Historia de la cirugía torácica en Uruguay

Antonio L. Turnes

doble clic
EDITORAS

Antonio L. Turnes nació en Montevideo, Uruguay, en 1943. Es médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (1975) y miembro titular de la Academia Nacional de Medicina (2010). Fue secretario ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana (1964-1971) y secretario del coordinador técnico del Ministerio de Salud Pública (1966-1967). Estuvo vinculado al Sindicato Médico del Uruguay desde 1964 hasta 1976 y fue administrador general de dicha institución entre 1985 y 2005. Es miembro de la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva (SUSAC) y del Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud (CUDASS). También es miembro y expresidente de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina e integra la Sociedad Uruguaya de Médicos Escritores (SUMES). Es autor y coautor de libros sobre temas de historia de la medicina. Recibió premios de la World Sephardi Federation (2005) y el Jerusalem (2011).

Historia de la cirugía torácica en Uruguay

Antonio L. Turnes

Colaboradores:
Nicolás Arechavaleta
Atahualpa Campos Tasende
Emilio Durand
Ignacio Lapiedra
Carolina Mendy Ayçaguer
Pablo Palacio
Gastón Tarabochia
Julio Trostchansky Vasconcellos

doble clic
EDITORAS

Historia de la cirugía torácica en Uruguay

© 2022, Antonio L. Turnes
alturnesucha@gmail.com

Organizador: Gerardo Bruno Riera

Colaboradores: Nicolás Arechavaleta, Atahualpa Campos Tasende, Emilio Durand, Ignacio Lapiedra, Carolina Mendy Ayçaguer, Pablo Palacio, Gastón Tarabochia y Julio Trostchansky Vasconcellos.

Doble clic · Editoras
doble.clic.editoras@gmail.com
www.dobleclic.uy

Imagen de tapa: Equipos empleados entre 1937 y 1955 para la operación de Jacobeus por Víctor Armand-Ugón y colaboradores en el Hospital Saint Bois, conservados en el Departamento de Cirugía Torácica del Hospital Maciel, e historia clínica de un paciente de la época. Fotografía tomada por Pablo Palacios y Gastón Tarabochia.

ISBN: 978-9974-747-75-3

Montevideo, Uruguay, noviembre de 2022

Agradecimientos

Este libro ha sido elaborado gracias a los aportes, documentos y recuerdos de muchas personas a las que es necesario consignar y agradecer.

Al profesor doctor Gerardo Bruno, profesor titular de Cirugía de Tórax y director del Servicio de Cirugía Torácica de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en el Hospital Maciel, quien desde su aspiración al cargo manifestó como uno de sus objetivos académicos reunir en un volumen la historia de la especialidad en nuestro país y un recuerdo de sus principales referentes, para lo que convocó a este autor, que debió, a su vez, recurrir a múltiples voces.

Para esta tarea han confluido varias felices circunstancias. En primer lugar, la colaboración desde el inicio del doctor Jorge Nin Vivó, que trabajó largos años junto al maestro doctor Víctor Armand-Ugón, quien generosamente compartió sus recuerdos, documentos y escritos, que permitieron valorar un largo y fructífero período en el Instituto del Tórax que funcionó en el Hospital Gustavo Saint Bois. También el testimonio brindado a través de entrevistas por quienes realizaron su formación en aquel centro asistencial, conviviendo con los líderes de las diferentes épocas: doctores Guillermo Carriquiry, Jorge Pomi y Juan Chifflet, quienes aportaron recuerdos de sus trayectorias y etapas en la construcción de esta disciplina. El profesor doctor Guillermo Carriquiry, quien fue el primer profesor titular de Cirugía de Tórax, además de aportar su declaración, contribuyó con la revisión de capítulos y el trazado de las perspectivas. Esas experiencias se eslabonaron con las manifestaciones del cirujano torácico doctor Roberto Delbene y del anestesiólogo doctor Neder Beyhaut, que contribuyeron en este esfuerzo cooperativo en la evocación de otros períodos y personajes que prestaron su esfuerzo al desarrollo de la especialidad.

Debe destacarse la tarea realizada por un conjunto de jóvenes colaboradores de la Cátedra de Cirugía de Tórax y del Servicio de Cirugía de Tórax de ASSE, los médicos residentes doctores Gastón Tarabochia, Ignacio Lapiedra, Carolina Mendy y Pablo Palacio, quienes participaron en la búsqueda bibliográfica y la reconstrucción histórica de algunos momentos de la cirugía torácica internacional, y, junto a los doctores Julio Trostchansky, Atahualpa Campos Tasende y Emilio Durand, y el especialista en endoscopía doctor Nicolás Arechavaleta, contribuyeron a la elaboración y revisión de diversos capítulos. Es destacable y promisorio que un conjunto de médicos jóvenes asuma con tal entusiasmo y compromiso una investigación de aspectos históricos de la especialidad que será su futura actividad profesional y docente.

Agradezco a los familiares del doctor Eduardo Casamayou, que permitieron reconstruir su trayectoria y aportes en la primera etapa de la endoscopía rígida; a los profesores doctores Alberto Miguel y Luis María Piñeyro Gutiérrez, que elaboraron aspectos vinculados a los avances de la endoscopía

moderna y el camino recorrido a nivel internacional para recoger las mejores prácticas; al doctor Néstor Campos Pierri, que elaboró sus recuerdos de la especialidad en el interior; al profesor doctor Fernando González Calcagno, por su semblanza de Ernesto Pérez Penco, y al académico Hamlet Suárez Gallego, por haber aportado algunos recuerdos de su temprano contacto personal con el conjunto de los iniciadores de la cirugía torácica en el Hospital Gustavo Saint Bois, a través de su padre y sus más cercanos compañeros de aquel equipo fundacional. También agradezco a la señora Mónica B. Pérez Sosa, hija del doctor Dionisio Pérez Davant, de Durazno, por haber aportado una semblanza de su padre y rica iconografía de la época de su actuación nacional e internacional, y a la editora Leticia Ogues, que cooperó con sus oportunas sugerencias para hacer viable esta publicación, contribuyendo a dar armonía a las muchas voces aquí presentes.

La elaboración de este libro se inició en el segundo semestre de 2019 y apenas comenzado el 2020 debió ceñirse a las restricciones impuestas por la emergencia sanitaria, lo que significó que muchas de las entrevistas debieran realizarse en forma virtual, para lo cual se contó con la colaboración de aquellos jóvenes residentes mencionados. En este tiempo se concretó la designación de dos espacios de la Clínica de Cirugía Torácica en homenaje al doctor Víctor Armand-Ugón y al doctor Valentín Crosa Dorado. También se dio comienzo al análisis de los antiguos libros de registro de operaciones del Hospital Gustavo Saint Bois, un material de gran riqueza documental para conocer un amplio y significativo período de la iniciación de esta especialidad, que será motivo de otra publicación.

Finalmente, agradezco al profesor doctor Semy Seineldin, de Rosario (Argentina), que, junto a su evocación actualizada del doctor Víctor Armand-Ugón, trazó un prefacio que constituye un testimonio relevante, y a Crosa-Línea Completa de Drenajes Pleurales, de eMedical Group, por su apoyo para esta publicación.

A todos los mencionados, y a los que surgen del texto, hago llegar mi agradecimiento por su valioso aporte y significativo esfuerzo.

Dr. Antonio L. Turnes

Contenido

Prólogo 11

Prefacio I 17

Prefacio II 21

Parte I. Algunas pinceladas sobre los orígenes

Introducción 27

Capítulo 1. Comienza la historia evolutiva 29

Capítulo 2. El problema de la toracotomía: una historia de obstáculos 35
- Primer obstáculo: la cavidad pleural 37
- Segundo obstáculo: el desconocimiento de algo tan simple como el drenaje pleural y la anestesia 38
- Tercer obstáculo: la anestesia 41
- Cuarto obstáculo: vencer la hemorragia, la infección y el dolor 43
- Quinto y último obstáculo: la resección pulmonar 45

Capítulo 3. La anatomía, la técnica quirúrgica y el posoperatorio 47
- La anatomía y la técnica quirúrgica 47
- El posoperatorio 50
- Consolidación y despegue 53
- Temores, angustias y satisfacciones del cirujano en ejercicio 55

Parte II. Historia de las patologías

Introducción 65

Capítulo 4. Tuberculosis 67

Capítulo 5. Hidatidosis pulmonar 73

Capítulo 6. Bronquiectasias 79

Capítulo 7. Trauma 85
- Primera Guerra Mundial 85
- Segunda Guerra Mundial 91
- Trauma en Uruguay 94

Capítulo 8. Cáncer broncopulmonar 97
- Métodos diagnósticos 98
- Clasificación TNM 99
- Cirugía del cáncer de pulmón 100

Capítulo 9. Cirugía traqueal 103
Traqueostomía 104
Reparación y cicatrización de la vía aérea 104
Anastomosis cabo a cabo traqueal y bronquial.....105
Un balance exitoso 106
La cirugía traqueal en Uruguay 107

PARTE III. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CIRUGÍA DEL TÓRAX EN URUGUAY

Introducción 113

Capítulo 10. Etapas de la cirugía torácica en Uruguay.....115
Primer período: los orígenes 116
Segundo período: la cirugía endocavitaria y las resecciones pulmonares.....118
Tercer período: la consolidación 121
Cuarto período: transformaciones.....128
La formación de un equipo quirúrgico.....133

Capítulo 11. La anestesiología en la cirugía del tórax.....137
Primeros pasos de la anestesiología en Uruguay.....141
Anestesia primitiva en cirugía torácica 143
La anestesiología en la cirugía de tórax.....147
Referentes uruguayos de la anestesiología en cirugía torácica 151

Capítulo 12. Broncoscopía y cirugía torácica.....161
Eduardo Casamayou Etchandy.....161
Breve reseña de la endoscopía respiratoria en Uruguay 167
Entrevista al profesor Luis Piñeyro Gutiérrez.....172

Capítulo 13. La mediastinoscopía.....177
Erik Carlens (1908-1990) 177
Mediastinoscopía.....179
Mediastinoscopía. Nota previa.....180

Capítulo 14. El origen de la cirugía cardíaca: una historia poco conocida ...185

Capítulo 15. Los hospitales Fermín Ferreira, Saint Bois y Maciel.....193
Víctor Armand-Ugón y el Hospital Fermín Ferreira 193
El Hospital Saint Bois.....195

Capítulo 16. La cirugía torácica en el interior del país.....209
Pasado, presente y futuro de la cirugía torácica: una visión desde el interior del Uruguay.....210

PARTE IV. LOS REFERENTES

Capítulo 17. El iniciador: Víctor Armand-Ugón 221

Víctor Armand-Ugón (1900-1972) 221
El parto de la hidátide 247
Carta abierta al profesor Víctor Armand-Ugón 252
Miradas retrospectivas 263

Capítulo 18. Los precursores orientales 275
Alfonso Lamas (1867-1954) 276
Luis Mondino (1867-1957) 278
Alfredo Navarro (1868-1951) 282
Manuel B. Nieto (1873-1940) 285
Alberto Mañé Algorta (1884-1960) 289
Américo F. Fossati (1886-1944) 292
Pedro Larghero Ybarz (1901-1963) 296
Velarde Pérez Fontana (1897-1975) 298
Alejandro Victorica (1900-1976) 301
Hamlet Suárez Cesio (1902-1979) 304
Abel Chifflet (1904-1969) 307
Oscar Bermúdez (1906-1980) 314
Bonifacio Urioste (1911-1987) 316
Julio R. Mezzera (1915-2009) 321
Alfredo Ruiz Liard (1917-1997) 323
Aníbal Sanjinés Bros (1917-2011) 325
Valentín Crosa Dorado (1925-2003) 331
Luis E. Bergalli Campomar (1939-2000) 349
Mario Víctor Brandolino Barbenza (1932-2019) 351
José Luis Martínez Apezteguía (1938-2013) 360
Dionisio César Pérez Davant (1916-2010) 364

PARTE V. LOS TESTIMONIOS

Capítulo 19. Entrevistas 373
Jorge Nin Vivó 374
Jorge Pomi 393
Juan Albérico Chifflet de Lodrón 405
Roberto Delbene 413
Guillermo Carriquiry 430

Epílogo. Devenir y perspectivas de la cirugía de torácica en el Uruguay ... 453

Referencias bibliográficas 459

Índice onomástico 469

Prólogo

El arte de vivir es cambiar las hojas sin perder las raíces.

Dr. Gerardo Bruno Riera.

Parece paradójico que, en una época donde el presente y el futuro próximo se parecen más a la ciencia ficción que a la realidad, dominados ambos por la tecnología, uno se plantee la necesidad de conocer la historia de la especialidad y, por ende, mirar hacia el pasado, hacia los orígenes. Justamente ese es el objetivo de este trabajo, conocer y rescatar la rica historia y tradición de la cirugía torácica en el mundo y fundamentalmente en Uruguay.

En el año 2019, cuando asumí la Cátedra de Cirugía Torácica, establecí como uno de mis objetivos la edición de un libro que rescatara la historia de la cirugía torácica. Esta idea surgió durante la elaboración del proyecto de aspiración al cargo; en ese momento hice una revisión tanto del camino personal recorrido como de la evolución de la especialidad, una recapitulación. En esa revisión, evalué lo vivido y un sinfín de recuerdos, esas experiencias que me llevaron a entender que, más allá de las épocas, existe una identidad, una tradición y un espíritu quirúrgico que atraviesa los tiempos y que debemos preservar y proyectar hacia el futuro. En paralelo, vamos definiendo proyectos, planteando nuevos desafíos, que esperamos se traduzcan en nuevas realizaciones.

Llevo más de treinta años en la especialidad. Mis orígenes en ella se ubican en el año 1987, como practicante interno. En este cargo me desempeñé un año y medio en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois, dentro de la clínica neumológica, durante tres rotaciones. No existía entonces la cátedra de la especialidad y esta estaba representada por un profesor agregado que dependía de un profesor grado 5 de Neumología. El paso por este servicio confirmó mi gusto por la cirugía y despertó la certeza de que esta sería la especialidad a la que me dedicaría.

En ese lugar y tiempo tuve la suerte de conocer varios maestros, personalidades notables e históricas de la especialidad, con los que pude trabajar y cuyas anécdotas y trayectorias conocí, entre ellos: Valentín Crosa Dorado, Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino y Jorge Martínez Apezteguía.

Quiero destacar entre mis maestros a dos de ellos: uno que ya no está entre nosotros, Ernesto Pérez Penco, y el otro, Guillermo Carriquiry, primer

profesor titular de cirugía torácica. Tuve el honor de conocerlos cuando iniciaban su formación como asistentes en cirugía torácica. Junto al último trabajé ininterrumpidamente durante trece años, antes de asumir la Cátedra de Cirugía Torácica.

¿Por qué es necesario tener una aproximación a la historia de la cirugía de tórax en el Uruguay? Es una pregunta que admite varias respuestas. En primer lugar, para conocer de dónde venimos y quiénes nos precedieron, a lo largo de las épocas, particularmente en nuestro país. En segundo lugar, porque resulta imprescindible conocer antecedentes y antecesores de lo que hacemos, para llevar más allá las fronteras de lo alcanzado, entendiendo que esa es la obligación que cada generación debe asumir. En tercer lugar, porque es necesario rescatar puntos referenciales de una disciplina de reciente reconocimiento académico (aunque exista desde hace más de un siglo), y así conocer las etapas recorridas en esta formidable construcción colectiva. En cuarto lugar, porque hay que jerarquizar que algunos de sus protagonistas están presentes entre nosotros, lo cual brinda la posibilidad de rescatar el relato de los discípulos de los precursores, que, como veremos, nos dejan una rica tradición como escuela de esta especialidad.

Pero este libro está dedicado fundamentalmente a residentes y futuros residentes. Hoy la especialidad tiene una residencia primaria y un posgrado, en cuyo temario se incluye la historia de la cirugía torácica. Quizás, en una primera impresión, podría pensarse que a un residente cautivado por las posibilidades de la tecnología y los frutos del posmodernismo le resultará tedioso leer sobre estos temas. Pero, ante esta falsa impresión, este libro tiene un propósito formativo para los futuros cirujanos, en tanto les muestra las claves de los problemas enfrentados en el pasado y sus soluciones, para mejor enfocar los problemas emergentes que nos tocará solucionar en adelante.

