasta Brasil. No pudo hacerlo por no tener los documentos exigidos. De sus amigos no se supo jamás lo que pasó con ellos.

Aprendió español en seis meses y se instaló como obstetra en Valparaíso. Junto con ejercer su profesión se dedicó a la lectura, con tal entusiasmo que al fallecer tenía una biblioteca de más de 20000 volúmenes.

Fue contratado por la British American Tobacco en 1928, año de su fundación, para la atención de su personal, en aquella época constituido mayoritariamente por mujeres, pues los cigarrillos se liaban manualmente. Lo definían como “Un holandés grande, bondadoso y extremadamente amistoso”.

Jubiló por una paresia de ambas piernas y, en aquella época al médico que lo sucedió le incluyeron una cláusula a su contrato comprometiéndolo a cuidar del Dr. Van Lennep hasta el día de su fallecimiento. Murió pobre, leyendo, tras ocho años limitado por su parálisis, en su casa, el 30 de mayo de 1959.

AQUINAS RIED

(Antecedentes dados por la tataranieta del Dr. Ried)

Nació en el Castillo Strahlifels, en el Reyno de Baviera, el año 1810. Estudió en el Seminario Escocés de Regensburg. Quedó huérfano a los 20 años. Se graduó en Filosofía

en la Real Universidad Ludovica Maximiliana de Munich. Tuvo que emigrar a Inglaterra tras participar en asonadas políticas. Un tío, que había participado en la Batalla de Waterloo, lo ayudó a pagar su Educación Superior. Ayudado por Wellington ingresó al Colegio Real de Cirujanos de Londres y obtuvo el título de médico militar británico en 1832. Fue a Australia en un destacamento sanitario a la isla de Norfolk en Australia. En 1844 decidió volver en barco por el Pacífico. Llegó a Valparaíso y se trasladó a la Hacienda San Isidro, de Dn. José Waddington, en calidad de médico de su personal.

Ejerció de Farmacéutico y escribió la Opera “*Telésfora*”, que se guarda en la Biblioteca Nacional.

Al tener conocimiento de la llegada de los colonos alemanes a Villarrica, le pidió caballos a Waddington y viajó hasta el lugar tras un recorrido que demoró 4 meses y tres semanas, (desde el 7 de febrero hasta el 30 de junio de 1847), sobre lo que escribió el folleto: “*De Valparaíso al lago Llanquihue*”, impreso por la Imprenta Universitaria en 1920.

En diciembre del mismo año fue contratado por el Presidente Ballivián de Bolivia, nombrándolo Profesor de Obstetricia, Patología y Química en la Universidad de Sucre. Tras una revuelta política regresó a Chile y se radicó en Valparaíso y en 1849 obtiene su revalidación con la tesis: “Alimentación y dietas”. (Anales de la Universidad.)

Abrió su consultorio y una Botica y un Laboratorio.

El 31 de marzo de 1866, en forma sorpresiva y sin provocación previa, la escuadra española bombardeó la ciudad indefensa de Valparaíso. Tras un asalto a la propiedad del Dr. Ried, entró en un estado depresivo, su vida se tornó amarga y desesperada, por la pérdida de todos sus haberes, y falleció el 17 de mayo de 1869.

Todos estos colegas forman parte de un cuerpo médico que enorgullece a la región y sirve de ejemplo a las nuevas generaciones médicas. ■

