

Juicio crítico al Trabajo de Incorporación del Dr. César Rafael Blanco Rengel

Dr. Abraham Krivoy

Es un verdadero honor haber sido invitado por el colega Dr. César Rafael Blanco Rengel para la realización del Juicio Crítico a su trabajo “Evolución Histórica de la Cirugía: Siglos XIX, XX y XXI” como requisito para su incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y ocupar el sillón N° XXXVII, con el objeto de continuar el fortalecimiento de la institución al estrenar esta vacante, a los meritorios miembros que han cumplido una patriótica labor en su campo.

Nacido en Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, el 9 de mayo de 1939 emerge un sueño que parece inalcanzable en bachillerato: ser cirujano, lo cual logra gracias a su dedicación y disciplina. Médico Cirujano de la UCV el 13.09.1963, Promoción Bicentenario de los Estudios Médicos. Integraron parte de su formación:

Cursos de Postgrado que se resumen así: 1) Internado Rotatorio de Postgrado en el Hospital Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, enero 1964 a agosto 1965. 2) II Curso de Postgrado en Cirugía General, en el Hospital Universitario de Caracas, agosto 1965 a junio 1968. 3) Residencia de Postgrado de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Maxilo-Facial, Hospital Vargas de Caracas, mayo 1969 a mayo 1972. Cumplió con importantes Cargos Asistenciales: 1) Cirujano Adjunto por concurso en el Servicio de Cirugía 2 del Hospital General del Oeste: Dr. José Gregorio Hernández, desde su fundación en 1974. Especialista Jefe del Servicio de Cirugía No 2 2) Cirujano Adjunto del Equipo de Emergencia No 2, desde mayo 1972 y Jefe del Equipo de Emergencia No 2 desde 1985, ambos por concurso, hasta su jubilación en diciembre de 2000, en el Hospital Ricardo Baquero González (antiguo Periférico de Catia) Tuvo destacada labor en la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como en el Capítulo del Colegio Americano de Cirujanos:

Realizó carrera docente en la Universidad Central, desde Instructor Interino 1972-73 a Profesor Agregado desde el 15 de mayo de 2009. Profesor del Post-grado de Cirugía General en el Hospital General del Oeste, dependiente de la UCV, desde 1977 hasta 2005.

Trabajo de ascenso: Armando Márquez Reverón. *Cirujano Integral. Estudio Científico Bibliohemerográfico. Aportes a la Cirugía y Oncología Venezolana*. Aprobado por el jurado con Mención Publicación.

Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina: Invitado de Cortesía desde agosto 2006, Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Capital desde el 1 de agosto de 2007.

Múltiples trabajos científicos: Presentados en Congresos o Jornadas: 19, Publicados: 9

Libros publicados: Armando Márquez Reverón. *Cirujano Integral. Estudio Científico Bibliohemerográfico . Aportes a la Cirugía y Oncología Venezolana*. Caracas, 2010

Coordinador y Participante en Mesas Redondas, Simposios o Cine foros: 11

Asistencia a Congresos: Internacionales: 11 Nacionales: 13 Jornadas Nacionales: 18

Distinciones Honoríficas.

En la Sociedad Venezolana de Cirugía:

--Miembro Honorario desde el 11.03.2008

--Distinción Honorífica Dr. Fernando Rodríguez Montalvo. Mérito a la Labor Asistencial Quirúrgica. Caracas, 10.06.2006

En el Hospital General del Oeste:

-Reconocimiento como Miembro Fundador del Servicio de Cirugía N° 2 Diciembre 2007

-Padrino de la XI Promoción de Postgrado de Cirugía General. Diciembre 1987.

Incursionar por mosaicos aislados de la Historia de la Medicina aparentemente inconexos entre sí, pero que luego se constituirán en los pilotes de la edificación de la Cirugía, es realizar un viaje mental que va tejiendo las diferentes materias y que luego de múltiples y difíciles experiencias cristalizan en la sublime ciencia de la Cirugía. El Dr. Blanco Rengel expresa: *“De manera general se puede afirmar que la medicina y la cirugía van a seguir la historia de la vida, la historia de los tiempos y van a estar muy ligadas a las civilizaciones que van a tener lugar.”* Entresaca cronológicamente figuras descollantes que en alguna forma realizaron contribuciones lapidarias que fueron dándole un piso muy concreto a esta ciencia. En el siglo XIX se producen una serie de hechos que marcan el desarrollo de la Traumatología y Ortopedia. En primer lugar se produce la fusión de la medicina y cirugía, pasando ésta a ser considerada como una ciencia, con todas sus implicaciones. En segundo lugar, el inicio y el desarrollo de la anestesia permite realizar una cirugía enfocada a los resultados, más que a la rapidez. En tercer lugar, el desarrollo de la asepsia y la antisepsia posibilita una cirugía más segura. Por último, el descubrimiento de los rayos-X, al finalizar el siglo, posibilita un abordaje directo a la patología ósea. La anestesia y la antisepsia permitieron el desarrollo de técnicas quirúrgicas más sofisticadas que las amputaciones, así como el aumento espectacular de las tasas de supervivencia de