Con la historia, el residente aprenderá que la cirugía, que fue la primera tecnología en medicina, es también ciencia, arte y humanismo, en constante evolución. Con ella se aprende una lección de humildad. Nuestros predecesores creyeron que estaban haciendo lo mejor, pero ahora sabemos que nadaron en un océano de errores, prejuicios y limitaciones; que trabajaron con herramientas limitadas (en comparación con las que disponemos hoy). Por eso la admiración hacia ellos. Muchos conceptos que incorporamos con dificultad pronto se probarán erróneos, deberemos asimilar otros nuevos y, en ese camino, evolucionaremos. En cirugía no existe lo "que siempre vale"; lo mejor es lo aplicado a nuestro paciente concreto, considerando su circunstancia, en una práctica cada vez más individualizada.

La historia nos permite conocer y revisar el pasado para entender el presente y proyectarnos hacia el futuro aprovechando las lecciones aprendidas e identificando los retos por lograr. Estudiar la historia de nuestra especialidad despierta y cultiva la curiosidad, permite ensanchar nuestra perspectiva y ayuda a comprender cómo ha llegado a existir nuestra tarea en su marco

social. La historia reflexiona sobre el conjunto de la sociedad en tiempos pasados y ayuda a entender cuáles son las claves detrás de los hechos y de los fenómenos históricos. Quienes lean este libro podrán reconocer los problemas que enfrentaron los cirujanos de antes; eso les ayudará a comprender los problemas actuales, a identificar el espíritu y la esencia de la especialidad que eligieron y a conocer muchas técnicas que no están en los libros modernos, pero que, sin embargo, continúan siendo de aplicación en diferentes contextos sociales y situaciones particulares.

El objetivo de este libro es rescatar los orígenes, la tradición y la mística de una especialidad con un perfil muy propio, la más joven, junto a la cirugía cardiaca, que en menos de un siglo atravesó todas las etapas de desarrollo. En estas páginas se comparte esa historia reciente, para que las generaciones jóvenes emprendan un viaje a través del tiempo para recrear la historia de la cirugía torácica en el Uruguay partiendo de la cirugía torácica universal, tomando en cuenta las enfermedades que influyeron en su desarrollo, los obstáculos que se enfrentaron y los procedimientos que se desarrollaron en su trayecto. En este recorrido encontraremos a los forjadores de la especialidad y su dedicación, así como a sus discípulos hasta llegar a nuestros días. Debemos destacar a una figura central, el doctor Víctor Armand-Ugón, para lo que contaremos con el testimonio de otro maestro de la cirugía torácica moderna, Jorge Nin Vivó, quien fue su colaborador directo.

El origen de la cirugía de tórax fue muy posterior al inicio de la cirugía digestiva. En esa época, la cirugía torácica simplemente no existía, debido a que, al abrir el tórax, acontecía el consiguiente neumotórax, seguido de un colapso cardiocirculatorio que conducía a la muerte del paciente. Muchas maniobras operatorias se fueron diseñando para evitar la situación mencionada. A pesar de ello, muchos cirujanos del momento consideraron la cirugía torácica "imposible de realizar". Hasta que no se comprendió la fisiopatología del neumotórax intraoperatorio y se mejoraron las técnicas anestésicas, no fue posible realizar las intervenciones intratorácicas. Inmediatamente después de los inicios, nos encontramos con la etapa heroica, en que las situaciones eran muy duras tanto para los pacientes como para los cirujanos, no obstante lo cual llevaron a la consolidación de la especialidad.

Mirando en perspectiva, los principales eslabones de la cadena evolutiva de conocimiento en este campo fueron: la comprensión de la anatomía pulmonar, el drenaje pleural, el desarrollo de la anestesia y la endoscopía, a los que se suma hoy el desarrollo tecnológico, todo lo que ha hecho más precisas y seguras las intervenciones.

La cirugía de tórax surgió imperceptiblemente en el Uruguay, tal como lo hizo en el mundo, aunque aquí haya demorado muchas décadas en lograr su reconocimiento como disciplina académica independiente. Nació dentro de los ámbitos de las clínicas quirúrgicas, al comienzo integrada al quehacer de los cirujanos generales, que, década tras década, se atrevieron a solucionar

cada vez más problemas en este campo. Pero el verdadero origen, desarrollo y consolidación de la especialidad no fue en territorio de la academia, sino en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, en particular, en el Hospital Saint Bois.

En Uruguay, la cirugía torácica fue reducto de muy pocos cirujanos, liderados por Víctor Armand-Ugón, que tuvieron habilidades excepcionales, acompañadas de gran personalidad y singular aspiración y coraje.

En época de la pandemia de un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2, debemos recordar que aquellos pioneros operaban en la época de la tuberculosis, una enfermedad alienante, mortal y discriminante; ellos tuvieron el valor de enfrentarla, aun a riesgo de su seguridad personal. Algunos cirujanos se enfrentaron, por variadas circunstancias, a un mayor número de pacientes con esta condición, y con el paso del tiempo profundizaron sus conocimientos, ampliaron su investigación y fueron dominando algunas situaciones, concentrando con ello un mayor volumen de pacientes. Con el transcurso de los años, el dominio de algunas patologías, unido a la inteligencia y la creatividad de los precursores, fue ensanchando el campo de sus posibilidades técnicas.

Todo este movimiento, que en el mundo se dio mucho antes, obligó a enormes sacrificios de nuestros precursores y maestros. Las circunstancias cambiantes pusieron a prueba la capacidad técnica, la creatividad y las condiciones éticas de nuestros mayores. El perfeccionamiento de sus recursos técnicos y organizativos sirvió para formar profesionales especializados en nuestro país y en la región, que hallaron en la escuela uruguaya un referente de importancia creciente. La admiración y el respeto que los maestros lograron a escala universal permitieron una mayor relación con los líderes de la disciplina en los países más desarrollados de Europa y América del Norte, principalmente en Francia, España, Canadá y los Estados Unidos, así como también la relación cercana y fraterna con los países vecinos de nuestra región. Sin dudas, podemos decir que la cirugía torácica uruguaya tiene una base cultural franco-canadiense-americana, y que sus integrantes han estado en los mejores centros del mundo. El intercambio de becas y pasantías ayudó a lograr el perfeccionamiento y la masa crítica que constituyen auténtico orgullo para nuestro país.

Hoy la cirugía torácica forma parte de un mundo muy diferente, un mundo globalizado, altamente dependiente de la tecnología, donde, en las organizaciones y los sistemas de salud, se da una constante lucha por la eficiencia, la calidad y la libertad de ejercerla con estándares de seguridad. La especialidad deberá pararse firme frente a las corporaciones evangelizadoras del conocimiento médico y las organizaciones ineficientes, y esta batalla se ganará formando verdaderos líderes quirúrgicos que comprendan los desafíos futuros y los nuevos obstáculos a vencer.

A pesar de las dificultades que debieron superar las generaciones precedentes, a veces con la incomprensión de algunas autoridades sanitarias y edu-

cativas, se pudo consolidar una Cátedra de Cirugía de Tórax, que, con el paso de los años, volvió a habitar las antiguas salas del Hospital Maciel, ahora renovado, transformado en un centro de referencia nacional.

Previamente, la cátedra se desarrolló en el Hospital y Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois, centro de referencia internacional durante décadas, con profesionales formados en el país y en el exterior, que contribuyeron a desarrollar la escuela uruguaya de la especialidad, respetada en el mundo entero. En este sentido, hay un hecho no menor que quiero destacar y es el logro, en 2010, de la independencia académica de la cátedra, antes dependiente de la de Neumología. Pasó así la cirugía torácica a ser la más joven de la Facultad de Medicina.

Cuando contemplamos el camino recorrido y admiramos la personalidad de nuestros precursores y maestros, podemos estar orgullosos de los logros alcanzados, sin dejar de tener presentes los desafíos que ese prestigio nos impone.

En las páginas que siguen, podrá el lector tener un panorama general, necesariamente sintético, de cuánto se ha hecho para llegar a la actualidad. El futuro será de los jóvenes que conozcan mejor el pasado y emprendan con firmeza su trayecto hacia nuevas metas. Ningún cirujano de tórax podrá sentirse ajeno a la tradición que nos ha traído hasta aquí.

Dr. Gerardo Bruno Riera
Profesor Titular
Clínica Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay

Prefacio I

Cuando en el primer semestre de 2019 el doctor Gerardo Bruno se postuló a la Cátedra de Cirugía de Tórax de la Facultad de Medicina, se propuso reunir algunos antecedentes del desarrollo de la especialidad en el Uruguay. Él había impulsado desde el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), siendo su secretario médico y presidente de la Comisión Telemática, más de veinte años atrás, la digitalización de los libros históricos publicados por esa institución entre las décadas del treinta y el cincuenta, entre los cuales en primer lugar se encontraba *El tórax quirúrgico*, de Víctor Armand-Ugón, editado en 1938, que tuvo amplia repercusión en la región. Se planteó, entonces, reunir algunas entrevistas a los referentes en la disciplina, que ayudaran a conocer mejor cómo fue el camino recorrido hasta llegar al presente.

Desde ese momento, se fueron reuniendo documentos recibidos desde el antiguo Servicio de Cirugía del Tórax que existió durante muchas décadas en el Hospital Saint Bois, consistentes en los libros de registro de las operaciones realizadas, así como los instrumentos utilizados, particularmente en la operación de Jacobeus, materiales que podrán constituir el núcleo inicial de un futuro museo de la cátedra. A su vez, siguiendo aquella intención, se realizaron entrevistas a Guillermo Carriquiry, Jorge Pomi, Roberto Delbene, Juan Chifflet y Jorge Nin Vivó. Por su situación de salud, Mario Brandolino no pudo ser entrevistado, y falleció el 24 de diciembre de 2019.

Al reunirnos con Jorge Nin Vivó, recibimos una agradabilísima sorpresa: tenía escrito el borrador avanzado de un libro sobre Víctor Armand-Ugón, el maestro de los cirujanos de tórax uruguayos, con riquísima información. Algunos de sus capítulos fueron incorporados a la presente publicación, por la generosa oferta de su autor. Este aporte ensanchó notablemente las perspectivas iniciales fijadas para este trabajo, enriqueciendo la historia del Hospital Saint Bois, la propia historia de Armand-Ugón y el reconocimiento de algunos de sus becarios, que dejaron un testimonio vibrante de lo que fue aquel centro asistencial, así como una rica recordación del acercamiento de Jorge Nin Vivó a Jean Mathey, en París. Nin Vivó también guardaba artículos que muestran la influencia y el intercambio con la escuela argentina de cirugía torácica, tanto de Buenos Aires como de Córdoba y Rosario.

En este contexto, era evocado también el desaparecido Hospital Fermín Ferreira, que, desde 1891, había sido el primer lugar de internación y trata-

miento de los pacientes tuberculosos, donde dieron comienzo las primitivas intervenciones de cirugía torácica y por el cual pasaron en su formación varios de los más veteranos de sus exponentes. Este hospital, totalmente desmantelado en 1968, estuvo donde hoy se asienta una de las más modernas y cotizadas zonas inmobiliarias de Montevideo.

La propia historia del desarrollo de la cirugía torácica puede seguirse en la exposición que Jorge Nin Vivó había redactado, además de lo aportado por las diversas miradas que los demás entrevistados ofrecieron sobre sus propias trayectorias y recuerdos.

Hemos querido integrar también a este propósito semblanzas de quienes, prematuramente desaparecidos, cultivaron y dieron con su esfuerzo perfil propio a la disciplina, incluyendo a los anestesiólogos, que fueron importante factor de este progreso formidable, que cada día es más vigoroso y alienta nuevas conquistas para beneficio de los pacientes.

Al realizar esta recopilación, reflexionamos sobre la importancia de la cirugía torácica uruguaya, sobre cómo se ha nutrido de la experiencia de líderes mundiales que en su momento visitaron y operaron en nuestro país y sobre el aporte de los profesionales uruguayos que contribuyeron creativamente al avance de algunas técnicas y al instrumental, en el caso de algún cirujano compatriota que se inició como tisiólogo.

Esta revisión permite un acercamiento a las dificultades que debieron superar los iniciadores en sus propios procesos de formación, al derrotero que siguió la atención de los pacientes en los seis diferentes centros asistenciales dedicados a la disciplina, según las épocas, y a cómo se fueron concentrando sabiduría y carácter para formar un servicio que hasta hoy mantiene el prestigio de centro nacional de referencia en cirugía torácica, uniendo en un hospital público la actividad asistencial y docente de la Facultad de Medicina.

Esta tarea —que, desde objetivos iniciales muy modestos, se fue expandiendo a medida que la investigación avanzaba y se ha incrementado sensiblemente en volumen— no habría podido realizarse sin el permanente estímulo del profesor doctor Gerardo Bruno y del doctor Jorge Nin Vivó. Ellos dedicaron muchas horas a realizar búsquedas y entrevistas, y a evocar recuerdos, seleccionando y aportando documentos esenciales, memorias e iconografía o referencias. También se amplió con el trabajo entusiasta de un conjunto de jóvenes residentes que se acercaban por primera vez a la cirugía torácica y tuvieron oportunidad de examinar y extraer rica información de aquellos antiguos libros de registros operatorios del Hospital Saint Bois, donde quedó plasmada la historia de un período que echó las fuertes raíces de la disciplina. Estos jóvenes pudieron aproximarse así a una ventana de la historia, que les permitió imaginar las dificultades y sufrimientos de médicos y pacientes en esa etapa fermental.

El material aquí reunido resulta de una selección muy parcial de documentos valiosos, variados y dispersos, con el objeto de proporcionar al lector, y

de manera especial a quienes se inician en la especialidad, referencias útiles para conocer lo que hasta ahora se ha realizado. Se exponen en estas páginas las diferentes etapas recorridas y la contribución de los cirujanos uruguayos y extranjeros al desarrollo de la cirugía torácica, destacando en forma preferente los aportes vertidos por los representantes orientales y regionales, que han consolidado una unión fraternal, cimentando el progreso constante con propuestas innovadoras que trascendieron al mundo en un centro que es auténtico orgullo del país.

Dr. Antonio L. Turnes

Prefacio II

Pasaron muchos siglos de nuestra civilización hasta lograr descifrar la inviolabilidad de la caja torácica. La ingeniosa "planificación anatómica" había resguardado a los dos órganos vitales con una coraza ósea y una arquitectura impecables, y asegurado su indemnidad con un cerclaje tensional entre las hojas pleurales.

Ante esa peculiar perfección de la naturaleza, su abordaje era imposible y ese complejo estructural desbarataba el intento del más osado cirujano que ambicionara introducirse en su interior. Pero la preocupación por el incremento de ciertas enfermedades pulmonares cuya presunta solución era la extirpación exigía una respuesta que, por su inexistencia, inmovilizaba a la medicina y paralizaba a los médicos. El paso era imposible de franquear y nadie se animaba "a recoger el guante".

Hubo que aguardar hasta el segundo decenio del siglo XX a que Meltzer introdujera un "inexplicable y sin futuro" tubo de goma en la tráquea y que a Bulau se le ocurriera sumergir en un recipiente con agua el extremo inferior de un tubo de drenaje de la cavidad pleural para encontrar un "desfiladero operatorio" hacia el último bastión invulnerable. Y ese fue el comienzo. O el final del principio, pero, indudablemente, el inicio de la cirugía de tórax.

A partir de esos mínimos pero importantes logros, pocos pero tenaces pioneros continuaron en la búsqueda de nuevos conocimientos, asimilando los fracasos pero manteniendo el deseo de transitar hacia esa área restringida.

Por entonces, la resección pulmonar era su objetivo. ¡Y el dilema!

Cuando, por los avances, el temeroso operador se enfrentó al provocativo pedículo hiliar, su primera opción fue rodearlo rápidamente con un lazo y ceñirlo con un torniquete por varios días. Pero, al retirarlo, el fracaso se asociaba a su decepción y el desánimo a la predicción de que no era el procedimiento adecuado.

En los años posteriores, el complemento de la metodología y el análisis de los resultados colaboraron significativamente para que en las resecciones pulmonares se optara por la técnica de la disección y ligadura individual de los elementos del "intrincado" hilio. Con ese importante aporte, que permitió "discurrir el telón" en los finales del tercer decenio, comenzaba la era de la cirugía torácica "moderna", que se potenció y cuyo empleo se divulgó varios años después, cuando el mundo "se tranquilizó" por la finalización de la

segunda contienda mundial. Pero "la obra" aún permanecía incompleta. Faltaban otros elementos que los cirujanos exigían, que eran los respiradores, la elaboración de mejores drogas anestésicas y un cuidado intensivo por una cirugía conceptuada como "compleja".