LA SALA DE ENFERMERÍA DE LA CORBETA ESMERALDA Y EL CIRUJANO AYUDANTE DON GERMÁN DEL PILAR SEGURA Y GONZÁLEZ¹

JAIME GONZÁLEZ COLVILLE²

Ayudante de Cirujano de la Esmeralda y sobreviviente del Combate; nació en Huerta de Maule (actual Provincia de Linares, comuna de San Javier) el 9 de marzo de 1855 y fue bautizado al día siguiente en la Parroquia de la localidad; era hijo de Juan Segura Lobos y de Anacleta González Basoalto; impuso el Sacramento el padre José Miguel de Segura, hermano de su madre (1); del matrimonio nacieron, además, Delfina, Elvira, Ester y Mercedes, fallecidas solteras, y Mardoqueo(2); cursó estudios en una escuela privada de Linares. A los cinco años murió su madre. Más tarde fue matriculado en el Instituto Nacional, donde compartió el banco con Germán Riesco (futuro Presidente de Chile), Francisco Cornelio Guzmán (de quien sería Ayudante, durante la Gesta de Iquique) y Alberto Adriaola, más tarde fundador del Servicio Médico de la Armada. En 1875 ingresó a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile; estaba ya en el último año de la Carrera, cuando se produjo la declaración de Guerra de Chile al Perú... *“Yo era estudiante de Medicina –recordó más tarde Segura– y me unía la más estrecha amistad con Cornelio Guzmán, que ya había recibido su título de licenciado. El Ejército no tenía cirujanos y la Marina carecía de ellos. No sé qué ola de patriotismo nos invadió, que un día nos presentamos al Gobierno varios estudiantes a ofrecer nuestros servicios, los que de inmediato fueron aceptados...”*(3).

La primera misión del joven cirujano fue trasladar hasta Valparaíso a los heridos del desembarco de Pisagua; el Ministerio de Marina reconoció los eficaces servicios de Segura (4). En esa misma nota, se le designaba Ayudante de Cirujano de la Esmeralda *“Por sus profundos conocimientos”* y *“Ser bastante apto”*, en virtud de lo cual, el 9 de mayo de 1879, el Presidente Pinto le nombró en la corbeta, bajo las órdenes del Dr. Guzmán. Cabe indicar, sin embargo que, al enrolarse, Segura pidió no ser destinado a la Marina, por cuanto *“no sabía nadar”*.

Se encontró así Segura, a bordo de la Esmeralda, en la mañana del 21 de mayo, sirviendo en la enfermería, ubicada en la Cámara de Guardiamarinas; bajo la cubierta. Pocas veces la muerte ha esquivado tantas veces a un hombre, como sucedió con este cirujano. Vicente Zegers, en la carta que envía a su padre, al dar los detalles del combate, señala la secuela de

¹ Conferencia presentada el 5 de octubre de 2002.

² Miembro Correspondiente Academia Chilena de la Historia.

muerres que dejaba cada arremetida o cañonazo del Huáscar, para decir finalmente, cuando ya la nave se hundía: “...Una granada arrasó la mesa de operaciones, no dejando vivo sino a Segura que también estaba con ellos y que no sabe darse cuenta cómo ha salvado” (5).

Para colaborar en el hospital de sangre, Prat designó a aquellos tripulantes que no tenían una función específica o necesaria durante el combate; de esta forma, quedaron a las órdenes del Dr. Guzmán y de Segura el contador Juan O. Goñi, el dispensero Félix Tomás Rueda Montalva, el Sangrador José Cruzat y el maestro de Víveres León P. Claret; el ingeniero Juan Agustín Cabrera Gacitúa, que estaba casualmente a bordo en esa mañana, rechazó el ofrecimiento por cuanto prefirió mirar el combate desde la cubierta.

Es necesario recordar que el primer caído en aquel combate fue un médico, el Dr. Pedro Segundo Regalado Videla Órdenes (Andacollo 1841-Iquique 1879), quien quedó gravemente herido, al recibir la Covadonga un cañonazo del Huáscar, el cual amputó las piernas del joven facultativo, falleciendo diez horas después, tras dolorosa agonía.

Durante las tres horas que duró el sangriento holocausto, el Dr. Guzmán y su ayudante Segura debieron extremar sus esfuerzos para amputar, curar o simplemente dejar morir a los heridos que llegaron sin cesar desde cubierta. Es necesario comprender que, de los doscientos tripulantes de la nave –incluidos los oficiales– solo 56 salvaron con vida, entre ellos, los médicos Guzmán y Segura; este último relataría después que, ante la evidencia del hundimiento de la corbeta, ataban a los heridos a tablones, para que pudieran flotar, una vez ocurrido el naufragio.

Los elementos quirúrgicos con que contaban a bordo eran los mínimos esenciales: alcohol, vendas, torniquetes, morfina y coñac, para aliviar los terribles dolores; aun cuando Guzmán y Segura narraron, en algunas entrevistas, detalles de su participación en esa hecatombe, siempre fueron reacios a profundizar en esas dolorosas circunstancias.

Llegó así el instante de abandonar la Esmeralda.