los pacientes con fracturas graves. Tras la introducción de la anestesia, la principal habilidad del cirujano dejó de ser la rapidez. Técnicas quirúrgicas que habían sido sugeridas en años o incluso siglos anteriores pudieron ser puestas en práctica al evitar el dolor del enfermo. Las limitaciones de tiempo desaparecieron, desarrollándose rápidamente nuevas técnicas, intervenciones sobre órganos situados profundamente, etc. Sin embargo, un nuevo problema empezó a aparecer con el aumento de la duración de las intervenciones. La infección de la herida quirúrgica y posteriormente, la septicemia y la muerte, eran más frecuentes que la recuperación del enfermo. Hasta el descubrimiento del origen de las infecciones, su prevención y tratamiento; el desarrollo de la cirugía no fue completo.

No faltaron los factores egocéntricos de la especie humana donde los enfrentamientos no dejaron de suceder. Ejemplo de ello fue el Barón **Guillaume Dupuytren** (1777-1835), cirujano jefe del Hospital de Dieu. Realizó importantes innovaciones quirúrgicas aunque no fue un científico apreciado en su ambiente debido a su agresividad y marcada antipatía. Francois Percy, cirujano contemporáneo de Dupuytren lo describe como "*el primero entre los cirujanos, el último entre los hombres*". La principal aportación de Dupuytren a la Traumatología fue la descripción de la retracción de la fascia palmar que lleva su nombre. También realizó trabajos sobre luxación congénita de cadera, la formación del callo de fractura, el signo de Trendelenburg, etc. Dupuytren fue uno de los creadores del método anatomoclínico.

El inconsciente humano requiere mucho tiempo de metabolización y maduración del conocimiento y es así como en épocas tan lejanas como la realización del papiro de Edwin Smith establece cosas sorprendentes para el lugar y la época, en relación a la cirugía pero que sin duda dejaron huellas que luego serían aprovechadas por mentes iluminadas. El papiro de Edwin Smith representa el descubrimiento de un modelo pedagógico de descripción con cinco subtítulos, no repetido en ningún otro texto de la época:

- 1: TITULO: tipo de lesión y su localización
- 2: EVALUACION: como se examina, sensibilidad, motilidad, etc.
- 3: DIAGNOSTICO: debe tratarse – difícil, pero no imposible - nada.
- 4: TRATAMIENTO: vendas, emplastos, suturas, cauterio, férula
- 5: COMENTARIOS: diccionario, aclaratorias.

Describe 48 casos traumáticos, 27 de trauma craneano (1-27), 6 de cuello y garganta (28-33), 2 de clavícula (34-35), 3 traumas braquiales (36-38), 8 de esternón y costillas (39-

46), 1 trauma dorsal (47) y 1 de columna vertebral (48) De los 27 casos traumáticos craneanos, 4 tienen heridas profundas, con exposición del cráneo y 11 son fracturas craneanas; clasificados en 2 fracturas lineales complejas, 4 hundimientos, 4 conminutas, y 1 conminuta, con preservación del cuero cabelludo. Las primeras comunicaciones de las palabras *cerebro*, *circunvolución*, *meninges*, *líquido céfalorraquídeo*, *pulsación cerebral* y *suturas craneanas*, se encuentran en este papiro.

IMHOTEP

Vive durante la III dinastía del imperio antiguo que se desarrolló entre 2690 a 2670 antes de la era común bajo el faraón Zoser (Dyoser) y se le atribuye la paternidad de este papiro considerado como Libro Secreto de los Médicos. Los griegos lo llaman Imouthes. Se le erigió un templo cerca de Serapium, en Menfis. Es el equivalente egipcio de Esculapio. Además de médico era arquitecto famoso y astrónomo. Construyó la primera gran pirámide con piedra y escalones de Sakkara. El faraón le preguntó porqué escalones ? y respondió que era el camino hacia las estrellas. Llama la atención este capítulo quirúrgico, su estructura pedagógica y la ausencia de componentes mágicos en una nación donde en su religión había más de 6.000 dioses. Situación admirable para la mente humana.