En ese intervalo en que los tratamientos exigían y los cirujanos se obstinaban, lo desconocido y sorpresivo para muchos ha sido que el Hospital Saint Bois participaba como institución precursora de la experiencia de ambos períodos. Lo supe por el instrumental que me mostraron, que lo ubicaba en esa época, por las anécdotas que me contaron y por la desagradable vivencia que acumularon en el inicio, por lo que en su momento me permitió describirlo como "un resumen de la historia de la cirugía torácica".

En aquella década de los sesenta, en la que muchos conocimientos habían sido clarificados y los adelantos tecnológicos continuaban libertariamente progresando, dos incógnitas inquietaban mi mente.

En la carrera de Medicina, como es habitual y con reservas debo aceptarlo, se instruye a los educandos exclusivamente sobre las enfermedades que pueden aquejar al ser humano. Pero, cuando en el comienzo de la práctica hospitalaria nos enfrentábamos al portador de la patología, algunos observábamos una carencia empática para con el sufriente que, en aquella recordada personal relación, me incomodaba emocionalmente. Esa fue la primera objeción.

La otra necesidad estaba referida a la incertidumbre en cuanto a afrontar la práctica individual en una especialidad que en ese tiempo aún presentaba algunos interrogantes, muchos de ellos casi resueltos, algunos sin consenso y otros indecisos ante la limitación de nuestros medios. De allí surgió, entonces, la intención de profundizar mis conocimientos en otro servicio de prestigio que concentrara un volumen significativo de la patología quirúrgica pulmonar.

Conocía la cirugía del Uruguay a través de los aportes en el tratamiento de la hidatidosis, enfermedad que también nosotros (en Argentina) padecíamos con incidencia significativa en varias provincias, y puntualmente al profesor Víctor Armad-Ugón por la técnica operatoria por él descripta.

Había finalizado mi entrenamiento en la especialidad y el escepticismo me acomplejaba. Y tomé la decisión. Ese año visité al profesor Armand-Ugón en su consultorio para solicitar el permiso para concurrir a su servicio y en ese primer contacto su cordialidad y gentileza me impactaron.

Permanecí en el Saint Bois durante el año 1968. Y allí encontré lo que ansiosamente buscaba. Respeto entre todos y hacia todos. Humildad individual. Capacidad profesional. Intención de trasmitir experiencia. Aptitud organizativa. Idoneidad operatoria. Practicidad quirúrgica. ¡Y simpleza en todo! Por lo que, en una síntesis, consideré mi estadía como muy provechosa y debo admitir que tuvo una gran influencia en muchos aspectos de mi desempeño profesional hasta la hora de mi retiro.

Es con base en estas y otras múltiples particulares reflexiones que me permito destacar el valor del tema que conlleva este texto imaginado y elaborado por el profesor Gerardo Bruno y el doctor Antonio L. Turnes. ¡Y lo argumento!

Nos ha tocado pertenecer al que se ha descripto como "el segundo período desconcertante" en la evolución de la humanidad. El concepto se basa en que el vertiginoso y cambiante avance de los nuevos conocimientos y la moderna tecnología han desequilibrado emocionalmente a gran parte de la población al obligarla a modificar sus actividades y estilo de vida. Si bien enfatizamos que se trata de un proceso evolutivo y valoramos sus beneficios, percibimos como un aspecto negativo que ha originado un cierto aislamiento afectivo hacia nuestros semejantes.

En las limitadas autocríticas, recogimos que nuestra mente ya no encuentra al "espacio" que nos recuerde que lo que aprendimos en medicina es porque alguien anterior a nuestra generación nos lo trasmitió y a partir de ese conocimiento pudimos utilizar, modificar, difundir e incluso criticar esa opinión. Soslayamos que es en la cirugía donde esas transferencias de educador a educando adquieren mayor valor, porque un error o equivocación o imprevisibilidad, por mínima importancia que se le pretenda otorgar, puede motivar una complicación inesperada con aleatoria evolución.

Pero la impotencia nos superó cuando concientizamos que es al pasado al que incluso hemos encerrado en un "hermético soterráneo" que nadie abrirá fácilmente en los años venideros. ¡Con todo el valor de aquellas personalidades que tanto nos dejaron como enseñanza para que transitáramos por una senda menos sacrificada!

Entonces, me cuestiono. ¿Cuántos de nosotros nos acordamos de nuestros maestros cuando hemos logrado los objetivos que habíamos proyectado? ¡No muchos! ¿Y quiénes han agradecido reviviéndolos literalmente? ¡Muy muy pocos!

Si en la intimidad analizamos su contenido, mi primera percepción es que con el presente emprendimiento compilatorio el organizador y el autor anhelan, en nombre de muchos, "llenar ese vacío que no existió", de profundo y cálido agradecimiento a todos sus antecesores. Pero si intentáramos evaluarlo desde la óptica literaria, aceptaríamos, sin lugar a dudas, considerarlo valioso por su extensa recopilación bibliográfica, cautivante por su lectura, completo por su amplio temario y emotivo porque rinde un justo homenaje a todos aquellos pioneros de la República Oriental de Uruguay, e incluso de otros países, que se esforzaron por mitigar el dolor, la ansiedad y el temor del ser enfermo.

En mi humilde análisis, por haber sido testigo de un muy efímero período de su historia, estoy persuadido de que permanecerá como un documento insustituible para quienes en un futuro estén motivados a introducirse en los lejanos años de quienes prestigiaron a la cirugía de ese "pequeño gran país".

Al profesor Gerardo Bruno, ¡mis congratulaciones!
A los maestros, ¡nuestro agradecimiento!
Al Uruguay, ¡mis afectos por siempre!

Dr. Semy Seineldin
Profesor honorario de la Universidad Nacional de Rosario
Miembro emérito de la Asociación Argentina de Cirugía
Maestro de la Cirugía de Tórax nominado por
la Sociedad Argentina de Cirugía de Tórax en 2020
(suspendido por la pandemia)
Doctor en Medicina
Argentina, verano de 2022

Parte I
Algunas pinceladas sobre los orígenes

Introducción

Vamos a separar dos hechos históricos, interesantes en el relato. Por un lado, los obstáculos que debieron ir venciendo los cirujanos de tórax para llegar al día de hoy; por el otro, la evolución epidemiológica de las enfermedades que permitieron desarrollar esta especialidad. Junto al cambio social y sanitario que se logró en menos de cien años y que se sigue dando, hoy hemos llegado a un nuevo estándar de enfermedad, donde la mínima expresión en etapas incipientes puede presentar un nuevo problema a resolver: el sobrediagnóstico y sobretratamiento.

La cirugía ha recorrido un largo camino y su actividad es tan vieja como la existencia del hombre. En ese trayecto los cirujanos fueron primero barberos y sangradores, considerados menos respecto a los médicos. Progresivamente fueron conquistando nuevas áreas y, con su actuación perseverante, obteniendo mayor reconocimiento. Partiendo de la clásica cirugía para atender la patología externa, fueron introduciendo su mano en el abdomen, la pelvis, el cráneo y, por último, en el tórax, culminando hoy con el trasplante de órganos torácicos, la robótica y la telepresencia. En esta evolución se mantiene la visión de arte y comienza a profundizarse en el conocimiento científico y la información como temas clave para su aplicación.

No hay una fecha exacta, evento específico, país o escuela en particular que marque el nacimiento de la cirugía torácica. Fue surgiendo espontáneamente a grandes saltos, como una necesidad, asomándose como una verdadera urgencia. Muchos eventos y personajes estuvieron involucrados en ese inicio, con aportes de autores en diversos continentes. Surgió como resultado de la experimentación decidida de cirujanos ingleses, alemanes, franceses, escandinavos y, posteriormente, luego de la Segunda Guerra Mundial, americanos y canadienses. No trataremos de dilucidar quiénes fueron los primeros, ni ahondaremos en nombres; nos detendremos solo en el relato conceptual, procurando identificar los obstáculos y los problemas que la especialidad debió enfrentar para avanzar en su evolución. No obstante, incluiremos, en las referencias bibliográficas y anexos, una somera descripción biográfica de esos hombres, ya que, en última instancia, la práctica quirúrgica torácica ha evolucionado a partir de las innovaciones de sus pioneros.

La sistematización alemana, la inventiva nórdica, la elegancia de la técnica francesa y la actitud inglesa, unidas a la sistematización americana y cana-

diense, han llevado desde una cirugía que era temida y considerada mortal hasta el estadio de seguridad que ostenta actualmente. Se recorrió un largo sendero, de fracaso en fracaso, superando obstáculos que hoy parecen poco creíbles, hasta llegar al esplendor que la realidad nos ofrece hoy. Fue una ruta plagada de vicisitudes, que se debió atravesar para alcanzar los estándares de seguridad y eficacia que se gozan en la actualidad.

Los artífices de la cirugía torácica deben ser recordados no solo por la aceptación de sus creaciones e ideas novedosas, sino también, lo que es más importante, por su coraje para probarlas. Estamos en deuda con aquellos que dedicaron tanto tiempo —incluso algunos con sacrificio de sus vidas— para lograr el crecimiento de nuestra práctica quirúrgica. En las técnicas mínimamente invasivas y la aplicación de la toracoscopía con fines terapéuticos, usuales en la práctica quirúrgica actual, encontramos los esfuerzos de nuestros predecesores, que nos legaron los cimientos en que se apoya nuestra práctica habitual.

Debemos recordar también el heroísmo de los pacientes que, con su sufrimiento, permitieron el desarrollo progresivo del conocimiento, la adquisición de las incipientes técnicas de toracoplastias con anestesia local, las resecciones en tres tiempos, etcétera. Su fortaleza y su dolor no fueron en vano, y también deben ser recordados y reconocidos en su fundamental aporte.

Se debe destacar, a su vez, la valiosa contribución de otras ciencias y, sobre todo, de la tecnología, esa gran aliada de la cirugía torácica. Hemos heredado un gran cuerpo de ideas y experiencia al que contribuyeron diversas disciplinas. Muchos han intervenido en mejorar el arsenal diagnóstico y disminuir los riesgos quirúrgicos: en primer lugar, los anestesistas, endoscopistas, anatomopatólogos, que han desarrollado un campo verdaderamente especializado dentro de la medicina y nos han permitido avanzar en distintas técnicas quirúrgicas. Por último, los funcionalistas, quienes definen y pronostican la funcionalidad respiratoria, que han incrementado la seguridad mediante la selección adecuada de pacientes frente a los procedimientos quirúrgicos.

Capítulo 1
Comienza la historia evolutiva

El viaje al interior del tórax comenzó con la auscultación (Laennec, 1816) y explotó con la radiología (Roentgen, 1895).[1] Aproximadamente 125 años de distancia de dichas adquisiciones nos permiten comprender cómo se superaron la apertura de la cavidad pleural y la reexpansión pulmonar; cuáles han sido los aliados de la cirugía torácica desde el inicio; cómo se consiguieron el control de los grandes vasos intratorácicos y el cierre del muñón bronquial; cómo se fue avanzando en las estrategias de control del dolor, así como en aquellas que lograron disminuir la mortalidad, un camino recorrido desde los tiempos del empiema, la tuberculosis y las heridas traumáticas hasta el inicio de las resecciones pulmonares en el cáncer broncopulmonar con la oncología torácica moderna. Y, sobre todo, la evolución de la técnica, en la que, por ejemplo, la escuela francesa dio su toque a los pequeños detalles, como lo muestra André Maurer, quien tuvo el inmenso mérito, en 1930, de brindar a la cirugía parietal un rigor técnico que hizo de la toracoplastia una cirugía consolidada y no un arrancamiento, al conferirle elegancia y seguridad.

Remontándonos a los orígenes, debemos destacar que, muy posiblemente, las primeras aperturas quirúrgicas del tórax se realizaron con propósitos no curativos, sino como actos de barbarie o ligados a rituales mágicos o religiosos, tales como el sacrificio del águila vikinga, que era literalmente una toracoplastia bilateral.

Existen reportes de casos esporádicos de resecciones pulmonares, pero se señala que fueron realizados por extrema necesidad. Por ejemplo, en el siglo XIII, Rolando de Salerno removió con cauterio un sector de parénquima pulmonar gangrenoso herniado al exterior a través de una herida de la pared torácica. Cuatro siglos más tarde, Wilhelm Fabry realizó la misma cirugía. Se debe buscar de forma minuciosa en la literatura para encontrar casos clínicos individuales similares a estos. No se conoce con exactitud cuándo se llevó a cabo el primer procedimiento quirúrgico torácico, pero podemos fácilmente comprender el tipo de patología que tenían que enfrentar los médicos de aquel tiempo: heridas traumáticas y consecuencias de la infección.[2]

Las innumerables guerras que aquejaron a la humanidad fueron fuente de conocimiento y desarrollo de esta cirugía, por la innumerable cantidad de

1 Nissen, R. *Pages in the History of Chest Surgery*. Illinois: Charles C. Thomas, 1960.
2 *Idem*.

pacientes que sufrían afecciones torácicas. En ese contexto y en las primeras etapas, la actuación quirúrgica se limitó al cierre de heridas abiertas del tórax. Por aquella época se describe el uso del fuego y el alcohol para la desinfección de las heridas en los campos de batalla. Se desprende de estos sucesos registrados a lo largo de la historia una rica descripción de las heridas.

"Sangre espumosa rosada", "sibilancias y quejidos al respirar", "salida de sangre por la boca" son los primeros registros de lesiones torácicas y de la vía aérea que aparecen en la historia de la humanidad. Los cirujanos de Napoleón daban cuenta de la gravedad de estas lesiones, "si la herida es en el vientre, su cierre muchas veces logra salvar al paciente, sin embargo, si la misma es en el pecho, esto es insuficiente, el paciente muere ahogado, independientemente del cierre o no de la misma".[3] El manejo del espacio pleural nos aqueja desde el inicio mismo de la medicina.

Ya en el siglo V a. C., Hipócrates y su escuela consignaron un tratamiento para algunas afecciones del tórax, los empiemas o colecciones supuradas, que requerían de alguna maniobra quirúrgica. En el *Corpus Hippocraticum* aparece en Enfermedades II, 47b, la siguiente descripción:

> Cuando a consecuencia de una perineumonía se forma un empiema, tiene fiebre, una tos seca y disnea; los pies se le hinchan y las uñas de las manos y de los pies se le curvan.[4] En este caso, cuando llegue al décimo día desde que empezara a producirse el empiema, báñalo en abundante agua caliente; tritura una raíz de aro, del tamaño de una taba, un grano de sal, miel, agua y un poco de aceite y, estirándole la lengua hacia afuera, inyéctalo templado. Después sacúdele por los hombros. Si por este procedimiento logra arrojar el pus, (está bien); si no, haz otra cosa: habiendo extraído el jugo de granadas agrias y de ciclamen —cuanto quepa de cada cosa en un oxíbafo de los pequeños—, tritura después jugo de silfio, más o menos del tamaño de un haba, dilúyelo y añade a la mezcla un oxíbafo de leche de cabra o de burra y esto inyéctaselo templado. Si por estos procedimientos no logra arrojarlo, tritura muy finamente corteza de jaramago y flor de cobre, del tamaño de tres habas —que sea doble la de jaramago—; dilúyelo con un cuarto de cótila de aceite y, templado, inyéctaselo. Y si logra arrojar el pus, que ingiera alimentos lo más salados y grasientos que sea posible. Y si el pus no sale, hazle unas inhalaciones poco a poco por la boca con jugo de berrera, con vino "tornio", con leche de vaca o de cabra, mezclándolos a partes iguales; que haya una cantidad de tres cotilas.[5] A continuación echa dentro cascotes de horno candentes. Que aspire esto a través de una caña teniendo cuidado de no quemarse. Cuando expectore más limpiamente, inyéctale (en el pul-

3 Larrey, D. J. *Mémoires de Chirurgie Militaire*. Londres: Forgotten Books, 1812-1817, p. 236.

4 Fenómeno conocido como "hipocratismo digital" o "dedos hipocráticos", con las uñas curvadas en "vidrio de reloj".

5 La *kotyle* o cótila (gr. κοτύλη) es una taza pequeña y profunda de dos asas de uso puramente doméstico en la Antigua Grecia. También se usaba este término para expresar su medida de capacidad, equivalente a c. 0,270 litros, la mitad del xestes griego y el sextario romano.

món) semilla de ortiga, incienso, orégano en vino blanco, en miel y en un poco de aceite. Házselo cada tres días. Después, manteca y resina disueltas en miel. Y que ya no tome alimentos salados ni grasientos. Que beba en ayunas, los días que quedan en medio de las inyecciones, salvia, ruda, ajedrea, orégano, espolvoreando en vino puro igual cantidad de todos ellos, cuanto cabe en un oxíbafo.[6]

Y si no se produce la erupción (del pus) por medio de los líquidos inyectados, —pues muchas veces la erupción se produce hacia la cavidad torácica y enseguida parece (el enfermo) estar mejor, cuando (el pus) ha ido de un espacio estrecho a uno ancho—, una vez que ha pasado más tiempo, le ataca una fiebre más fuerte y tos y le duele el costado y no soporta estar echado sobre el lado sano sino sobre el que le duele, y los pies se le hinchan, así como las cuencas de los ojos. En este caso, cuando llegue el decimoquinto día desde la erupción, dale un baño con abundante agua caliente, hazle sentar en un asiento que no oscile y, mientras otro le sujeta los brazos, tú, sacudiéndole por los hombros, escucha en qué lado de los dos se oye ruido.[7] Es preferible hacer la incisión en el lado izquierdo pues es menos peligroso. Y si, a causa de la densidad o de la cantidad (del pus) no oyes el ruido —pues esto ocurre algunas veces—, haz la incisión en el lado que esté hinchado y que tenga más dolor, lo más bajo posible, más bien hacia atrás de la hinchazón que hacia adelante, para que le sea facilitada la salida al pus. Haz la incisión entre las costillas con un bisturí convexo[8] primeramente en la piel; luego con uno puntiagudo, envolviéndolo con un lienzo, dejando fuera la punta del bisturí, un trozo aproximadamente de la longitud de la uña del pulgar, y lo introduces dentro. A continuación, dejando salir la cantidad de pus que te parezca conveniente, tapona con una compresa de lino crudo, que sujetarás con un hilo. Deja salir el pus una vez al día. Al décimo día, tras sacarle todo el pus, tapona con lino fino. Después le inyectas vino y aceite templados con una cánula, a fin de que el pulmón, habituado a estar bañado por el pus, no quede súbitamente seco. Evacúa lo inyectado por la mañana a la tarde, y lo de la tarde, por la mañana. Una vez que el pus sea fino cual agua, viscoso al tocarlo con el dedo y escaso, colócale una sonda de estaño hueca. Cuando la cavidad (torácica) esté completamente seca, recortando la sonda poco a poco, cicatriza la herida hasta retirar del todo la sonda.