“El buque empieza a sumergirse –narró después Segura– y a anegarse los departamentos de las maquinarias en donde se encuentra de servicio el cuerpo de ingenieros compuesto de los oficiales Mutilla, Manterola y Gutiérrez, de los mecánicos Torres y Jaramillo y de todos los fogoneros. Estos buscan asilo en el entrepuente. Aquí se halla el hospital a cargo del Dr. Cornelio Guzmán y de su ayudante, que lo era yo”...“Las lanchas del Huáscar nos recogieron. De mí sólo puedo decir que habiendo concluido el combate a las doce del día, apenas tuve conciencia de que vivía como a las cinco de la tarde, cuando el Dr. Távora me desataba el torniquete que me habían atado para que arrojara el agua...”(6).

Hubo, sin embargo, una hábil actitud de Segura que, indudablemente, evitó una tragedia mayor para las naves chilenas; él mismo la narra: “Bien recuerdo que, en medio de mis adormecimientos, alguien fue a sorprenderme capciosamente para preguntarme el andar de la Covadonga”(7). Presumiendo, el joven cirujano, que Grau intentaba perseguir a la nave

chilena, que huía en malas condiciones, señaló un andar mucho mayor, lo cual hizo desistir al Almirante peruano, retornando a Iquique.

Después de la prisión en Tarma (Perú), Segura volvió a Chile; asistió a la multitudinaria recepción brindada a los héroes en Valparaíso, el 3 de diciembre de 1879; en 1880 visitó Linares, donde fue recibido con solemnes honores; una niña, doña Deidamia Vallejos, colocó una corona de flores sobre su frente.

Posteriormente es ascendido a Cirujano de Fragata, retirándose de la Armada antes del término de la guerra. Por esa época casó en Concepción con doña Lucila Cartes Robles (1870-1952), enlace del que nacieron catorce hijos.

Se radicó algún tiempo en Victoria, ciudad de la que fue regidor en 1895 y Primer Alcalde; tras jubilar vivió en Santiago en calle Riquelme 64. Visitaba periódicamente la ciudad de Linares. En el verano de 1920 viajó por última vez a su tierra natal; aquí enfermó repentinamente a causa de una aguda diabetes, agravándose a fines de marzo. El día 27 cayó en una semiinconsciencia, en medio de la cual repetía una frase, que aseguraba haber oído a Prat: “*Si llego a las doce, tengo ganada la batalla*”. Falleció a las 12:15 horas de aquel día, en su casa de Independencia 588, esquina Lautaro (aún en pie), de Linares. Fue sepultado el 22 de marzo de 1920 en el Mausoleo del Ejército, en el Cementerio General; el 7 de mayo de 1976, sus restos fueron exhumados y trasladados a la Cripta de los Héroes de Iquique de Valparaíso, donde descansa bajo una lápida con nombre equivocado: “Juan G. Segura”, por cuanto, se le confundió, inexplicablemente con el fogonero 2° de la Esmeralda, Juan Segura Palominos, fallecido en el combate. Un monolito, en la Plaza de Linares, recuerda su hazaña.

Fuentes: Fondo del Ministerio de Marina: Vols 359, 399. González Colville, Jaime; “Filiación y Antecedentes de 99 Tripulantes de la Esmeralda” (Inédito).

NOTAS:

- (1) Libro 5 de Bautismos, fs. 86 de la Parroquia de Huerta de Maule.
- (2) Mardoqueo murió muy joven. “En uno de los primeros combates de la Guerra del 79” (Chacón del Campo, Julio: “La Provincia de Linares”, Tomo II, 1929, Pág. 260 y siguientes).
- (3) González Colville, Jaime: “Germán Segura y González, Ayudante de Cirujano de la Esmeralda”, en MAULE UC., Nov. 1980.
- (4) Oficio del 8 de mayo de 1879: en Fondo del Ministerio de Marina, volumen 359.
- (5) Zegers, Vicente: Carta a su Padre; publicada en revista “Selecta”, de mayo de 1879.
- (6) Entrevista a Germán Segura, por Tomás Gatica Martínez, en Revista “Sucesos” N° 2, mayo de 1911.
- (7) Arturo Wilson corrobora lo dicho por Segura en su libro “Recuerdos del Combate de Iquique”, Imprenta de la Armada, Valparaíso 1926, Pág. 20.