PLEGARIA DE MAIMONIDES 1135- 1204 (4895 – 4965 del calendario judío)

"Dios llena mi alma de amor por el arte y por todas las criaturas, aparta de mí la tentación de que la sed de lucro y la búsqueda de la gloria me influencien en el ejercicio de mi profesión. Sostén la fuerza de mi corazón para que esté siempre dispuesto a servir al pobre y al rico, al amigo y el enemigo, al justo y al injusto.

Haz que no vea más que al hombre en aquel que sufre. Haz que mi espíritu permanezca claro en toda circunstancia, pues grande y sublime es la ciencia que tiene por objeto conservar la vida de todas las criaturas.

Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus lechos los charlatanes, al ejército de parientes con sus mil consejos y a los vigilantes que siempre lo saben todo; es una casta peligrosa, que hace fracasar por unidad las mejores intenciones.

Concédeme, Dios mío, indulgencia y paciencia con los enfermos obstinados y groseros.

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo puedo todo.

Dame la fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufren. ¡Amén!"

Moisés Ben. Maimónides. El Español.

Guy de Chauliac, hace 600 años, hizo una descripción del cirujano a la que los siglos poco han añadido y nada han quitado: *Que el cirujano sea audaz en las cosas seguras y precavido en las peligrosas; que evite los tratamientos y prácticas defectuosas. Debe ser amable con el enfermo, respetuoso con sus compañeros, cauteloso en sus pronósticos. Que sea modesto, digno, amable, compadecido y misericordioso; que no codicie el dinero ni sea socialíbero; que su recompensa sea según su trabajo, los medios del paciente, la clase del asunto y con su propia dignidad.*

Esto recuerda la historia filogenética de construcción del pensamiento simbólico, cuando el humano tenía 300 g de cerebro, 1,20 m de estatura y había descendido de los árboles para lograr la bipedestación. Como Homo erectus, hace 1.800.000 años, comienza a dominar el fuego, en África.

Lenguaje: 400.000 años. Atapuerca. La cultura Musteriense hace 200.000 y 35.000 años, incorpora, instrumentos líticos característicos. Collares de conchas, brazaletes, pinturas rupestres: 40.000 años en toda Europa

FUEGO: ¿Qué tiene que ver el fuego con el pensamiento abstracto?, El control del fuego habría sido un importante punto de inflexión en la evolución humana". Además, ha explicado que "el impacto de la cocción de alimentos está bien documentado, y el impacto del control del fuego habría tocado todos los elementos de la sociedad humana". "Socializar en torno a un fuego, podría ser un aspecto esencial de lo que nos hace humanos", Reunidos en torno al fuego cuando se llegó a su dominio, fomentó que se cultivaran las relaciones sociales pues, aunque no fueran capaces de hablar, lo más probable es que se sentaran alrededor del fuego para preparar alimentos y comer, construir herramientas e intercambiar costumbres como el inicio de una socialización y acercamiento que fortaleció la familia.

LENGUAJE: 400.000 años.

El desarrollo evolutivo del lenguaje ha sido llamado "el problema más difícil en ciencia. El lenguaje es una de las actividades humanas más complejas y necesarias para la comunicación y el conocimiento. Para hablar correctamente es necesario un funcionamiento correcto de:

- El sistema fono articulatorio (labios, lengua, etc.)
- Control respiratorio.
- Los sistemas sensoriales de audición y visión.
- El sistema nervioso central (capacidad simbólica localizada en los hemisferios)

El aspecto genético tiene su participación en tan complejo fenómeno.

CULTURA ACHELENSE (San Acheul, Amiens, Francia) 2.500.000 y Musteriense 300.000

Paleolítico Inferior se caracteriza por un cierto tipo de herramientas de piedra bifaciales y ubicado en el segundo período interglacial. Los bifaces achelenses se caracterizan por tener un perfil muy regular. Se estima que la cultura Olduvayense apareció en el este de África, cerca de 2.5 millones de años, mientras que el Achelense se originó por lo menos 1.650.000 años, según los restos más antiguos encontrados en la región oeste de Turkana en Kenia. Se amplió la tecnología achelense por primera vez por el Valle del Rift y en África Oriental, como lo demuestra, por ejemplo, las que se encuentran en la capa II de la entrega de Olduvai, Tanzania y la región de Konso, el sur de Etiopía, que datan alrededor de 1,5 millones de años. Su primer uso se atribuye a los Homo ergaster.

El término arte rupestre -"arte sobre roca" en sentido etimológico- se utiliza para designar las pinturas, grabados y relieves realizados sobre rocas naturales, inamovibles, por grupos humanos prehistóricos; se aplica también al arte similar realizado por tribus (grupos prehistóricos actuales) de época moderna y contemporánea.