Una señal de si el enfermo se va a librar: si el pus es blanco y puro y hay en él hilos de sangre, la mayoría de las veces sana. Pero si fluye el primer día como

6 Oxíbafo (del griego antiguo ὀξύβαφον, *oxýbaphon*). 1. es un modelo de crátera, de pequeñas y altas asas o agarres, relacionada con el "acetabulum" latino. 2. En la guía Fatás y Borrás se describe como pequeña "copa" para escanciar, de ancho fondo plano que entre otros usos podía ser recipiente para salsas, como vinagrera y como medida de capacidad. E. En algunas clasificaciones se menciona dentro de las "ánforas", y puede aparecer asociada a las cótilas y a los cíatos.

7 Es el primer testimonio en la historia de la medicina de una auscultación clínica. Se trata de la conocida como "sucusión hipocrática".

8 "El adjetivo griego es *stéthoieidés,* 'de forma de pecho', a semejanza del pecho de una mujer. Más abajo el otro bisturí es *oxybelés,* 'de hoja puntiaguda', también llamado lanceta. Según Galeno es del que se sirven los médicos para las flebotomías."

> la yema de huevo o al día siguiente sale espeso, verdoso, fétido, mueren tras la evacuación del pus.[9]

La descripción de un pioneumotórax es evidente a nuestros ojos, el 'clapoteo', traducción del *nivel hidroaéreo*, esta incipiente auscultación, supera en dos milenios a la sistematización realizada por Laennec y es aún más increíble que se realice sin una completa comprensión anatomopatológica. Incluso la premisa del "lavado y mechado", similar a cuando realizamos modernamente una ventana pleuro-cutánea, conserva absoluta vigencia. El manejo para su cierre con el uso de "drenajes sucesivamente más finos" remeda nuestro manejo percutáneo actual. Como podemos apreciar en esta breve cita, el entendimiento de los griegos fue vasto, sin embargo, se perdió, junto a gran parte de sus ideas.

La falta de interés del mundo quirúrgico en el tórax es compatible con el desinterés que los fisiólogos tuvieron por la función cardiorrespiratoria.[10] No hay que perder de vista que hasta los inicios del siglo XVI, Harvey, en su clásico trabajo sobre la circulación de la sangre, consideró a los pulmones como parte del sistema de bombeo sanguíneo. Los consideraba bombas auxiliares que permitían el llenado cardíaco. No fue hasta 1667 que Robert Hook mostró que los pulmones cumplían, con sus movimientos, una función en la utilización del aire fresco y la eliminación de desechos,[11] en lugar de ser la fuerza impulsora de la circulación. Sin embargo, este conocimiento no se sistematizó y se avanzó muy poco en esta línea. Afortunadamente, este material está accesible, dado que en gran parte fue publicado en los *Proceedings of the Royal Society of London*.

Recién a mediados del siglo XIX se logró la sistematización de la clínica torácica basada en la semiología —auscultación y percusión—. Hasta el desarrollo adecuado de los rayos X, en pulmones y corazón la distribución de las patologías permaneció como una adivinanza inspirada. La cirugía se consideraba de necesidad, limitada a situaciones de emergencia.[12] Realizar un procedimiento quirúrgico electivo que conlleva la potencial destrucción de tejido pulmonar sano requería el adecuado mapeo y localización del área afectada**.** Es claro que la invención de los rayos X por parte de Wilhelm Roentgen en 1895 fue probablemente el factor más crucial en el desarrollo de la cirugía torácica. Esta fue la primera vez que se pudo mirar el interior de nuestros cuerpos sin abrirlos, imponiendo un nuevo hito. El desarrollo progresivo de la imagenología como paraclínica llevará luego al entendimiento de las lesiones torácicas en etapas incluso presintomáticas, cambiando para siempre nuestros conceptos de salud y enfermedad. Esto, junto a la práctica de autopsias

9 *Tratados Hipocráticos*, VI, Enfermedades, Biblioteca Clásica Gredos, 143. Madrid, 1990, pp. 122-126.

10 Nissen, R. *op. cit*.

11 *Idem*.

12 *Idem*.

clínicas y la anatomía patológica, sentó las bases para la sistematización de la patología y la medicina basada en la evidencia.

Al inicio del siglo XX, la cirugía torácica estaba en su infancia. Eran pocos los cirujanos orientados a esta materia y era común en la época la queja de los médicos clínicos acerca de la falta de cirujanos interesados en la patología torácica. Esto era consecuencia de la ausencia de vacunas, antibióticos y anestesia adecuada, pero, principalmente, de que se carecía de un correcto conocimiento y comprensión de la fisiología y fisiopatología torácica, lo que dificultaba la práctica. A la vez, se destacaba la tuberculosis, una enfermedad social, estigmatizante y letal, que determinó la muerte de muchos de los cirujanos que se expusieron a ella.

En su libro *Historia de la cirugía torácica*, Rudolf Nissen relata de forma magistral los cinco problemas, a su entender fundamentales, que debieron identificarse y, posteriormente, luego de mucho esfuerzo y sufrimiento, superarse para lograr la evolución y el desarrollo de la cirugía de tórax. Estas barreras iniciales que él planteaba eran: el neumotórax abierto, el problema de la toracotomía, la anestesia, la tuberculosis y el problema de las resecciones pulmonares.[13] Estas cuestiones conforman la base fundamental, los cimientos del conocimiento desde los que se construyó la especialidad.

Por su parte, muchos otros autores hicieron énfasis en distintas problemáticas, adicionales a las planteadas por Nissen, a las que debieron enfrentarse los primeros cirujanos torácicos. Estas incluyen el problema de las infecciones y del posoperatorio, ambas de una importancia superlativa por las implicancias que tenían y aún tienen en la evolución de los pacientes.

Por lo antes expuesto es que queremos profundizar en cada uno de los problemas enumerados, para ayudar a que el lector logre comprenderlos y se interiorice en los orígenes intelectuales de la especialidad más incomprendida en la aventura del viaje interior al cuerpo humano, y esto nos lleva a profundizar en una serie de obstáculos que fue vital superar.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, los principios técnicos de la cirugía abdominal estaban en pleno desarrollo. Se realizaban resecciones complejas, gastrectomías, colectomías y anastomosis digestivas. Por su parte, los grandes maestros Billroth y Von Mikulicz tenían el desafío de completar el tratamiento de la patología esofágica. Se encontraron con el problema obvio del colapso pulmonar, lo que generaba un espacio muerto que era indefectiblemente ocupado por líquido, que, a su vez, en la época preantibiótica se infectaba irremediablemente, conduciendo a la muerte del paciente.[14] Esta observación es la piedra angular de la cirugía torácica, la reexpansión pulmonar es el objetivo de todo cirujano en su diario actuar.

---

13 *Idem*.

14 Nin Vivó, J. Víctor Armand-Ugón (1900-1972). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/armand-ugon.pdf.

Capítulo 2
El problema de la toracotomía: una historia de obstáculos

La madre de todos los obstáculos que impedían el desarrollo de la cirugía torácica fue la ignorancia que existía en la comprensión de las mecánicas ventilatorias, la fisiología, los usos y las funciones e, incluso, la anatomía pulmonar y la fisiología pleural.

A principios del siglo XX, la ciudad de Breslau, actualmente Wroclaw, era considerada por algunos la metrópolis médica del mundo, debido a sus figuras médicas de gran renombre, como Wernicke, en neurología; Czerny, en pediatría; Mikulicz, en cirugía, entre otros.

En 1900, Mikulicz, que fuera discípulo de Billroth, hizo la primera esofagectomía sin toracotomía, pero el paciente falleció horas después por hemorragia intratorácica. A raíz de este fracaso, buscó la posibilidad de resecar el esófago visualizándolo a través de una toracotomía. En sus anotaciones figura: "Le he pedido a Sauerbruch en octubre de 1903 que trabaje en este problema. Por sus antecedentes científicos, está especialmente capacitado para encontrar una solución".[15]

Sauerbruch construyó primero una cámara con un cilindro de vidrio que contenía el tórax de un perro. A través de una apertura del cilindro pasaban las manos del cirujano y se sellaba con gutapercha (goma que se obtiene por la evaporación del jugo de un árbol del archipiélago malayo y de la India), fajas de goma y cola. La presión dentro de la cámara era de 10 mmHg. Luego de varios mejoramientos se consiguió que los perros sobrevivieran a la apertura del tórax.

Con la presencia de Mikulicz, se realizó una operación. El perro falleció. Mikulicz reaccionó, acusando a Sauerbruch de realizar un fraude. Este lo insultó y fue expulsado del servicio.

Sauerbruch consiguió aportes financieros y siguió con sus experimentos en una clínica privada de Berlín. Construyó una nueva cámara, más grande, con paredes de madera cubiertas de metal soldadas entre sí, a la que se accedía por una puerta hermética. Había espacio para una pequeña mesa de operaciones y dos asientos.

15 *Idem.*

Ernst Ferdinand Sauerbruch (1875-1951)
y Johann von Mikulicz-Radecki (1850- 1905).

Willy Anschütz cirujano de la Universidad de Breslau, informado de los adelantos que Sauerbruch estaba alcanzando, convenció a Mikulicz, que era su suegro, de presenciar un nuevo experimento, que se realizó con éxito.

Sauerbruch publicó sus primeros resultados en 1904:

> Mis experimentos buscan evitar el riesgo de muerte que siempre ocurre con el colapso del pulmón. Están dirigidos exclusivamente al neumotórax y a una amplia apertura de la pared torácica. Han sido realizados por orden de mi jefe, Profesor Mikulicz.[16]

Mikulicz hizo construir una cámara más grande y la utilizó con éxito. Sobre fines de 1904 enferma y fue operado el 7 de enero de 1905 por Eiselberg, por un tumor abdominal que resultó irresecable. Dado de alta a las dos semanas, realizó su última operación el 23 de marzo de ese año.

En su cama de enfermo sigue trabajando corrigiendo sus anotaciones. En ellas aceptaba la técnica de la presión diferencial, pero empezaba a defender la ventilación con alta presión:

> Lo importante es la creación de una diferencia de presión constante entre el árbol bronquial y la cavidad pleural. El tórax abierto queda sometido a la presión de la atmósfera, y el árbol bronquial es ventilado con altas presiones.[17]

Dos de sus asistentes, Tiegel y Henle, ordenaron la construcción del primer aparato de alta presión en Alemania en 1905. Al mismo tiempo, Brauer, de Mardeburgo, desarrolló un método de presión positiva que excluía solo la cabeza del paciente.

Se extendió en el mundo la colapsoterapia como terapia quirúrgica para la tuberculosis pulmonar y, cuando esta no podía ser conseguida por el neumotórax artificial, se indicaban cada vez más los procedimientos quirúrgicos.

16 Sauerbruch, F. Uber die Ausschaltung der schadlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen. *Zentralbl fur Chir*, 1904, 31:146-154.

17 Nin Vivó, *op. cit*.

Sauerbruch, al referirse a los conceptos de Quincke y Spengler sobre toracoplastia, dice:

> [...] es notable como ambos habían comprendido, en forma clara y precisa, la importancia de los factores mecánicos en la producción de las cavernas y las condiciones de su curación.[18]
>
> A partir de Brauer, se extendieron las resecciones costales, logrando, mediante un amplio desosamiento de la pared torácica, una compresión pulmonar adecuada. Brauer resecaba a la altura de la segunda a la novena costillas y horizontalmente desde la columna vertebral hasta el inicio de los cartílagos costales.[19]

Primer obstáculo: la cavidad pleural

Este problema, el colapso del pulmón y sus consecuencias cuando se ingresa al espacio pleural, fue una enorme barrera para la cirugía temprana dentro del tórax e impidió el desarrollo quirúrgico y la cavidad pleural permaneció como un objeto de temor supersticioso para el cirujano.

Muchas maniobras operatorias se fueron diseñando para evitarlo, desde la simple fijación del pulmón colapsado a la pared torácica mediante puntos por parte del cirujano (maniobra de Müller) hasta la introducción de sustancias sinfisiantes en la cavidad pleural para impedir el colapso pulmonar. A pesar de ello, muchos cirujanos del momento consideraron la cirugía torácica "imposible de realizar".

Una de las grandes limitantes, tal vez la mayor, que debieron enfrentar los pioneros de la especialidad fue el manejo ventilatorio y la presión negativa intrapleural. La incomprensión de este aspecto fue una enorme barrera para la cirugía temprana dentro del tórax. Ejemplo de ello es la siguiente frase de Mickulicz, citada por Sauerbruch, sobre esta preocupación: "Cientos de miles de personas mueren de tuberculosis pulmonar solo porque aún no sabemos operar en el tórax".[20]

Es extraordinario notar que en una época en la que se conocía y se desafiaban la gravedad y el vacío, se dominaba el rayo, entre otras maravillas científicas del tiempo moderno, no se conociera ni se tuviera sistematizado el manejo de la fisiología pleural. Esto llevó a que la intrusión en el espacio pleural por parte de los cirujanos se viera obstaculizada durante cientos de años, al notar que había importantes alteraciones fisiopatológicas en la ventilación y la circulación que hacían inviable su manejo. La naturaleza de esta anormalidad, aunque descrita muy temprano en la historia, no se reconoció completamente hasta fines del siglo XIX. La apertura torácica era prácticamente una

18 Sauerbruch, *op. cit*.
19 Nin Vivó, *op. cit*.
20 Sauerbruch, F. *Memorias de un cirujano*. Barcelona: Destino, 1954. p. 52.

sentencia de muerte, múltiples dispositivos se inventarían para evitar el colapso pulmonar, la mayoría de ellos con pobres resultados, absolutamente ineficaces.

Segundo obstáculo: el desconocimiento de algo tan simple como el drenaje pleural y la anestesia

Hablar del drenaje pleural es hablar de uno de los procedimientos más habituales y necesarios en el quehacer médico y de un motor de desarrollo de la cirugía torácica, obviamente quirúrgico. La historia de los drenajes pleurales, cuya aparición se encuentra en relación con el tratamiento de las infecciones, nos conducirá por gran parte de la historia de la cirugía torácica.