REMUNERACIONES MÉDICAS EN EL SIGLO XVI EN CHILE E INFORMACIÓN SOBRE OTROS VALORES¹

DR. SERGIO DE TEZANOS-PINTO S.²

Este ensayo sobre las remuneraciones médicas al inicio de la Colonia en Chile, abarca el período que se extiende entre el descubrimiento y travesía del Estrecho, que hoy lleva el nombre de su descubridor: Hernando de Magallanes, en 1520, hasta fines del siglo XVI, momento en que la orden de San Juan de Dios se hace cargo de la administración del Hospital de Nuestra Señora del Socorro, fundado por Pedro de Valdivia después de la destrucción de Santiago por los araucanos, el que posteriormente pasaría a ser el Hospital de San Juan de Dios, al hacerse cargo de él esta Orden Hospitalaria.

Comprende antecedentes sobre las remuneraciones médicas y su confrontación en referencia con los costos de mercaderías y algunas actividades, y las boticas, sin salirse del enfoque médico.

El primer médico que pisó tierra chilena, fue Juan de Morales, que era el médico de la flota de Magallanes. Durante el viaje falleció un marinero y el Dr. Morales le practicó la autopsia describiendo, como único hallazgo, la presencia de una “lombriz” en su intestino.

Una vez cruzado el canal la flota varó los barcos para carenarlos tras el largo trayecto recorrido, por lo cual debió permanecer un mes en estas tierras australes sin que el Dr. Juan de Morales tuviera que actuar profesionalmente, por lo cual dedicó su tiempo a recorrer los alrededores ascendiendo algunos cerros cercanos a las playas.

Al igual que muchos miembros de la tripulación, falleció antes de llegar en el único barco que lo logró a España. Ocupó el séptimo lugar en orden de precedencia. Iba en la nave Trinidad. Una vez concluida la travesía se le pagó a sus descendientes la cantidad que se había convenido con él, en el momento de enrolarse el 19 de noviembre del año 1529.

No ha sido posible saber el monto de su remuneración durante la navegación, ni del dicho convenio.

Otro médico cuyo recuerdo es interesante, es el Dr. John Winter, de la expedición de Drake. Winter, en su permanencia en Chile, se percató que el canelo, el árbol sagrado de los araucanos, curaba y prevenía el escorbuto, lo que aplicó a la tripulación, permitiendo así dar la segunda vuelta al mundo sin un solo caso de esta enfermedad, que constituía el terror

¹ Conferencia presentada el 5 de octubre de 2002.

² Miembro Correspondiente Academia Chilena de Medicina y Profesor Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

de todos los navegantes que veían fallecer a su tripulación si no llegaban a las tierras plantadas de cítricos.

Otros de los primeros médicos que vinieron a Chile fueron: el Bachiller Alvaro Marín, que fue uno de los médicos contratados por Diego de Almagro, para la atención de los miembros de su expedición a Chile, no recibió jamás los \$ 2000 oro, comprometidos a su ingreso al ejército. El Dr. Hernando Enríquez de Herrera pactó en las mismas condiciones de Marín y siguió la misma suerte. Un cronista de la época escribió: *“Aportaron las medicinas caras, las cuales ponían los bachilleres, además de llevar sus propios caballos y armas”*.

El cirujano y boticario de las huestes de García Hurtado de Mendoza se enroló años más tarde con un contrato de \$ 7000, de los cuales se le pagaron solo \$ 2000 el año 1564. Tras un juicio que duró 40 años, la Real Audiencia ordenó pagarle \$ 800. Los \$ 4200 restantes no los recibió jamás.

El 30 de agosto de 1566 el Cabildo de Santiago asignó al Dr. Alonso del Castillo, \$ 300 de remuneración, no en oro, sino *“abonados en las cosas que el Hospital tiene y tuviera ganados y comidas”* y al asumir además el 11 de abril como boticario, se le agregaron \$ 50 anuales de buen oro.

Diez años más tarde al Dr. Bartolomé Ruiz Correa se le remuneró con *“Una paga de \$ 200 anuales, los 50 en comidas y carnero y los ciento cincuenta en oro”*.

Francisco Escalante, que lo sucedió el mismo año, fue contratado por \$ 120, *de buen oro*. ¡Permaneciendo 16 años en el cargo! Lo que hace presumir que se le pagó la remuneración pactada durante ese tiempo.