ORNAMENTOS: 75.000 años

De allí que descubrimientos aislados aparecían; muchos fueron bien venidos de inmediato, otros rechazados categóricamente y otros aceptados gradualmente en la medida que el tiempo daba sus pruebas y el egocentrismo del cirujano se movía hacia la objetividad en velocidades variables.

Este paseo histórico nos lo demuestra muy diafanamente nuestro colega y dibuja esas invisibles articulaciones que fueron estructurando la ciencia de la Cirugía como es hoy, casi totalmente consolidada. Sin las contribuciones de vencer las infecciones, el dolor y las hemorragias nada hubiera sido posible, de allí que estos científicos aparentemente alejados de la cirugía, facilitaron el camino para el sublime éxito. El bloque de la asepsia se va estructurando con personajes no médicos como escribe el Dr. Blanco Rengel: *“Luis Pasteur (1822 - 1895) químico francés, quien echó por tierra la teoría de la generación espontánea, imperante para esa época. Por otra parte se le considera el padre de la bacteriología con sus estudios sobre la fermentación de los vinos, el hablar de microorganismos que vivían necesitando el oxígeno del aire y otros que no necesitaban del mismo. Creador de la “pasteurización de la leche” sometiéndola a altas y bajas temperaturas, alternadamente, logrando reducir la carga bacteriana presente y siendo por tanto uno de los iniciadores del criterio de la antisepsia. Además fue el descubridor de lo que llamó el “Veneno de la Rabia,” que posteriormente se comprobó que se trataba del virus de la misma. Fue el creador del suero antirrábico usándolo por primera vez y en forma exitosa en un niño. “*

“En el campo de la observación, la oportunidad favorecerá las mentes preparadas”

En el bloque de antisepsia aparece Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865). Para la época existía una entidad nosológica mal conocida que causaba gran mortalidad en las maternidades de los hospitales. La llamada Fiebre Puerperal definida como: *“especie de enfermedad epidémica que ronda principalmente los hospitales, causada por: 1) ciertos cambios atmosféricos, 2) miasmas del aire del hospital, 3) la leche en descomposición de las parturientas”*. Como observamos en la definición, se trataba de algo mágico, misterioso, sin criterios científicos. *“...en el servicio de obstetricia había dos secciones de atención de las parturientas: una Sección A, cuyo jefe era el mismo Dr. Semmelweis, con sus médicos adjuntos y estudiantes de medicina, quienes atendían los partos y otra Sección B, atendida solo por comadronas, existiendo el hecho paradójico de que la Sección A tenía una mortalidad materna de 11,4 % mientras que la Sección B tenía cifras de solo 0,9 %. Semmelweis comenzó a investigar a que era debido estos hechos, constatando que el personal médico y de estudiantes del pabellón A atendían los partos sin cambiarse las batas ni lavarse bien las manos cuando los llevaban a cabo, realizándolos inmediatamente*

de venir de hacer autopsias o de disecar cadáveres, mientras que las comadronas solo se dedicaban a la atención de las parturientas. Semmelweis creó normas de cumplimiento obligatorio: cambio de batas y lavado de las manos con agua clorada, jabón y cepillo. Esto ocurría en 1846. Al cabo de un año observó que la mortalidad en la Sección A había descendido a 3,4% y para el siguiente año bajó aun más, a 1,33%; mientras que en la Sección B se mantenía en 1%. “

Joseph Lister (1827-1912) completa este bloque de asepsia. Estudió en el Hospital Universitario de Londres. Lister es conocido por la introducción de la antisepsia quirúrgica con ácido carbólico. Pronto quedó claro que esta práctica tenía un efecto drástico en la reducción de complicaciones infecciosas. Trabajando como cirujano en Glasgow, observó que las fracturas cerradas raramente se infectaban, mientras que las fracturas abiertas con frecuencia producían pus, por lo que dedujo que algún elemento contenido en el aire era el responsable de la producción de la infección. Al conocer los trabajos de Pasteur supuso que este elemento productor de pus eran los microorganismos de los que éste hablaba. Para evitar la proliferación de las bacterias en los tejidos aplicaba sobre la herida ácido carbólico, obteniendo una disminución de la tasa de infecciones.

Fue cirujano, profesor y llegó a escribir artículos en The Lancet. Comenzó a tratarlas con cloruro de zinc, sulfitos, ácido fénico y ácido carbólico con resultados positivos. Fue el inventor de un vaporizador de ácido carbólico y del Catgut el cual usó por vez primera en la mastectomía de una hermana realizada en Edimburgo. Sus trabajos de antisepsia al comienzo tuvieron detractores en Billroth, Von Mickulicz y Thiersh aunque más tarde le dieron todo su apoyo.