Hasta el siglo XIX, el drenaje pleural era considerado una maniobra desesperada y muchas veces cruenta. El mismo Dupuytren, un eximio cirujano al que debemos grandes avances, como el drenaje de un absceso cerebral, la confección de las primeras colostomías o cirugías maxilofaciales complejas y, por supuesto, la enfermedad que lleva su nombre, murió de un pioneumotórax por negarse a que se le realizara un drenaje pleural. Sus palabras fueron: "Me entrego a Dios antes que a un cirujano".[21]

Fue el sistema de drenaje bajo agua el que solucionó este problema, una respuesta elegante a un problema complejo. Si bien el sistema de sello de agua fue descrito por Playfair en 1875, fue el médico de Hamburgo Gotthard Bulau, un internista, quien desarrolló de forma sistemática el uso de la toracocentesis a frasco.

Pese a que el trabajo de Bulau, quien describió el sistema de drenaje cerrado para el manejo del empiema pleural, permitió comprender el problema del neumotórax abierto, así como la fisiología pulmonar, ambos conceptos trascendentales para el posterior desarrollo de la especialidad, pasaron más de cuarenta años para que sus trabajos fueran aceptados por la comunidad científica, lo que tuvo como consecuencia un retraso en la evolución de la cirugía de tórax.

Fueron sus reportes los que influyeron en la práctica clínica: su sistema unidireccional permite la reexpansión pulmonar con la restauración progresiva de la negatividad pleural, permitiendo la evacuación de líquido o fuga aérea. Se lo consideró un cambio sustancial, ya que evitaba las reiteradas toracotomías o toracoplastias a las que eran sometidos estos pacientes. Para finales del siglo XIX, el sifón de Bulau era el tratamiento de elección para los casos agudos y las toracotomías y toracoplastias se reservaban para casos crónicos. Estaban ya establecidas las bases del tratamiento.

En 1922, Lilienthal convirtió en rutina el drenaje pleural después de la cirugía torácica, abandonando el viejo precepto de drenaje iterativo intermitente

21 Wylock, P. *The life and times of Guillaume Dupuytren, 1777-1835*. Bruselas, 2010, pp. 75-82.

que predominaba hasta el momento. No obstante, es interesante el retraso que existe entre los reportes de Bulau y el uso sistemático del drenaje.

Toda la atención se basó en esto: en 1904 se dio un punto de quiebre en el desarrollo de la cirugía torácica cuando Sauerbruch publicó *La patología del neumotórax abierto y las bases del método para su eliminación* y *La eliminación del efecto dañino del neumotórax en la cirugía torácica*. A esta altura, Sauerbruch era asistente de cirujano en el Hospital Universitario de Breslau, Alemania. Su jefe era Mikulicz, cuya técnica de resección del cáncer de colon era ya bien conocida. La meta de Mikulicz era desarrollar una técnica para la resección del cáncer de esófago. Asumía que el paso más importante en el desarrollo de dicho método era evitar el colapso pulmonar luego de abierta la cavidad torácica. Sauerbruch intentó solucionar el problema mediante el uso de presión positiva aplicada mediante una máscara bien ajustada. Planteaba que el método antes mencionado no era fisiológico —visión que ha cambiado considerablemente en nuestros tiempos— y desarrolló una técnica alternativa bastante complicada, que exploraremos en detalle.

Transformó la sala de operaciones en una especie de cavidad pleural extendida, disminuyendo la presión atmosférica por *vacuum*. Estas máquinas, que luego se convirtieron en primitivos anfiteatros, lograban una presión subatmosférica de entre 8 y 10 mmHg. Evidentemente, la cabeza del paciente se encontraba fuera de este ambiente, con el anestesista aplicando cloroformo sin intubación oral en la habitación contigua.

Esta "cámara neumática" solucionó el problema de la presión negativa intrapleural de forma ideal. Como muchos conceptos "ideales", en la práctica tenía sus limitaciones. Por ejemplo, durante la cirugía, el cambio de posición del paciente podía ser peligroso porque el sellado a nivel cervical usualmente se perdía. El cirujano y sus ayudantes se colocaban en una pequeña cámara, apretados, donde el calor era casi intolerable y la congestión general aumentaba las dificultades operatorias. Por último, era prácticamente imposible comunicarse con el anestesiólogo, quien se encontraba fuera de la cámara, cerca de la cabeza del paciente. Esta cámara permanece como una curiosidad histórica, siendo el origen del "pulmón de acero" y la "cámara de inmovilización de Barach".

Sauerbruch retomó luego el uso de la máscara a presión positiva. La técnica, tal como él la usaba, presentaba muchas desventajas, principalmente la insuflación gástrica y la imposibilidad del aspirado de secreciones bronquiales por parte del anestesista durante el procedimiento. Además el contenido gástrico era fácilmente aspirado por el paciente. De todas maneras, Sauerbruch decidió no continuar más allá en el desarrollo de la ventilación endotraqueal.

Había una falta total de organización en anestesia. Sauerbruch se oponía totalmente a su subespecialización mediante la separación de la especialidad quirúrgica. Consideraba que esto sería un paso hacia la destrucción de la cirugía y se rehusaba a aceptar que la anestesia debía desarrollarse como una es-

pecialidad en sí misma por derecho propio. Su influencia retrasó el desarrollo de las técnicas de la cirugía torácica en Alemania, que ya se encontraban en uso en otros países del mundo, como Estados Unidos y Canadá.

En palabra de grandes cirujanos de la época, era imposible que la cirugía torácica creciera con tales requerimientos específicos. Sauerbruch fue un prohombre de la cirugía torácica, con aportes en múltiples campos, mayoritariamente a través de la sistematización de la técnica quirúrgica que lo inmortalizó en su libro *La cirugía torácica, mi pasión*. Sin duda, la cirugía torácica fue su pasión, una pasión que lo llevó a la invención de gran cantidad de instrumentos y a la sistematización de la técnica quirúrgica, resumida en su obra de 1915, quizás el primer "gran" libro de técnica. Comenzó a desarrollar instrumentos propios, diferentes a los de la cirugía abdominal, sobre todo por su tamaño y función (más largos y romos), que persisten hasta nuestros días.

Pero el gran avance de la cirugía torácica fue el uso y la comprensión de algo tan sencillo y simple como un drenaje de tórax, que se hizo masivo durante las guerras mundiales.

En cuanto a los materiales, hemos visto que inicialmente los drenajes fueron de metal, cobre en su gran mayoría. Aunque se usaron otros metales preciosos, como la plata, ello no tuvo impacto en su utilidad. El primer drenaje como tal fue el descrito por Playfair y estaba realizado de un material moderno (la cirugía torácica siempre ha buscado respuesta en las opciones tecnológicas incipientes), la *indian gum rubber* (caucho de la India). Hasta mediados del siglo XX los drenajes fueron de este material, y con muchas formas. Los actuales tubos de plástico o de materiales derivados del petróleo ingresaron al mercado en los años sesenta, en Saint Louis, Missouri. Sus diámetros han cambiado con el tiempo, desde los 2 Fr a los 40 Fr. Actualmente los más usados oscilan entre 20 y 28 Fr en adultos y 16 y 24 Fr en niños. En cuanto a los frascos, existieron en diversos materiales, en vidrio (caseros e industriales) y, finalmente, en plástico. La adición del aspirado es relativamente moderna. En 1952, Howe describió el sistema de drenaje con tres frascos que le añadían succión. Este primitivo dispositivo, sumado a una bomba de vacío, inicialmente manual, luego eléctrica, permitió mejorar la tasa de reexpansión pulmonar, y es la base de todas las presentaciones comerciales existentes actualmente.

Debemos entender que el drenaje pleural es un procedimiento ubicuo y se estima que en Estados Unidos se colocan aproximadamente 1,5 millones por año, pero aún consideramos que se puede mejorar esta técnica en constante evolución. El desempeño de la cirugía torácica antes de su invención y el desarrollo de diferentes modos de soporte ventilatorio son testimonio de la intuición y la inventiva de los cirujanos de esa época.

Tercer obstáculo: la anestesia

La historia de la anestesia en cirugía torácica es parte fundamental de las bases para la correcta práctica de la especialidad y su origen se remonta hacia fines del siglo XIX. Se inició con su descubrimiento, que trajo la posibilidad de operar sin dolor. La cirugía torácica y la anestesia atraviesan en el tórax una noche de ignorancia, sufrimiento y estéril tanteo en la oscuridad. En cambio, la historia de los últimos setenta años ofrece el panorama más grandioso que conoce la humanidad.

En 1909, en Nueva York, Meltzer y su yerno, Auer, lograron un importante aporte al hacer llegar una corriente continua de aire con gases anestésicos a través de una cánula endotraqueal, para conseguir una respiración continua sin movimientos respiratorios. En la actualidad esto tiene su correlato en la aplicación de la respiración con presión positiva a través de un tubo endotraqueal con manguito inflable, este último agregado por Tuffier al tubo traqueal en 1895.

No todos los cirujanos estaban convencidos de que la intubación endotraqueal era el camino para operar con seguridad un tórax. Nuevamente, corresponde hablar de Ferdinand Sauerbruch como responsable.

Ya hemos comentado sus abordajes opcionales. Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918), los cirujanos operaban las heridas torácicas administrando morfina intravenosa y una mezcla de oxígeno y óxido nitroso en respiración espontánea a través de mascarillas faciales. No se usaba de forma habitual la intubación endotraqueal, aunque pronto se vieron forzados a utilizarla cuando fueron necesarias intervenciones en el área maxilofacial, principalmente en pilotos de combate. La British Army Plastic Surgery Unit, en la que participó Ivan Magill, fue pionera en ello.

Después de la Primera Guerra Mundial, se extendió en Europa el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis mediante el neumotórax artificial y la toracoplastia. Carlo Forlanini había descrito en 1882 la colapsoterapia por neumotórax intrapleural, que realizó en 1894. Muchas de estas intervenciones se realizaban solo con anestesia local, ya que la anestesia general y la intubación endotraqueal se consideraba difícil y peligrosa. Imagínese el lector lo que era la resección de gran parte de las costillas para conseguir el colapso de la pared contra el pulmón con solo la primitiva anestesia local, lo que debieron ser esos quirófanos y los gritos de los pacientes por el dolor causado por la resección costal. Es recomendable la lectura del clásico libro *La montaña mágica*, de Thomas Mann, publicado en 1924, en el que se describe el ambiente en estos sanatorios antituberculosos, para lograr una imagen más gráfica de lo que hablamos.[22]

La verdadera eclosión de la cirugía torácica, tal como la entendemos hoy día, tuvo lugar entre las dos guerras mundiales. En esa época predominaban

22 Mann, T. *La montaña mágica*. Barcelona: Plaza y Janés, 2001.

la enfermedad traumática y, sobre todo, las infecciones pleuropulmonares, siendo el cáncer de pulmón prácticamente anecdótico. La infección pleural costó innumerables vidas durante la epidemia de influenza en 1918, lo que llevó al ejército norteamericano a constituir una Comisión de Empiema Pleural, presidida por Howard Lilienthal, que estableció el uso sistemático del drenaje pleural como parte fundamental del tratamiento de esta entidad. Esto cambió para siempre la historia de la enfermedad e incluso el curso de la guerra.

En 1928, Guedel y Waters introdujeron el concepto de "anestesia intrabronquial", usando tubos endotraqueales con manguito inflable con el que intentaban canalizar solo el bronquio principal del pulmón sano, por supuesto, a ciegas. Gracias a ello conseguían mantener inmóvil el pulmón a operar. La intubación endotraqueal se fue imponiendo con fuerza.

La introducción del curare en la práctica anestésica, por Griffiths y Johnson en 1942, para conseguir relajación neuromuscular, condujo al uso de ventilación controlada por presión positiva. En 1957, en el Servicio de Cirugía de Filadelfia, dirigido por John Gibbon, se introdujo el primer ventilador americano con respiración controlada, reconociendo así los beneficios de la ventilación automática sobre la manual.

Hasta que no se comprendió la fisiopatología del neumotórax intraoperatorio y se mejoraron las técnicas anestésicas, no fue posible realizar las intervenciones intratorácicas. Este es un concepto muy importante: la historia de la cirugía torácica va en paralelo con la de la anestesia al día de hoy. La especialidad de la cirugía torácica ha evolucionado junto con la práctica moderna de la anestesia, en una estrecha relación que comenzó en la década de 1930 y continúa en la actualidad. Por otra parte, el desarrollo de la anestesia humanizó a la cirugía de tórax. Debemos recordar que se intentaban toracoplastias y resecciones con anestesia local y en los reportes se describen los gritos de dolor y sufrimiento de los pacientes. Al respecto, James B. D. Mark escribió:

> Cualquier operación es un esfuerzo de equipo… [pero] en ninguna parte es este esfuerzo de equipo más importante que en la cirugía torácica, donde la coreografía cercana de los movimientos de todos los participantes es esencial. El intercambio de información, estado y planes son obligatorios […]

Este enfoque de equipo entre el cirujano torácico y el anestesiólogo refleja la historia de las dos especialidades. La cirugía torácica, desde su embrión, se gestó de la mano de la anestesia, luego con el desarrollo de la broncoscopía y, finalmente, con el avance de la tecnología de instrumentación quirúrgica, consolidando así las tres columnas sobre las que se apoya hoy.

Cuarto obstáculo: vencer la hemorragia, la infección y el dolor

Como se ha mencionado, la verdadera eclosión de la especialidad tuvo lugar entre las dos guerras mundiales. En un principio, predominaron la enfermedad traumática y las supuraciones pleuropulmonares. Por ello, en el período de la Primera Guerra Mundial se le colgó a la cirugía torácica el sambenito de cirugía séptica.

Las toracoplastias fueron el tratamiento inicial para el empiema paraneumónico en los finales del siglo XIX. Schede realizaba la toracoplastia intrapleural (procedimiento grosero a nuestros ojos), que incluía la remoción de diez arcos costales, del primero al décimo, sumando obviamente la remoción de la paquipleuritis y tejidos de la pared. Los sangrados constituían en esta cirugía una causa de mortalidad brutal. Siguientes variaciones intentaron realizarla extrapleural, sin remoción de la pared torácica, simplemente buscando el "colapso de la misma sobre la cavidad del empiema". Este abordaje se repetiría para el tratamiento de la tuberculosis o, como vimos en el libro de Tuffier, con la neumonectomía. Por último, estas toracoplastias solían realizarse en varios tiempos. Es indudable el coraje de esos pacientes, que aceptaban someterse reiteradamente a procedimientos tan crueles.

La cirugía torácica estuvo muy limitada hasta que la llamada revolución quirúrgica superó tres barreras: el dolor, la hemorragia y la infección.

Ya en 1891, Bulau describía el uso de su drenaje bajo agua, seguirían los trabajos de Leo Eloesser y Claggett, cuyos conceptos aún perduran. La ventana torácica o toracostomía fue realizada por primera vez por Eloesser en 1935, en el empiema tuberculoso en un pulmón que no había sido resecado.

Un análisis especial merece el aporte realizado por Evarts Ambrose Graham, a quien conocemos por ser el primero en efectuar una neumonectomía. En este sentido, no debemos olvidar su aporte fundamental en el uso sistemático del drenaje pleural en el tratamiento del derrame paraneumónico. Este trabajo se llevó a cabo en la Primera Guerra Mundial, en las trincheras, con la epidemia de la conocida como "gripe española". El virus no se originó en España ni ese país fue más afectado que otros, sin embargo, dado que no participaba de la guerra, no hubo censura como sí existió en los Estados Unidos. Una característica clave de la pandemia de 1918 fue la alta tasa de infección y mortalidad observada en adultos jóvenes (de entre 20 y 45 años), un patrón epidemiológico diferente al observado habitualmente para otras pandemias y epidemias de gripe estacional, en las que los niños y los ancianos suelen ser las poblaciones de mayor riesgo. Durante la pandemia de 1918, la incidencia de infecciones bacterianas secundarias a la gripe fue, con casi total seguridad, la principal causa de mortalidad. Las tasas de mortalidad por gripe y neumonía entre los 15 y 34 años en 1918-1919 fueron

veinte veces más altas que en años anteriores. Por tal motivo, el ejército creó, como mencionamos, la Comisión de Empiema Pleural. Su reporte cambiaría totalmente la manera de percibir esta patología, ya que se debía evitar el neumotórax abierto porque aumentaba la dificultad respiratoria del paciente, produciendo su muerte. Propuso el uso sistemático del drenaje bajo agua, con la particularidad de que no era dejado de manera permanente, como es la práctica habitual actual, sino que era retirado luego de completada la evacuación, porque se consideraba un riesgo extremo la desconexión accidental en pacientes confusos. Esta simple maniobra tuvo un impacto brutal en la mortalidad: estamos hablando de una reducción de ocho veces (de un 35% a un 4%). Pocas veces en la historia un procedimiento ha cambiado de este modo la historia natural de una enfermedad. Se debe esperar hasta el descubrimiento de la penicilina por parte de Fleming para volver a ver algo así de majestuoso.