Cierra el grupo del siglo XVI, Juan Guerra de Salazar, el primer chileno titulado de médico en Lima. Por Decreto del Gobernador de Chile, Martín García de Oñez y Loyola, se ordena: *“Vos señalo para vuestro sustento dos carretadas de leña y dos carneros y una hanega de trigo y tres botijas de vino cada mes, teniéndolo de cosecha el dicho hospital, como fuerdes sirviéndolo el dicho oficio y no con otra cosa alguna”*. Al dejar sus cargos ejerció gratuitamente hasta 1604 o 1607.

No es fácil apreciar el rango de las rentas médicas en Chile del siglo XVI, por varias razones, pues la disparidad de circulante, que podía ser en dinero español, peruano o chileno, no permite efectuar sus conversiones, en la época, o apreciar sus diferencias con la moneda actual.

En segundo lugar los precios de las mercaderías iban cambiando de acuerdo con el papel que jugaban, o según su dificultad de obtención.

Se intentó hacer una comparación con las remuneraciones de otros personajes, pero no fue posible, pues los Concejales y otros Servidores Públicos desempeñaban sus funciones ad-honorem, pues era una condición que confería gran estatus social. El verdugo de la ciudad solía ganar una remuneración superior a la de los médicos.

Una referencia emocionante fue la actitud del Indio Juan Nieto, quien el 16 de mayo de 1568 se ofreció al Hospital para ejercer de enfermero por el resto de su vida, a cambio solo de la comida, lo que prueba la pobreza del establecimiento.

Este antecedente nos permite traer a la memoria que el Hospital recibía \$600 anuales, en limosnas que salían a coleccionar los monjes de la Orden de San Juan de Dios, con una letanía y los *capachitos* en que la recibían. Era la canción que le cantaban a los niños para dormirse: Duérmeme mi niño por los capachitos de San Juan de Dios. No tardaron en llamarlos: Padres Capachos.

EL VERDUGO GANABA UNA PAGA MAYOR QUE LOS MÉDICOS

En el texto “La Economía Colonial en Chile”, de Ruggiero Romano, se hace referencias correspondientes a lo que sucedía en el siglo XVIII; en “El Cabildo de Chile Colonial”, de Julio Alemparte, dice que en 1543, se estableció un arancel de \$ 15 oro, por una Solemne Misa Cantada, con sus vísperas, y, cinco pesos por una misa cantada de Requiem. Una misa solamente rezada costaba \$ 2, mientras que un entierro, con su vigilia y misa cantada, \$ 40.

En 1553 se cobraban precios fluctuantes entre los productos agropecuarios y obras de mano o industriales, así tenemos que:

“Por la hechura de una capa llana de lienzo, la cantidad de \$ 2. De un manto de seda guarnecida, \$ 8. De unas calzas de paño aforradas en terciopelo, \$ 4.5; de un faldellín de mujer llano, \$ 2. Por un par de zapatos de 2 suelas, poniéndole todo el oficial, \$ 5. Por unas botas portuguesas, \$ 5.

En lo que hace referencias a pesas y medidas, hubo la más increíble anarquía, que impide establecer cualquier tipo de referencia, pues arrobas había diferentes según la provincia de España de donde provenía el comerciante; las había catalanas, aragonesas, etc., hasta que Ambrosio O’Higgins dictó penas a los que sobre la base de estas variaciones especulaban y se convertían en contraventores de la reglamentación vigente.

Fue imposible encontrar información sobre la paga de la oficialidad y de los militares de tropa, la que era variable según la misión y el lugar del territorio donde se dirigían.

Todo era más caro en Chile que en Perú, según Encina. Sobre lo que trajo el Santiaguillo en 1543, las armas y caballos costaban \$ 8000 y los abastecimientos para la población \$ 4000, o sea \$ 12000 en total. Pedro de Valdivia pagó “ochenta y tantos mil castellanos”.

Tres meses después de la llegada del Santiaguillo, llegó a Valparaíso el San Pedro que trajo mercaderías por valor de quince mil pesos, que obligaron a los interesados a desembolsar los mismos ochenta mil castellanos. Las llegadas de barcos particulares con mayor frecuencia hicieron que bajaran los precios a medida que transcurría el tiempo. Además empezaron a llegar mercaderías por vía terrestre, de manera que en 1547, o sea cuatro años después, éstas eran solo 4 veces más caras que en Perú.