*“Las opiniones nuevas son siempre mal vistas y a menudo combatidas,
sin mas razon que la de no ser usuales” John Locke*

Hace más de 130 años Claude Bernard dijo: *“No hay enfermedades si no enfermos”*, sin embargo muchos profesionales de la salud todavía no han asimilado esta frase. Más bien siguen la antigua división teórica cartesiana donde el cuerpo y la mente son tratados como entidades separadas y erróneamente lo aplican en su trato diario con los enfermos en lugar de considerar a la persona como un todo.

Emerge luego un grupo de distinguidos cirujanos con campos de acción diverso que abre nuevas perspectivas de actuación a la cirugía. Por solo mencionar unos pocos aparece **Albert Christian Theodor Billroth** (1829-1894) nació en Austria, y estudió en la universidad de Berlín. En la figura de Billroth se unen todas las características docentes, clínicas, investigadoras y técnicas del cirujano de la época, con una calidad excepcional que lo convierte en el modelo de la nueva cirugía científica. Introdujo los métodos histológicos, bacteriológicos, experimentales y estadísticos en su actividad, cumpliéndose con el de la forma más brillante el proceso de conversión de la cirugía en ciencia.

Abarcó todos los campos del cuerpo humano e inauguró la cirugía abdominal.

Emil Theodor Köcher (1841-1917).

Nació en Berna (Suiza). Postuló que: “el cirujano es un médico capaz de operar y que sabe cuando no debe hacerlo”.

Asumió por convicción la antisepsia y continuó la línea científica de Billroth. Fue un cirujano que abordó prácticamente todo el organismo.

Desarrolló varios **procedimientos operatorios**: a) *Anastomosis colédoco-duodenal interna*, en pacientes con cálculos grandes enclavados en el colédoco terminal, b) *un tipo de excisión de la articulación del tobillo*, c) un procedimiento para *reducir la luxación subcoracoidea del húmero*, d) un procedimiento para la *extirpación de la lengua* y e) un método de *pilorectomía*. No podemos olvidar el **signo de Köcher**: el cual consiste en “*la asinergia oculomotora cuando el paciente con bocio tóxico levanta la mirada.*” En la parte instrumental ideó una pinza con un con diente terminal o **fórceps de Köcher** aun usado actualmente como pinza de aprehensión y tracción. Al Dr. Köcher se le considera el padre de la endocrinología y un pionero junto a Lister y Billroth del uso de las estadísticas.

Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1909.

Johannes Von Mikulicz Radecki (1850-1905)

Nació en Czernowitz, ciudad que perteneció primero al imperio austro-húngaro y posteriormente a Polonia. Graduado de médico en la Universidad de Viena en 1875 fue discípulo y ayudante de Billroth. Este gran cirujano fue precursor de la endoscopia y cirugía gastrointestinal. Ideó modelos de esofagoscopio y gastroscopio. Realizó la primera gastrorrafia por úlcera gástrica perforada. Un aporte muy importante lo constituye su técnica de exclusión de la función pilórica, una piloroplastia, que lleva su epónimo.

Igualmente destacó en la cirugía colónica con su colostomía, la cual fue declarada intervención obligatoria por el Colegio Americano de Cirujanos en el tratamiento de las heridas de colon y recto durante la segunda guerra mundial. El Dr. Mikulicz es el creador de una técnica que se emplea en ocasiones en la actualidad en casos de trauma abdominal con lesiones muy graves del hígado, catalogadas como grado IV en la clasificación americana, un verdadero estallido del mismo, con una mortalidad cercana al 90 % y en ocasiones acompañadas de lesiones sangrantes del retroperitoneo muy difíciles de cohibir.

Ernest Ferdinand Sauerbrüch (1875-1951)

Nació en Barmen y murió en Berlín, ambas ciudades pertenecientes a Alemania. Desde 1903 trabajó en la Clínica Universitaria de Breslau como asistente de Mikulicz y desde 1928 en el Hospital de la Charité, de Berlín. Fue considerado por algunos como “el cirujano más importante e influyente de la primera mitad del siglo XX.” Igualmente como el padre de la cirugía torácica y cardíaca. El Dr. Sauerbrüch experimentó principalmente con conejos, perros y llegó a idear las cámaras de baja y luego de alta presión pulmonar las cuales evitaban el colapso pulmonar. Es obligatorio que nos ocupemos de dos figuras que no fueron cirujanos pero que le dieron un impulso trascendental a toda la medicina y especialmente a la cirugía y a la medicina interna.