El ya mencionado trabajo de la Comisión de Empiema Pleural, sumado a la descripción de Bulau, vio su concreción en 1922. El talento de Lilienthal radicó en la conjunción de estos conocimientos: realizó una descripción detallada del problema y observó que el drenaje sistemático debía ser la regla y no la excepción durante la cirugía torácica. El impacto en la morbimortalidad es indescriptible y recién para 1968 se agregaría al repertorio la válvula de Heimlich como opción al sello bajo agua para el uso de los drenajes a permanencia de forma ambulatoria.

Se reconoce la implicancia de la infección parenquimatosa en los resultados quirúrgicos, lo que queda claro en el discurso de asunción presidencial de la Asociación Norteamericana de Cirugía Torácica por parte de Robinson:

> [...] no se puede hacer suficiente hincapié en que cuanto más grave es la infección pulmonar, mayor es el riesgo de actuar sobre ellos. Los pacientes no deben ser operados durante una o varias semanas después de una exacerbación o descompensación de su supuración [...][23]

La Segunda Guerra Mundial fue un conflicto militar global que se desarrolló entre 1939 y 1945. En este período comenzó a ser más difundida la cirugía torácica, por lo que es posible interpretar estas guerras como motores de su desarrollo, de modo tal que algo bueno y noble surgió a partir de un suceso tan trágico. El gran avance producido en cirugía torácica durante la Segunda Guerra Mundial llevaría consigo la decorticación precoz de los hemotórax organizados, mientras que en los derrames líquidos el tubo de drenaje de tórax sellado bajo agua seguiría siendo el proceder estándar. Esto impactó radicalmente en el desarrollo de los empiemas postraumáticos, pero fue el advenimiento de la antibioticoterapia el hallazgo que permitió la auténtica

23 Robinson, S. *The present and future in thoracic surgery*. Presentado ante la American Association of Thoracic Surgery, Washington DC, abril, 1922. Disponible en *Arch. Surg.*, 1923, 6: 247-255.

protocolización y resolución de esta entidad, convirtiéndola en parte de la rutina del cirujano torácico.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la cirugía torácica americana prácticamente no existía, fue su impacto el que lo cambió todo. En 1924, Stuart Harrington, quien luego dirigió la Clínica Mayo, fue uno de los padres fundadores de la Sociedad Norteamericana de Cirugía Torácica, que se gestó a partir de la visión de Sauerbruch. Allí confluyeron otros desarrolladores de esta sociedad, como Willy Meyer, quien nació en Alemania y migró a Estados Unidos luego de completada su formación, o Leo Eloesser, a quien ya hemos mencionado. Con el impulso logrado después de la guerra para la formación de instituciones como esta se refuerza la idea del valor fundamental que tuvieron los conflictos bélicos para el crecimiento de la especialidad.

Esta cohorte de cirujanos anglosajones dominó la escena y sentó las bases de la cirugía torácica. Fueron los tiempos de la llegada del plombaje, de la mano de Cleland, de las descripciones de Allison para las neumonectomías intrapericárdicas y de las de Barrett sobre la enucleación para el tratamiento del quiste hidático. Cabe señalar que, en nuestro medio, grandes cirujanos como Alfonso Lamas y Luis P. Mondino, que incorporaron el drenaje de los quistes hidáticos de pulmón por una técnica en dos tiempos,[24] lograron la completa comprensión de esta entidad y su adecuado tratamiento, al igual que Monaldi, pero el lenguaje y la distancia les jugaron una mala pasada para obtener el merecido y verdadero reconocimiento.

Quinto y último obstáculo: la resección pulmonar

Hoy una lobectomía superior izquierda es un procedimiento reglado del que se realizan miles por día en el mundo, por vía abierta o por cirugía videoasistida en sus diferentes variantes, incluso por robots. Hechos como este ocurren todos los días y en el mundo entero se trasmiten en vivo, por internet. Pero no debemos olvidar que en 1942 Kent y Blades, por las particularidades anatómicas del lóbulo superior izquierdo, al no tener un pedículo propio decían que era impracticable, y estamos hablando de hace solo un poco más de setenta años. Esto nos debe hacer reconocer que los esfuerzos de muchas personas y las experiencias de muchas otras disciplinas, como la anatomía, fueron los que permitieron culminar en una resección pulmonar con éxito.

Actualmente, los cirujanos torácicos disponemos de abundante información sobre la anatomía, contamos con simuladores, videos, cirugías en vivo,

24 Wilson, E. Orígenes de la influencia estadounidense en la cirugía uruguaya. *Cir. Urug.*, 1995, 65: 71-78. En 1921, en ocasión de la segunda visita de una delegación del American College of Surgeons a Montevideo, sus integrantes Franklin Martin y Thomas Watkins fueron al sanatorio privado de Lamas y Mondino, ubicado en la avenida 8 de Octubre, para ver a Lamas hacer una operación en dos tiempos por una hidatidosis pulmonar y quedaron admirados por su experiencia, por los documentos radiográficos y por las evidencias de un proceso diagnóstico cuidadoso.

archivos digitales, atlas y la visión anatómica tridimensional, con las diferentes miradas —anterior, posterior, cisural—, y el desarrollo de las técnicas y el mejoramiento en la amplificación de la imagen. Esto no fue siempre así, y nuestro conocimiento depende de ideas y descubrimientos almacenados y sintetizados a través de generaciones, a los que se deben agregar los generados en la época actual. El éxito reside en el conocimiento transmitido por los que nos precedieron, que debe ser aplicado con equilibrio y oportunidad, junto a lo que viene aportando el momento actual, lo que se refiere a nuevos conocimientos y técnicas, no perdiendo de vista que son herramientas para un fin.

Es esencial construir algo más que aquello que se observa, registra, analiza y sintetiza. Es necesario seguir construyendo pensamiento propio y nuevos horizontes, no olvidando que la cirugía no es una técnica, es algo más; no es información, es algo más; no es una ciencia, es algo más; no es un arte, es algo más, pero todo ello reunido y centrado en el ser humano.

Capítulo 3
La anatomía, la técnica quirúrgica y el posoperatorio

La cirugía de resección pulmonar ha sido una de las ramas quirúrgicas que más lentamente ha progresado. Su desarrollo ha sido paralelo a los adelantos anestésicos con la intubación, unidos al uso de los antibióticos y de la transfusión sanguínea. En un principio, este tipo de cirugía se basaba en la rapidez del acto operatorio, un tratamiento del pedículo pulmonar con un torniquete y ligadura en masa, y un posoperatorio largo y penoso si el enfermo sobrevivía a la operación. Hoy en día, el avance en las técnicas de disección del pedículo y los cuidados perioperatorios minuciosos, junto al desarrollo de unidades diferenciadas de cirugía torácica, ha hecho que la morbimortalidad haya disminuido de tal manera que un residente de tercer año es capaz de realizar exéresis pulmonares sin problemas.

La anatomía y la técnica quirúrgica

La técnica de disección de la resección pulmonar evolucionó fuertemente entre 1930 y 1950. Las primeras resecciones fueron realizadas en animales por 1880, lo que permitió pensar en que era factible remover el parénquima pulmonar enfermo en humanos, pero los primeros intentos fueron burdos y rudimentarios, por cierto, también fatales. No obstante, comenzaron a existir reportes anecdóticos de sobrevida, aunque esta historia suele ser más dramática que entusiasta. Tal es el caso de Block, quien realizó una resección de ápex pulmonar a su sobrina,[25] por una probable tuberculosis, y la paciente falleció. El espécimen fue negativo para tuberculosis. El cirujano nunca se recuperó de esta situación y cometió suicidio ante esta tragedia.

Después de la mejora de la anestesia, los cuidados perioperatorios y el advenimiento de los antibióticos, los cirujanos británicos y escandinavos iniciaron el camino de las exéresis pulmonares. Los avances en la anestesia con ventilación endotraqueal hicieron posibles intervenciones quirúrgicas torácicas cada vez más extensas, ya que se podía mantener la presión positiva en los pulmones y evitar el colapso al abrir el tórax. No fue el cáncer el que dio inicio a las resecciones, sino las supuraciones pulmonares y las bronquiectasias.

25 Schober, K. L. Das chirurgische erbe: Tragische chirurgenschick-sale. 1882: Die tragö die des Dr. Block.- Zentralbl. *Chir.*, 1984, 109: 366-373.

Es a partir de 1930 que evolucionó la comprensión de la anatomía quirúrgica y las técnicas hasta el día de hoy. Antes de esa época, las resecciones se hacían en dos etapas, como veremos en el siguiente apartado, y la mortalidad y complicaciones constituían la regla.

La lobectomía en dos etapas consiste en una primera fase de separación de las adherencias pleurales del lóbulo patológico, acariciando suavemente con una gasa la pleura visceral y parietal del hemitórax, todo a fin de producir una barrera inflamatoria reaccionaria contra la inflamación pleural que se producirá después de la segunda etapa de la operación y para crear las adherencias pleurales sobre el lóbulo que debe ser eliminado. En la segunda fase, las adherencias que se han formado en el lóbulo enfermo se separan y el hilio del lóbulo se liga fuertemente con un instrumento especial de ligado automático. El lóbulo es luego resecado aproximadamente tres o cuatro centímetros distal a la ligadura y la incisión en la pared torácica es cerrada. El espacio pleural residual es drenado por un cierre hermético. Luego, este tipo de intervención evolucionó a una etapa y, en ese punto, permaneció el problema de la hemorragia y la fístula brónquica.

Una década más tarde, nos encontramos con los incipientes relatos de ligadura en masa en el pedículo y de las primeras recomendaciones para el cierre del muñón bronquial. Una vez superada la mortalidad prohibitiva, se avizoraba el albor de la era de las complicaciones posoperatorias.

En el correr de poco tiempo se desarrolló la técnica para lobectomía por ligadura en masa, con relativo suceso. Obviamente que mucho de su éxito se debió al anestesista, Ivan Magill, cuyas innovaciones permitieron hacer más segura la intervención y cuya pinza se continúa utilizando en nuestros días, al igual que muchos de sus preceptos. La serie de Edwards cerró con una mortalidad de 20% para lobectomía y 40% para neumonectomía, considerablemente bajas para la época.

Veamos este artículo de la década del veinte:

> [...] Parece notable que tan pocos artículos o discusiones se encuentren en los últimos años en la lobectomía. La discusión en cuestión es qué sustitutos podrían utilizarse en su lugar, basado sin duda en la teoría de que la mortalidad operatoria prohíbe su uso... creemos que la lobectomía... es la meta final... con este método el lóbulo enfermo se retira de un solo golpe; el período de convalecencia se ve disminuido... también se espera que en el futuro con la mejora técnica y la mortalidad baja se convertirá en la operación de elección en muchas condiciones de enfermedad del pulmón.[26]

Los relatos de la época muestran que la cirugía indicada en pacientes crónicos respiratorios afectados por broquiectasias, una enfermedad invalidante socialmente y sin posibilidad de cura, era la resección de los lóbulos inferiores. La meta, sin duda, fue lograr la resección pulmonar anatómica.

26 Churchill, E. D. The surgical treatment of carcinoma of the lung. *15th Annual Meeting of the AATS*. Ann Arbor, Michigan, 1932, p. 234.

En julio de 1933, Edward Archibald realizó la primera neumonectomía con individualización y ligadura de vasos y bronquio por separado. Se trataba de un sarcoma del lóbulo superior izquierdo, al cual le hizo una neumonectomía izquierda por toracotomía anterior.

A partir de ese momento, se fueron sucediendo diversos progresos que contribuyeron a la realización de las resecciones pulmonares con otras garantías. La puesta a punto de la técnica de disección del pedículo pulmonar con la ligadura aislada de los vasos disminuía el riesgo de la hemorragia, mientras que el tratamiento aislado del bronquio disminuía el riesgo de fístula bronquial. Rienhoff, de Baltimore, en 1933 describió la técnica del cierre del muñón bronquial en la neumonectomía y en 1942 publicó su clásico trabajo apoyado en la experimentación, insistiendo en la sutura bronquial a puntos separados y con cobertura pleural. Crafoord, por su parte, publicó en 1938 una técnica de neumonectomía ya bien reglada y en 1939 Churchill comunicó una serie de resecciones pulmonares por bronquiectasias. Archibald desarrolló con Howell, su anestesista, un tubo endotraqueal con manguito para lograr un bloqueo brónquico en el pulmón enfermo, que impide el movimiento de secreciones hacia el pulmón sano.

El primer gran avance de la época fue la conceptualización de Edward. D. Churchill, quien desarrolló la disección hiliar, al estar claramente convencido de que los torniquetes globales llevaban al sangrado o la fuga bronquial.

Edward William Archibald (1872-1945).

En Suecia, Clarence Crafoord (1899-1984) en 1938 describió los principios de disección de los elementos del hilio para la neumonectomía. Su tesis doctoral trató sobre un trabajo experimental de neumonectomías en perros, operación que usó también en 16 varones. Crafoord consideró la superioridad de la cicatrización bronquial con la disección hiliar aislada y la sutura bronquial con puntos sueltos, en vez de la ligadura en masa de todo el hilio. La temida complicación de la fístula bronquial no se produjo en los 48 perros.

En 1931, Nissen realizó con éxito la primera neumonectomía en un niño con bronquiectasia y Graham, en 1933, llevó a cabo la primera neumonectomía para extirpar un carcinoma bronquial. En 1949, su principal discípulo fue Viking Olov Björk. Él y Eric Carlens propusieron anestesiar el tórax con un catéter de doble luz. Esto permitía tener dos canales separados para aspiración bronquial y ventilación.

Hasta finales de la década del cincuenta y comienzos de la del sesenta, la neumonectomía fue la operación estándar para los pacientes con cáncer de pulmón, porque la idea era que solo la extirpación total del pulmón podría conducir a la cura.

Existían conceptos erróneos, como por ejemplo que una lobectomía superior izquierda no se podía realizar, hasta que se avanzó en los estudios anatómicos, que permitieron describir los sucesivos abordajes del pedículo pulmonar, con particular destaque de la anatomía intrapericárdica. En esta línea, las descripciones de Allison para la neumonectomía intrapericárdica (cuya valva aún nos acompaña a diario) destacan por su valor.

En Italia, Constante Ricci demostró que en la cirugía del cáncer de pulmón con invasión de la pared torácica era mejor cuando se hacía la resección en bloque de pared y pulmón que únicamente con la extirpación extrapleural. Otros, como Clarence Crafoord (cuyo instrumental homónimo usamos a diario), desarrollaban en paralelo métodos para el cierre bronquial y su cubrimiento con pericardio.

En 1959, Carlens ideó la mediastinoscopía, para demostrar la extensión de la enfermedad tumoral en los ganglios mediastínicos N2, un concepto revolucionario.

Entre los pioneros de la cirugía torácica española se ha de recordar a Antonio Caralps i Riera y Plácido González-Duarte, que llevaron a cabo las primeras resecciones pulmonares, en los años 1935 y 1937, en Barcelona y Madrid, respectivamente.[27]

Posteriormente, una serie de estudios publicados mostraron que las resecciones menores eran mejor toleradas, ofrecían una supervivencia similar y había una menor morbilidad y mortalidad.

El nacimiento de la escuela americana y canadiense, lamentablemente, fue víctima del idioma (sus publicaciones nunca progresaron, la escuela alemana dominaba la escena).

En cuanto a la literatura, diremos brevemente que en 1953 el profesor Albert Leías, de Hamburgo, publicó la primera monografía ilustrada sobre resección pulmonar en Alemania, siendo este uno de los primeros libros de técnica basado en la experiencia, cuando los procedimientos quirúrgicos se realizaban en algunos pocos centros y por cirujanos elegidos.

Otros ejemplos de referencia son el libro de Nissen, el *Tratado de técnicas quirúrgicas* de Maurice Hood y, en nuestro país, *El tórax quirúrgico*, de Armand-Ugón, textos que condensan el aprendizaje de tres décadas.

El posoperatorio

Superados los obstáculos iniciales, luego de entender la fisiología de la cavidad pleural, así como la anatomía pulmonar, que permitió las resecciones de mayor complejidad con una tasa aceptable de mortalidad, había que centrarse en la recuperación y rehabilitación del paciente. Incluso la mortalidad

27 París Romeu, F. y Bravo Bravo, J. L. Aportación europea a la especialidad de cirugía torácica. Contribución de los países del continente. *Rev. Patol. Respir.*, 2011, 14(4): 124-134.

posoperatoria general como la entendemos ahora estaba signada por los cuidados posoperatorios.