Regía en gran parte el trueque. En Chile no se acuñaban monedas.

En Chile la relación médicos/habitantes en el siglo XVI era la siguiente:

Habitantes	750000
N° de Médicos	24
N° de habitantes por médicos	3125

Sobre los precios relacionados con los alimentos y otras necesidades domésticas habituales, se han detectado dignas de destacar, como las siguientes:

En 1557 una arroba equivalente a 11,5 *kg.* de azúcar en caja, valía \$ 13. Costo que fue bajando hasta que el precio bajó al cabo de 5 años a \$ 4, lo que representa la cuarta parte y fracción.

Una arroba de cera se vendía en \$ 4 y una frazada costaba \$ 25. Un libro en blanco, muy difícil de obtener en la época, se expendía en \$ 25.

La libra equivalía según las regiones de España a 12 ó 17 onzas. Una libra de seda se expendía en \$ 5. Aparentemente se vendía según su peso y no por centímetros, u otra medida de longitud.

En el año 1557 en forma excepcional se llevó a efecto la subasta de 14 camisas procedentes de Holanda, que fueron adquiridas en la suma de \$ 177, vale decir \$ 12,60 c/u. Vale decir 2 ½ veces que la libra de seda.

El equivalente a una arroba de aceite, era la mitad de un libro en blanco y era lo mismo que una frazada.

Un ataúd se vendía en \$ 7. Pues madera había en exceso y la mano de obra para su confección era sumamente barata.

Hay constancia del relato del vecino llamado Jerónimo Molina, que compró en 1593, la Estancia Catentoa, en Linares, por \$ 24000, suma que incluía: vacas, ovejas y cabríos. Además tenía viña, arboleda y molino.

Mateo Pizarro vendió, el 13 de diciembre de 1595 trescientas vacas de año y medio arriba, en \$ 450, o sea, a \$ 1.50 cada una. La relatividad de los precios en diferentes épocas y circunstancias queda demostrada por el valor de un caballo de guerra, que valía entre los \$ 70 y \$ 150, pues nadie los quería criar, porque los indios los robaban.

La dificultad para analizar la conversión monetaria en esa época se debe a que 1 real equivalía a 34 maravedíes y 1 peso de plata a 8 reales, o sea 272 maravedíes. Además había monedas provenientes de España.

Refiriéndose a ciertas remuneraciones existe la siguiente información sobre lo que sucedía en los lavaderos de oro, donde tantos españoles eran atraídos hacia América.

La temporada duraba 6 meses, cada indio lavaba en la semana dos pesos oro. Estas cifras emanan del documento en que Martín Oñez de Loyola da cuenta al Rey del rendimiento de esta codiciada actividad.

La utilidad total obtenida, promedio, de la explotación del lavadero era de 48 pesos que se distribuían de la siguiente manera:

Utilidad del encomendero(56,2%)	\$ 27.00
Quintos reales (21%)	\$ 10.00
Para el indio por su sesmo	\$ 8.00
Para el cura doctrinero	\$ 1.00
Para amortización de herramientas	\$ 1.00
Para los alimentos	\$ 0.50
Por merma en la fundición	\$ 0.50

No fue posible encontrar en el material revisado, las utilidades que obtenían los “boticarios”, sobre lo cual, sin embargo, hay bastante información y aún frases bastante jocosas.

Varios boticarios fueron médicos, sancionados por el Cabildo debido a su pésimo desempeño profesional, bajo juramento de no recetar a nadie.

Sin lugar a dudas una investigación más completa permitiría dar a conocer las remuneraciones que se pagaban en España y en el Virreinato del Perú en los rubros que se han expuesto sobre antecedentes de lo que se ha detectado en Chile y así haber podido valorar la situación real de nuestros colegas y aún poderla comparar, aunque fuera muy dudoso, con la realidad actual.

Esta disparidad siguió con rasgos similares, increíbles y casi solamente anecdóticos por muchos años: Cuenta Vicuña Mackenna que el verdugo de Santiago tenía una remuneración mayor que la del médico de Santiago.

Como se puede observar, la inseguridad en aquella época no derivaba solamente de los ataques de los nativos, sino que así mismo de las condiciones económicas que fluctuaban en forma grave, por todos los factores que las condicionaban. ■