Karl Rokitansky (1804-1878) Nació en La Bohemia y estudió medicina en la Universidad de Praga y de Viena. Fue considerado por Virchow: “el Linneo de la Anatomía Patológica.” Durante su vida docente llegó a practicar más de 100.000 autopsias. Considerado por Laín Entralgo como el padre de la anatomía patológica:

Rudolf Virchow (1821-1902) Nació e en Pomerania, realizando sus estudios médicos en Berlín. En esta ciudad llegó a ser profesor y director del Instituto de Anatomía Patológica. Hizo contribuciones importantes a la teoría celular de Teodor Swan, discípulo de Muller. Exponía Swan que: *“la célula es la unidad elemental de la estructura y formación de todos los seres vivos.”* Virchow demostró: *“que toda célula procede de otra célula anterior, como la planta de otra similar y todo animal de otro igual.”* *“Las enfermedades tiene un asiento celular”*

Ephraim Mc Dowell, (1771-1830) Va a ser responsable de la realización de la primera laparotomía en América. Existía en Norteamérica una patología que afectaba a las mujeres por encima de los 35-40 años que consistía en el desarrollo de un tumor quístico de un ovario con un gran crecimiento. Aunque de naturaleza histológica benigna, debido a sus grandes dimensiones, ocasionaba un cuadro de asfixia por compresión de los pulmones a través del diafragma. Esta enfermedad había ocasionado la muerte de varias mujeres. El Dr. Mc Dowell fue llamado a consulta por el esposo de una de las afectadas, Jane Crawford. Después de examinarla le hizo el diagnóstico de quiste gigante de ovario. Ya la paciente sufría cuadros de asfixia parcial y tenía conocimiento de otras mujeres con el mismo cuadro y con muerte de algunas de ellas. Mc Dowell le expuso los hechos y la paciente aceptó la intervención.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo en el comedor de la casa del cirujano, el 25 de diciembre de 1809. Lo ayudó otro cirujano, asistente del Dr. Mc Dowell, un estudiante de medicina y una enfermera, su esposa. Los vecinos de la zona estaban reunidos en la parte exterior de la casa y el Sheriff, portavoz de los anteriores le había informado a Mc Dowell que si la paciente moría sería linchado. La anestesia consistió en la administración de opio y el canto de salmos de la Biblia, pues la paciente era una ferviente cuáquera y los cuales entonó durante el acto operatorio. El quiste de ovario fue extirpado en su totalidad, aunque por partes, pesó 21 libras y la recuperación de la paciente fue satisfactoria.

Se continúa en Norteamérica en el mismo siglo XIX. El Hospital General de Massachusetts fue escenario de otro acontecimiento capital en la revolución de la cirugía en este siglo. Es el 16 de octubre de 1846. Primeras horas de la mañana. El cirujano es el Dr. John Collins Warren a quien sus colegas apodaban “el duro” Profesor de anatomía y cirugía de la Universidad de Harvard, con vasta experiencia principalmente en cirugía de amputaciones de miembros. Sus ayudantes: Henry Bigelow, Hayward y Gould. Paciente: Gilbert Abbot, diagnóstico: Tumor del maxilar inferior. Intervención indicada: Extirpación de tumor del maxilar inferior. Es la primera vez que se va a intervenir un paciente en este hospital administrándole una sustancia para eliminar el dolor. No es médico. Es odontólogo. Se llama **Williams Thomas Green Morton** (1819 - 1868) Agente a probar: éter sulfúrico.

Hay un auditorio espectador constituido por médicos profesores, estudiantes de medicina y enfermeras. La intervención se desarrolla como estaba pautada por el equipo quirúrgico en el tiempo estipulado y en forma satisfactoria. El paciente se recupera en forma adecuada y durante el acto quirúrgico no se ha oído una queja, un lamento. Sin embargo el cirujano, a quien ya hemos mencionado lo apodaban “el duro,” comienza a llorar en forma patente. El público espectador se asombra y sus ayudantes le preguntan ¿por qué lo hace?, pues el paciente está bien y en franca recuperación. El cirujano responde que ha tenido la oportunidad de operar el primer paciente que no se resiste a la operación, que no ha tenido ningún grito, ningún lamento como era lo habitual en los actos operatorios, que no ha sentido ningún dolor, que ese hecho cambiará totalmente la historia de la cirugía. Ese día en El Hospital General de Massachusetts, en Boston, se estaba haciendo historia, se estaba venciendo a otro de los tres grandes enemigos de la cirugía: el dolor.