Inicialmente, no se les dio a estas etapas el peso que hoy tienen, lo que queda documentado en la anécdota de la cirugía realizada al rey Jorge VI en el año 1951. El cirujano sería el profesor sir Clement Price-Thomas. Lo interesante es que en lugar de operar al rey en el Royal Brompton Hospital, la cirugía se llevó a cabo en el palacio de Buckingham. La única solicitud del cirujano actuante fue usar su "personal de confianza", tal es así que, cuando se había completado la cirugía, luego de extraer el pulmón con el voluminoso tumor, el cirujano emprendió su retirada del salón diciendo: "Hace veinte años que no cierro un tórax, no empezaré de nuevo ese aprendizaje con Su Majestad", dejando, pues, a su ayudante completar el procedimiento. El joven ayudante, uno de sus más brillantes discípulos, Drew, presentaría la primera descripción de una resección en manguito para un adenoma, publicando los trece primeros casos al respecto. Este relato nos llega a través de Antonio Ramírez, un gran cirujano colombiano que se encontraba desarrollando entonces su residencia con el doctor Mason, en Londres, en una época de maravillosa ebullición del conocimiento. Es interesante apreciar cómo las vidas de estos pocos hombres se entrecruzan, pero, sobre todo, importa destacar el aspecto humano de estos maestros. Se comenta que Price-Thomas tenía un gran sentido del humor, solía decirles a sus estudiantes mientras operaban: "Muchacho, si no eres mejor que yo quiere decir que algo estamos haciendo mal los dos". Es poderoso apreciar que los cirujanos de hoy día parecemos cortados por la misma tijera.

Lamentablemente, todos sabemos que el rey falleció meses después del procedimiento. El parte de defunción la atribuye a una trombosis coronaria. Pero lo que podemos aprender de su sobrevida es que su convalecencia fue larga. Permaneció largo tiempo en cama, postrado, con dificultad para la deambulación, presentó tos seca persistente, luego ataques de tos intermitentes. Tras una breve mejoría, comenzó una declinación funcional, con disnea de esfuerzo progresiva, incluso limitándose el habla. No asistió a la apertura del parlamento, en noviembre, y dio luego el discurso real navideño grabado en fracciones y editado, algo, por cierto, completamente inédito para la época. ¿Cómo fue posible que, con el nivel técnico, profesional y humano desarrollado en el Brompton, el rey permaneciera haciendo su posoperatorio de forma domiciliaria? Es claro que el precepto de "vigilancia activa" en el cual los médicos de hoy en día somos acuñados aún no estaba desarrollado. Finalmente, el rey se deterioró de manera general y nutricional, con debilidad progresiva y necesidad de reposo cada vez mayor, y ya no pudo deambular. El final de su vida transcurrió, hasta su muerte en febrero, en completo aislamiento. Sin embargo, sabemos algo más del tumor, nos consta que era voluminoso, pero no hay registros (al menos públicos) de la descripción operatoria y nada hace presuponer que fuera una cirugía excepcional, más

allá del carácter real del paciente. Esto se deduce de las frases y comentarios dejados por los miembros del Brown's Club, muchos de ellos médicos y cirujanos. Sin embargo, la evolución tórpida, con la presencia de tos e incluso una probable broncorrea, asociada a una declinación funcional, dejan entrever que posiblemente el paciente habría desarrollado una fistula bronquial, una complicación que no siempre tiene dramatismo inicial en su desarrollo, pero que, mediante las microaspiraciones reiteradas y las infecciones en el pulmón remanente, va deteriorando al paciente hasta llevarlo a la caquexia producto del catabolismo exacerbado del cuadro infeccioso larvado.[28]

En la época en la que se realizó esta intervención, el uso de soluciones salinas hipertónicas para la reposición era lo habitual, se era generoso en cuanto al aporte hídrico, lo que se mantuvo por mucho tiempo e, incluso, es un "mito" difícil de derribar hoy. Producto de los trabajos de Shoemaker en Vietnam, la reposición "a chorro" o intempestiva se impregnó en la práctica desde los inicios de su uso. Las experiencias con las transfusiones sanguíneas habían mejorado mucho, se entendía el sistema AB0 Rh,[29] la guerra había mejorado las técnicas y su sistemática, se contaba con los primeros bancos sanguíneos, sin embargo, se usaba en casos extremos o tardíos, estaban habitualmente más reservadas al trauma que a los posoperatorios, sesgo obvio del uso en la guerra.

Tengamos en consideración que, si bien se conocían los analgésicos actuales, que en su mayoría ya estaban disponibles, el uso intravenoso a modo de rescate no se considera actualmente adecuado, cobrando mayor fuerza la analgesia intravenosa continua o reglada, así como otras vías de administración, como el catéter peridural, en contraposición a lo que se pensaba en esa época. Tampoco se realizaba un tratamiento multimodal (por ejemplo, AINES, opiáceos, anestésicos tópicos), la prevención del ciclo "dolor-atelectasia-infección" no era un objetivo *per se*. No se entendía completamente la enfermedad tromboembólica ni su brutal impacto en la mortalidad del posoperatorio de cirugía mayor oncológica. Pero, más importante, no se tenía manejo de las complicaciones posoperatorias como la fístula bronquial. Realizar una cirugía compleja es la mitad del camino para lograr la sobrevida del paciente. En caso de desastre, lo habitual en la época era realizar una reamputación del muñón bronquial, si la fístula era lo suficientemente grande como para dar una sintomatología ominosa. Pero los casos de microfístulas, con desarrollo de empiema de la cavidad y microaspiración constante, que presentan un cuadro más pernicioso y quejoso, escapaban habitualmente a este abordaje. Tampoco se prodigaba la realización de una ventana pleural, pese a los extensos trabajos de Leo Eloesser y Clagget al respecto, que ya habían desarrollado completamente estas técnicas con resultados variables. No se contaba con fibrobroncoscopía para el diagnóstico y muchas veces, como

28 Conacher, I. D. The King's Anaesthetic. *Journal of Medical Biography*, 139-145.

29 Landsteiner describió el sistema AB0 en 1901 y el Rh en 1940.

solemos hacer en el tratamiento de esta entidad, aunque ya estaban disponibles los rayos X, no consta que se emplearan de forma habitual en el posoperatorio, por lo que es sumamente probable que no se aplicaran en el caso del rey. Es claro a nuestros ojos que un nivel hidroaéreo en una cavidad de una neumonectomía que "desciende" es signo de la presencia de una fístula broncopleural, los recursos ya estaban presentes, pero la conceptualización y el estado del arte aún no. Esto debe ponernos sobre la premisa humilde de que tal vez, como dijo Price, no seamos mejores que nuestros maestros, gran parte del conocimiento se encontraba allí, solo que desperdigado. Sería virtud de otros iniciar el proceso de la modernización.

Por otra parte, no se planteaba la rehabilitación como una prioridad, ni tampoco se realizaba valoración funcional preoperatoria. Recién entrados los años setenta, Abbey Smith indicaba a sus pacientes dejar de fumar y los valoraba luego de un perímetro de marcha de una milla (1,6 kilómetros), para ver si eran aptos. Cuánto hemos aprendido de la selección de nuestros pacientes desde el punto de vista general como predictor de la morbimortalidad. Debió pasar casi un siglo desde que John Hutchinson, un cirujano inglés, en 1846 describió la capacidad vital hasta nuestro entendimiento total de los volúmenes pulmonares y el advenimiento de la DLCO (*diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide*). Sin embargo, recién contaríamos con la gasometría como método confiable y asequible para valorar algo tan común como la insuficiencia respiratoria en 1958. Aunque resulte sorprendente, todos nuestros conceptos de insuficiencia respiratoria recién se establecieron a fines de los años setenta. Nuestro uso habitual de la ecocardiografía para valorar los parámetros cardíacos más esenciales, como la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) o la presencia de hipertensión pulmonar, comenzarían su camino en 1953. Los pioneros fueron el físico Helmuth Hertz y el cardiólogo Inge Edler, de la Universidad de Lund, Suecia. Hoy se utiliza prácticamente de forma habitual la ecocardiografía transesofágica para guiar la reposición durante un trasplante pulmonar.

Como puede verse, al momento de operar al rey, el doctor Price había dominado la anatomía y depurado la técnica quirúrgica, y lograba resolver el problema en el cuarto operatorio —"era amo del tórax con el mismo abierto"—. Pero, una vez que se "cerraba", el camino de obstáculos era aún largo. Faltaba mucho tiempo de observación y aprendizaje, "el tórax cerrado aún nos dominaba".

Consolidación y despegue

Llegando a la década del sesenta, la especialidad ingresó en su etapa de consolidación. Esta fase queda muy bien resumida por el cirujano francés H. Le Brigand, jefe quirúrgico del Hospital Marie Lannelongue, que dijo:

> [...] esta disciplina tan temida y considerada como mortal, ha adquirido una seguridad tal comparable a cualquier cirugía abdominal, sobre todo por la puesta a punto de la anestesia y reanimación, así como el desarrollo de la técnica operatoria [...].[30]

La cirugía torácica ha de desarrollarse en una técnica de disección muy anatómica y atraumática, respetando el equilibrio fisiológico, con un dominio total del procedimiento que permita una disección fina y delicada de un pedículo vascular frágil, entendiendo lo que se hace, tanto así como un plano cisural, pero a su vez agresivo, para no detenerse frente adherencias firmes, resección de costillas o liberación de un antiguo piotórax calcificado. Hoy, tal comprensión nos permite realizar resecciones complejas, sublobares, en bloque, en "manguito", cirugía traqueal compleja, que distan mucho de lo que eran veinte o treinta años atrás.

Hans Christian Jacobeus (1879-1937).

Los obstáculos fueron vencidos por alianzas que perduran hasta el día de hoy. Todos los avances logrados para el desarrollo de la cirugía de tórax están estrechamente ligados al desarrollo tecnológico. Comenzando con el estetoscopio descubierto por Laënnec con su sistema de auscultación, seguido por la radioscopia, los progresos de los primeros tomógrafos lineales, hasta los actuales multicorte. Las herramientas de disección y control del hilio pulmonar se entrelazan con el desarrollo exhaustivo de nuevos instrumentos y tecnologías, como las grapadoras, los dispositivos de electrocauterización, entre otros. Especial énfasis merece la toracoscopía, descrita en 1910 por Jacobeus, elemento que cambiará con el advenimiento del video para convertirse paulatinamente en el abordaje más ampliamente utilizado en la actualidad. El desarrollo de los respiradores y las unidades de cuidados críticos, como una necesidad de los posoperatorios, cambió radicalmente la evolución de la especialidad. La broncoscopía, implementada a partir de fines del siglo XIX, permanece en total vigencia para el diagnóstico y el tratamiento de las patologías de la vía aérea y es un apoyo fundamental para el manejo del cáncer broncopulmonar.

No queda ninguna duda de que la evolución hacia las técnicas de cirugía videoasistida dio un nuevo impulso y comprensión al desarrollo técnico, con visiones y ángulos diferentes, previamente inaccesibles, permitiendo el abordaje tridimensional del pedículo pulmonar. La resolución del ojo humano se amplió y se han ido logrando pantallas tridimensionales cada vez mejores, que permiten el desarrollo de la endoscopía y la videocirugía con más precisión, logrando intervenciones mínimamente invasivas, seguras y personalizadas.

---

30 Le Brigand, H.; Langlois, J.; Levasseur, P.; Sulzer, J. y Wapler, C. *Tratado de técnica quirúrgica*, tomo III. Barcelona: Toray-Masson, 1975.

Temores, angustias y satisfacciones del cirujano en ejercicio

Por Domingo S. Babini[31]

Un verdadero desafío me resultó participar en este simposio que empezó sumando nuevos temores y satisfacciones.

Una gran satisfacción por la invitación que agradezco muy sinceramente, por la honrosa distinción que me confiere y serios temores de que mi exposición no responda a los propósitos de los organizadores. Por eso, pido clemencia.

Se dice siempre que la medicina es una profesión de privilegio, pródiga en satisfacciones, pero cargada de temores y angustias que exigen una particular vocación.

Los estados emocionales ocasionados por la cirugía son subjetivos, regulados por la personalidad de cada uno. Por lo tanto trataré de consignar mis miedos y satisfacciones a lo largo de mi ejercicio profesional y hacer al final un análisis y reflexiones sobre los mismos.

Entré a la cirugía de la mano del Dr. Tomás de Villafañe Lastra cuando era el más destacado tisiocirujano de la prestigiosa Escuela Tisiológica bajo la dirección del maestro Gumersindo Sayago.

La tisiocirugía fue la primera etapa de la cirugía de tórax. En nuestros comienzos se prefería todavía la anestesia local, porque la general aumentaba los riesgos y agregaba a veces un angustioso suspenso esperando el despertar del paciente.

En la operación, con cierta frecuencia, el enfermo despierto se quejaba y retorcía. "¡No te quejes tanto que se me achica la atropellada!, ¡No hagas tanta fuerza que se me llena todo de sangre!". Eran frases que escuché utilizar para atemperar al paciente, con lo que a mí se me anudaba la garganta y aflojaban los separadores.

Fue la prueba de fuego para evaluar mis aptitudes y templar mi espíritu frente al embate emocional de esa cirugía cruenta que dejaba además profundas secuelas estéticas y funcionales.

Completé mi preparación en la Escuela de Tisiología y miraba al futuro con la satisfacción y tranquilidad de un especialista capacitado.

No advertía la realidad del progreso médico, que es continuado y no se detiene nunca. Es una carrera sin bandera de llegada y su trayecto se va jalonando con los sucesivos avances científicos y tecnológicos que imponen una

31 Incluimos este texto de Domingo Santiago Babini (1914-2010), presentado en Córdoba el 11 de octubre de 1995, a modo de testimonio de las vivencias de un cirujano torácico en la época que estamos describiendo.

actualización permanente, gravando cada nuevo emprendimiento con una aguda preocupación y expectativa llena de temores, dudas y ansiedad.

Estos impactos emocionales son mucho más intensos en el ejercicio quirúrgico. Mainetti lo resalta diciendo: "La cirugía avanza cada vez más comprometedoramente en la frontera de la vida y la muerte".

En los años de 1940, surge la cirugía endotorácica a la que poco nos ayudaba la experiencia de la colapsoterapia que fue totalmente desplazada.

Para el aprendizaje de esta nueva técnica hubo que viajar al extranjero. En Estados Unidos fueron mis maestros: Evarts A. Graham, el de la primera neumonectomía por cáncer con éxito; John Alexander, uno de los últimos y más distinguidos tisiocirujanos, y su sucesor, Cameron Haight, que figura con la primera lobectomía por bronquiectasias. Aquí compartí un tiempo con el Dr. Bracco.

Un período de entrenamiento y perfeccionamiento en el extranjero es un paso obligado para nuestra formación quirúrgica y cada uno cargamos con un rico anecdotario de dificultades, ansiedad, satisfacciones y ridículas situaciones que cabe contabilizar.

De regreso a Córdoba, me ligué al Dr. Lázaro Langer, unión que se mantuvo muy afectuosa hasta su fallecimiento.

Langer había regresado un año antes, trayendo entre los primeros esta nueva cirugía al país. Había estado cuatro años con Richard Overholt en Boston, donde tuvo una muy destacada actuación coronada como coautor de uno de los primeros textos sobre *La técnica de las resecciones pulmonares*, que alcanzó una difusión universal.

Implantar un procedimiento nuevo, de alta complejidad, en ambientes sin infraestructura adecuada, en tiempos sin residentes ni terapia intensiva, era una tarea ardua y exigente de una permanente atención personal y todo el peso de temores, angustias y responsabilidad.

Viene luego la primera etapa de la cirugía cardíaca, aquella de la anestesia convencional, cuando hasta hacía poco el corazón conservaba su condición de intocable. Era un audaz paso hacia la frontera que alude Mainetti. Fue abordada por cirujanos de tórax y con Langer nos pusimos en la tarea de iniciar su ejecución.

Aquí debo intercalar un penoso ingrediente político. Después de la revolución de 1943, los que no nos adherimos fuimos separados de toda institución oficial. Nuestra actividad la desarrollamos en un "refugio" privado, que era el Hospital Español, donde trabajábamos con muchas limitaciones que potenciaban las angustias y resultaba muy difícil agregar esta nueva complejidad de elevado riesgo.

Se da entonces la coincidencia de una invitación que se le formula al Dr. Langer para implantar y desarrollar un servicio de cirugía de tórax y cardiovascular en el flamante Estado de Israel. Condiciona su convenio a que me aceptaran como asistente.