William Steward Halsted (1852-1922)

Nació en Nueva York. graduándose en 1869. Durante un año estudió griego y latín ingresando luego en la Universidad de Yale. Estudió medicina y fue asistente de John Dalton. Obtuvo su título en la Universidad de Columbia en 1877. Médico Interno en el Bellevue Hospital por un año y luego como médico por dos años en el New York Hospital donde creó un registro gráfico de pulso, temperatura y respiraciones con puntos y curvas de varios colores. En 1890 es nombrado primer cirujano jefe del recién inaugurado hospital de la Universidad Johns Hopkins y en 1892 primer profesor de cirugía de la escuela de medicina. En ésta, junto con su equipo hacía investigación de laboratorio, reglaba con minuciosidad las intervenciones, aplicaba las mejores técnicas de asepsia, antisepsia, hemostasia y utilizaba buenos materiales e instrumentos. Es considerado el padre de la técnica quirúrgica moderna. El Dr. Halsted, en sus intervenciones era de: *“cortes precisos, correcta hemostasia, suturas finas, poco numerosas y cierre de planos sin dejar espacios muertos.”* Creó en el hospital los servicios de ortopedia, otorrinolaringología, urología, radiología y reglamentó las residencias de cirugía aprendidas al lado de Billroth.

EL AMOR EN LA CIRUGIA:

La introducción de los guantes quirúrgicos se le acredita a William Halsted. Paradojicamente la utilización del guante no fue debido a razones de asepsia, sino razones de amor: proteger a su querida instrumentista de la reacción de la solución de cloruro de mercurio, químico usado en la asepsia. Halsted se dio cuenta que la utilización del guante disminuía la incidencia de la infección. Popularizó el uso de los guantes y se casó con su instrumentista Carolina Hampton (1852-1922).

Las sustancias antisépticas usadas en el Johns Hopkins, por el equipo quirúrgico en el lavado de manos, antebrazos e instrumental, eran muy irritantes: soluciones de ácido acético, ácido carbólico y sulfuro de mercurio, entre otras. La instrumentista jefa de quirófanos y enfermera principal del Dr. Halsted se afectó con una dermatitis severa. Este era muy amigo del presidente de la compañía Good Year de Nueva York, Charles, a quien le manifestó su preocupación. De la consulta con los ingenieros de la compañía se inventaron los primeros guantes de goma, los cuales fueron usados por la Srta. Hampton en primer lugar, luego por todos los equipos de cirugía del hospital con su difusión posterior a los estados de la unión, Canadá y Europa. Esta historia tuvo un final feliz: El Dr. Halsted y la Srta. Carolina Hampton se casaron en 1890.

Comienzos del siglo XX. Reginald Heber Fitz (1843-1913)

A esta figura de la medicina la humanidad le tiene una deuda que llega hasta nuestros días. El Dr. Fitz no fue cirujano y es la cirugía la especialidad que más le debe a este eminente patólogo de la Universidad de Harvard, en Boston. Esta deuda se relaciona con la apendicitis aguda. Con toda propiedad se puede hablar hoy de una *Era Pre y Post Reginald Fitz* en la Apendicitis Aguda. En su época existía una patología que consistía en dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen con vómitos en ocasiones y luego fiebre, con una mortalidad muy alta y catalogada como una inflamación del ciego y del colon ascendente, llamada “tiflitis,” “peritiflitis” y en ocasiones “abscesos peritiflíticos.” Ahora bien, el Dr. Fitz practicó un número importante de autopsias en estos pacientes y sus observaciones concluían: *“que en la mayoría de los casos de tiflitis el ciego se halla intacto, en tanto que el apéndice aparece ulcerado y perforado....propongo el término de*

apendicitis.” Hacía énfasis en que los pacientes debían ser operados lo más pronto a la aparición de los síntomas antes que ocurriera la perforación del apéndice.

Esto se cumple en forma patente en nuestros días: cuando la apendicitis aguda se diagnostica y se interviene en sus primeras fases: catarral, flegmonosa, supurada o gangrenosa, antes de que ocurra la perforación, la mortalidad es menor al 0 %: 0,01-0,05 % con una morbilidad (complicaciones) del 2-4 %; si el diagnóstico se hace cuando el apéndice ya está perforado, llamada en este momento *peritonitis apendicular*, se tiene una mortalidad del 3 al 5 % (en pacientes de tercera edad puede alcanzar hasta 15 a 18 %), con una morbilidad de 30-40 %. La diferencia está, apartando la mortalidad con toda su importancia obviamente en caso de que no ocurra, en una estadía de 48 a 72 horas en el hospital a otra de 1, 2 ó más meses con lo que representa el esfuerzo médico y paramédico de atención del paciente y los gastos hospitalarios. Estas realidades se viven en el día de hoy en los hospitales y su enseñanza es obligatoria en las escuelas de cirugía. De igual modo el Dr. Reginald Fitz estudió por muchos años las pancreatitis, hizo una clasificación anatomopatológica de las mismas que se mantuvo vigente por muchos años.

Charles Mc Burney (1845-1913)

Este destacado cirujano trabajó por muchos años en el Roosevelt Hospital el cual estaba afiliado a la Universidad de Nueva York. Estuvo muy de acuerdo en los trabajos de Reginald Fitz y llegó a operar muchos casos de apendicitis aguda. Fue el creador de una incisión para la extirpación del apéndice la cual se mantiene en la actualidad, con su epónimo, como la incisión de elección en las apendicitis agudas no perforadas. No se puede dejar de mencionar dos epónimos que dejó con plena vigencia clínica en el diagnóstico de la apendicitis: **el punto** y el signo de Mc Burney.

John B Murphy (1857-1916) Se distinguió por su alta casuística de operaciones en pacientes con apendicitis aguda. Es de todo cirujano conocida la “Tríada de Murphy” constituida por Dolor, Náuseas-Vómitos y Fiebre, aparecidos en ese orden. L Inventó el “Botón” que lleva su nombre utilizado en las anastomosis intestinales y precursor de las pinzas de autosutura. Este distinguido cirujano legó: a) La pinza de Halsted a la que llamamos cariñosamente por su tamaño “*pinza mosquito*,”

Se continúa en Norteamérica a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

William James Mayo (1861-1939) y Charles Horace Mayo(1865-1939)

Se les conoció en Norteamérica y en el resto del mundo como “los hermanos Mayo.” Hijos de Worell Mayo, médico general quien fundó en Rochester, Minnesota, a instancias de unas hermanas de la caridad, una muy modesta casa de atención de pacientes la cual con el tiempo y el ejercicio de sus dos hijos llegó a ser la famosa “Clínica Mayo”. William se distinguió en cirugía biliar y gastrointestinal y Charles Horace en Otorrinolaringología. Ya cirujanos, les preguntaban ¿el por qué de su vocación médica? Respondían que no lo sabían pero recordaban que sus juguetes habían sido los instrumentos de su padre que manipulaban cuando aquel se encontraba dormido. William sugería que había que estudiar una hora, diariamente, todos los días del año, para lograr mantenerse actualizado. Legó, con su epónimo, unas tijeras, de fuerte constitución, para seccionar tejidos firmes y gruesos como las aponeurosis, curvas unas y otras, rectas, para cortar las suturas sobre los nudos.

Pero hasta el 8 de noviembre de 1895 no se descubrieron los rayos X; el físico Willhelm Conrad Röntgen, realizó experimentos con los tubos de Hittorff-Crookes (o simplemente tubo de Crookes) y la bobina de Ruhmkorff. Analizaba los rayos catódicos para evitar la fluorescencia violeta que producían los rayos catódicos en las paredes de un vidrio del tubo. Continúa la cirugía mínimamente invasiva, la robótica, los antibióticos y otros derivados que se desarrollan según la especialidad.

CREATIVIDAD:

Proceso inconsciente prolongado, que genera ideas a través de una iluminación.

Búsqueda de solución de un problema que en su re-estructuración, transformación, elaboración y selección surge inesperadamente la meta.

Proceso asociativo donde sensaciones y sentimientos pueden llevar a concienciar las relaciones con ideas iniciales.

Proceso intelectual donde una combinación inusual de ideas, produce la iluminación.

San Juan Bosco(1815- 1888) afirmó:

“La ocasión solamente encuentra a quien está preparado. Tened un gran ideal, amadlo, cultivadlo, preparaos para obtenerlo y tarde o temprano, si tenéis confianza y un corazón entusiasta, Dios suscitará una circunstancia tal vez imprevista y que parecida poco probable, que hará explotar la chispa de la gran ocasión y obtendréis vuestro idea.”

Resumiendo: Steven Arthur Pinker (nacido el 18 de septiembre de 1954, en Montreal, Canadá) es un prominente psicólogo experimental norteamericano, científico cognitivo, lingüista y popular escritor. Es profesor en el Harvard College el cual ve a la mente como un tipo de navaja suiza equipada por evolución con un conjunto de herramientas especializadas (o módulos) para lidiar con problemas que enfrentaron nuestros ancestros paleolíticos. Él y otros psicólogos evolucionistas creen que la mente humana evolucionó por selección natural, tal como otras partes del cuerpo.

Por lo anterior y muchas cosas buenas más, quiero expresarle en nombre de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y en el mío propio, que nos sentimos muy honrados por este logro para su vida, en su labor científico-humanística y lo estimulamos a que continúe contribuyendo en nuestras reuniones y señalando el mejor camino para ayudar a nuestros semejantes, con las importantes contribuciones de su experiencia. Dr. César Rafael Blanco Rengel: le entregamos el Sillón N° XXXVII, que estamos seguros Usted sabrá honrar. Bienvenido a esta Institución.