Un mar de dudas y temores me costaron muchas noches de insomnio. Se me figuraba una aventura riesgosa en un ambiente agitado por la violencia y el terrorismo, lleno de peligros y privaciones, donde yo hasta podía ser discriminado por mi condición de cristiano.

Todo se superó y en enero de 1953 estábamos instalados en el Hospital Beilinson, en las afueras de Tel Aviv.

Nos esperaba una tarea inmensa en un ambiente extraño y convulsionado. Debíamos repetir el comienzo como lo hicimos en el Hospital Español. Eran momentos de una verdadera invasión de inmigrantes de los cinco continentes, con una alta incidencia de tuberculosis y cardiopatías reumáticas con enfermedad mitral, especialmente los procedentes de Europa, por las condiciones vividas durante el nazismo. Mucha hidatidosis traída por los orientales, bronquiectasias y otras supuraciones pulmonares y pleurales, así como tumores, traumatismos y algunos esófagos, acumulaban una urgente demanda que exigía una intensa actividad con muchas preocupaciones y poco descanso.

Sentíamos la enorme responsabilidad de haber sido seleccionados, aparte de tener que justificar nuestro nombramiento frente a un cirujano del ejército israelí que se había sentido desplazado. Como vemos, el valor agregado de la competencia y rivalidad germinan hasta en las arenas de Tierra Santa.

Nuestra mayor preocupación era dar comienzo a la cirugía cardíaca, de la que no teníamos experiencia práctica. El recelo de la inseguridad de un debut nos infundía serios temores a los que se añadía la ansiosa expectativa despertada tras el anuncio de que por primera vez en Medio Oriente se iba a introducir un dedo en un corazón funcionando.

Nos fue bien y en pocas semanas teníamos un programa de dos operaciones pulmonares y una cardíaca diarias, cuatro días de la semana. Fue una experiencia masiva, para mí muy gratificante, en la que se dieron todos los estados emocionales en todas sus dimensiones.

Una doble satisfacción compensaba con creces la esforzada tarea cumplida. Por un lado afianzamos nuestra formación quirúrgica y por el otro quedó un servicio en marcha bajo la dirección del Dr. Jacobo Zimerman, designado para entrenarse con nosotros y sucedernos.

Al cabo de un año y medio regresamos a Córdoba y a los pocos meses se revierte la situación política. Habían transcurrido doce años desde nuestra cesantía; lapso que vivimos signados con la ilusión de tener un lugar de trabajo propio e independiente, ajeno a los avatares políticos. Después de dos lustros de escollos y dificultades de todo tipo, con su consecuente carga emocional, nació el hospital privado Centro Médico de Córdoba, que sigue figurando entre los principales centros privados del interior, cuya corriente de satisfacciones está siempre interferida por las inevitables preocupaciones empresariales.

Somos reincorporados a los servicios oficiales. Las nuevas autoridades universitarias crean la Cátedra de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. El Dr. Langer es nombrado profesor titular y el que habla profesor adjunto.

Por tercera vez nos toca implantar y desarrollar un servicio de la especialidad, repitiendo su implementación esta vez con el agregado de la docencia.

A poco andar, un nuevo y sorprendente avance nos toca encarar. Me refiero a la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Después de casi dos años de trabajos experimentales iniciamos su aplicación clínica con resultados muy ingratos. El costo emocional de esa práctica inicial queda reflejado en una conferencia que el profesor Mario Brea dio en nuestra cátedra sobre su experiencia. Con su inalterable honestidad científica dijo que la mortalidad inicial era tan elevada que debía ser considerada una mortandad. Felizmente fue un período muy breve que pronto pasó a dar grandes satisfacciones.

Estábamos en esta época, cuando Langer fallece a los 61 años de edad. Fue uno de mis más dolorosos pesares. Era un cirujano de firme vocación impulsada al progreso. Ansioso por los adelantos quirúrgicos, fue pionero con Overholt en la cirugía endotorácica, pionero en Israel, con la cirugía cardíaca y pionero en la cátedra con la circulación extracorporal.

No sabemos si su precoz coronariopatía fue primaria, pero hay motivos para pensar que el embate de esas pesadas y repetidas cargas emotivas precipitó su prematuro fallecimiento.

Creo que aquí cabe preguntar: ¿es la isquemia miocárdica una enfermedad profesional? Esta hipótesis se debilita si tomamos en cuenta los integrantes de este simposio.

Valgan estas palabras como un homenaje a quien debo lo más sólido de mi formación quirúrgica y hemos compartido la mayor parte de los temores, angustias y satisfacciones.

Fui promovido a sucederle como profesor titular cuando ya la cirugía cardíaca había adquirido un volumen y una especie de autonomía que se formaron equipos independientes.

Me desprendí de la cirugía cardíaca, pero como el avance no se detiene, me tocó implantar la nueva cirugía directa de la tráquea y los avances con el "maldito esófago", como le llaman algunos, cuyos temores y angustias quedan reflejadas en la expresión de un destacado especialista, quien al preguntarle cuál era el atractivo de una cirugía tan ingrata, contestó: "alguien tiene que sufrir".

En adelante, me ocupé con mayor dedicación a la docencia hasta mi retiro jubilatorio. Mantengo actividad asistencial en el hospital privado, donde todavía me alcanza la novedosa cirugía videoscópica, cuya ejecución hemos encarado con mi asociado, Dr. Ricardo Navarro, con quien estamos además en la expectativa del último avance, esperando un donante para trasplante pulmonar, que sin duda tendrá una considerable carga emotiva.

Con este somero pero quizás demasiado extenso repaso de mi ejercicio profesional, intentaré un análisis de las emociones, objeto del tema.

Anoto en primer lugar las satisfacciones.

Las sentimos al obtener buenos resultados y son tanto mayores cuanto más difícil y riesgoso es el procedimiento. Es un triunfo, una victoria, con un significado muy especial, por cuanto recae sobre la vida misma que está amenazada. Rescatar de la muerte a un moribundo solo puede compararse al sublime placer de una madre cuando da a luz.

El reconocimiento de los pacientes nos llega de distinta forma, según la capacidad de manifestar la gratitud.

Los que más nos conmueven y valoramos son ese desprendimiento expresado por un cabrito o un paquete de salame que con tanta humildad nos traen, con la misma devoción del ramo de flores que llevan al santo de su veneración. Un paciente dueño de una granja prometió al curarse que no me faltarían lo que escrupulosamente llama "producto de gallina". Hace casi cuarenta años que en mi casa no se compran huevos.

Por otro lado las satisfacciones académicas, con sus emotivas ceremonias, logradas por nombramientos, designaciones, distinciones honoríficas, nos hacen sentir el éxito del tesón y la dedicación, como una halagadora retribución al sacrificio.

En segundo lugar, anoto los temores y las angustias. Los temores corresponden principalmente al pre y perioperatorio.

Considerando que todo acto quirúrgico es una agresión, aunque con fines benéficos, necesariamente despierta algún temor que comparten el cirujano y el paciente.

En lo que respecta al temor del cirujano, tendrá distintos grados según los caracteres de su personalidad, cuyas reacciones serán diferentes ante situaciones similares. Los hay temerosos y temerarios; pusilánimes e intrépidos; precavidos y audaces, contándose con la prudencia como regulador que no todos manejan convenientemente.

El riesgo quirúrgico y las emergencias son la primera fuente de temores, a los que siguen los del acto operatorio, por las dificultades, imprevistos o accidentes, que mantienen un ansioso estado de tensión, hasta que superan los riesgos. Recientemente se han agregado la hepatitis B y el SIDA, que requieren medidas precautorias especiales.

La expectativa de aplicación de nuevas técnicas va siempre acompañada de temores y ansiedad que resultará en angustia o satisfacción, según el resultado.

Como hemos visto en párrafos previos, nos ha tocado ser protagonistas de los progresos e innovaciones que se han venido desarrollando paralelamente a nuestra actividad.

Sin duda, mantenerse actualizado en esa dinámica, infunde un sucesivo monto de emociones que en general van adaptando la capacidad reaccional del espíritu.

Por último, la angustia. Puede surgir desde el mismo acto operatorio, como sucede cuando no se puede controlar un imprevisto o accidente que amenaza el éxito de la operación.

Aunque el riesgo operatorio sea asumido por paciente y cirujano, perder un enfermo en la mesa de operaciones siempre es una herida lacerante para quien la ejecuta. Es una de las angustias más profundas y difíciles de superar.

La evolución desfavorable de un posoperatorio que se prolonga, genera siempre un suspenso angustioso, sobre todo si surge la duda de alguna falla operatoria. Aquí cabe aquello de que "mientras el clínico observa la muerte de su paciente, el cirujano queda involucrado".

Otra fuente de tensión nace del quirófano mismo, llamado por uno de nuestros compañeros "el laboratorio de las angustias". Los eternos problemas de los horarios, la iluminación, el personal, los ayudantes, el instrumental y también los anestesistas suman sus efectos a los del acto operatorio.

Hay situaciones que superponen temores y angustias. Se producen en cirujanos en períodos de aprendizaje quienes además de soportar los temores de la impresión y la inseguridad de su desempeño, pueden ser el blanco de la conducta o ansiedad del cirujano a quien ayudan. Hay quienes ven todo acto del asistente como incorrecto y lo reprimen continuamente. Dicen que en vez de "ayudadores" son "estorbadores", y he visto en el clímax de su tensión preguntar al ayudante: "¿Usted quiere ayudarme?". "Por supuesto, doctor". "Entonces, ¡retírese!". Angustias de este origen han ocasionado hasta cambios de especialidad.

Los que cargan el mayor peso de temores y angustias son los creadores, que por primera vez aplican una técnica nueva. Son verdaderos héroes que como ejemplo paradigmático podemos citar a Graham, que ya mencioné; a Forssman, con el autocateterismo; a Barnard, con el trasplante cardíaco, y muchísimos más. Pienso que ha de contarse con un temperamento audaz, impulsado por una obsesiva fe y esperanza que supera los temores que se me ocurre catalogarlos, temores del coraje. También son los que reciben las mayores satisfacciones por el reconocimiento de marcar hitos históricos en el progreso científico.

No quiero dejar sin mencionar, además, los temores y angustias agregados en estos últimos tiempos que vienen ocasionando cada vez más preocupación. Me refiero a los juicios de mala praxis. Es un problema que está adquiriendo tal magnitud que merecería un tratamiento especial.

Ahora bien: ¿repercuten los rasgos de la personalidad del cirujano en la ejecución de la intervención quirúrgica? Yo creo que sí. El temeroso puede dejar incompleta una cirugía. El temerario puede excederse.

¿Podríamos pensar en un temperamento quirúrgico con características emocionales adecuadas, que podrían ser evaluadas para impulsar una selección de aspirantes? En un editorial de los *Proc. of the Mayo Clinic,* de 1989, en una encuesta recogida de la población general, encuentran que la mayoría se queja de la falta de *medical care* en los profesionales, lo que equivaldría a la falta de una atención más cuidadosa, más personal, afectiva y humana, y creen conveniente evaluar esas condiciones para el ingreso a los planes de educación médica.

Por analogía, ¿se podrían establecer parámetros de temperamentos quirúrgicos y aplicarlos para una selección de aspirantes? Dejo el interrogante.

Finalmente, si hacemos un inventario de los temores y angustias que carga el cirujano con un trabajo absorbente, con temporadas de profundas preocupaciones y cansancio que repercuten sobre su estado de ánimo y lo traslada a la familia, a la que abandona, porque como dice Jorge Orgaz:

> El cansancio aísla, alarga las distancias y acorta los afectos, cuando vivimos metiéndonos en el cuerpo y alma de otros, descuidando los nuestros, debemos aceptar que la familia de un cirujano debe contar con una capacidad de tolerancia y comprensión muy especiales.

Surge entonces una pregunta: ¿es la cirugía una profesión insalubre? No conozco estudios al respecto. Personalmente pienso que no lo es más que otras profesiones. Quizás sumemos más temores y angustias, pero la calidad de nuestras satisfacciones neutralizan mucho mejor los pesares.

Es mi conclusión, que avalo afirmando que si naciera de nuevo volvería a ser cirujano.

Parte II
Historia de las patologías

Introducción

Hasta ahora vimos los obstáculos y los cocreadores. En esta sección veremos cómo también fueron evolucionando las enfermedades a lo largo de la historia y con ellas, las técnicas para tratarlas.

Hay enfermedades que influyeron en el desarrollo de esta cirugía, fundamentalmente la hidatidosis, la tuberculosis y las supuraciones, tanto pulmonares como pleurales, así como también el trauma. Por otra parte, veremos cómo los antibióticos, las vacunas, el tratamiento de la tuberculosis y la mejora de las medidas sanitarias y epidemiológicas casi las hicieron desaparecer y emergieron otras como el cáncer de pulmón, el trauma de la vida moderna, la cirugía traqueal y el trasplante.

No dejaremos de repetir que todo cirujano torácico debe conocerlas, porque aun hoy existen indicaciones puntuales de estas formas de presentación; más todavía en un mundo globalizado, con mayor acceso a la atención y en zonas de pobreza, longevidad de la población, incremento de neumonías necrotizantes, VIH/sida, inmunosupresión y trasplante.

Ya en 1890, Murphy identificaba los principales problemas pulmonares susceptibles de cirugía, como las bronquiectasias supurativas, el empiema, el absceso pulmonar y la tuberculosis, a los que habría que agregar en Australia y el Río de la Plata la hidatidosis pulmonar.

Capítulo 4
Tuberculosis

Se puede afirmar con certeza que el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar nace, se desarrolla y luego se pierde a lo largo del siglo XX y que su curso es un espejo de la evolución de la cirugía torácica de la época.

La tuberculosis pulmonar es un claro símbolo del pasado y permite obtener una perspectiva del ascenso y caída de diversos procedimientos técnicos empleados para tratarla. La cirugía fue su herramienta terapéutica durante mucho tiempo, antes del advenimiento de los medicamentos antituberculosos específicos. Actualmente, el papel de la cirugía se limita al tratamiento de las secuelas de la tuberculosis y sus complicaciones y a algún caso de resistencia farmacológica, particularmente en las grandes lesiones cavitadas.

Los cirujanos modernos no deben olvidar que el nivel actual alcanzado por la cirugía torácica debe mucho a los avances que se consiguieron operando pacientes con tuberculosis pulmonar y por ese motivo su historia no debe quedar en el olvido, ya que en algunas regiones y en forma esporádica algunos de estos procedimientos mantienen aún plena vigencia, como la toracoplastia.

El primer concepto que dio lugar al tratamiento era el reposo y el oxígeno. Las regiones alpinas suizas, con su paz e intensa actividad hospitalaria, fueron la meca de la cura sanatorial. En nuestra región lo fueron las sierras de Córdoba. La exposición al aire puro de las montañas, la hielioterapia (exposición al sol), el reposo y la sobrealimentación fueron las bases terapéuticas empleadas en la primera mitad del siglo XX. La personalidad de los pacientes, el ambiente, el miedo colectivo a la hemoptisis, las intervenciones quirúrgicas marcadas por la alta mortalidad, la larga reclusión bajo tratamiento, juntamente con la esperanza en la curación y cierto romanticismo, se reflejan en algunos libros de la época.[32]

El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar se desarrolló mediante dos grandes vías: los métodos colapsoterápicos y la actuación directa sobre las lesiones pulmonares.[33]

---

32 París Romeu y Bravo Bravo, *op. cit*.

33 Vara Cuadrado, F. Apuntes históricos sobre la cirugía de la tuberculosis pulmonar en el siglo XX. *Rev. Patol. Respir.*, 2005, 8(1): 3-16.

Los primeros avances definitivos se produjeron cuando en 1821 James Carson (1772-1843), un médico escocés, propuso el neumotórax artificial en el tratamiento, para dejar en reposo al pulmón. Expresó:

> Durante mucho tiempo ha sido mi opinión de que si esta enfermedad se va a curar, y es un evento del que no estoy dispuesto a desesperar en todos los casos, debe lograrse por medios mecánicos; o en otras palabras, por operación quirúrgica.[34]

Los intentos fueron realizados por un cirujano, con la dirección de Carson, pero no tuvieron éxito porque no había espacio pleural.

En 1882, Forlanini, profesor de medicina en Pavía, presentó el concepto de neumotórax artificial en el tratamiento de cavernas tuberculosas.[35]

Spengler y Cerenville introducen en esa época la toracoplastia, como otro método de colapsoterapia.

El objetivo de los métodos colapsoterápicos era lograr el reposo pulmonar, favoreciendo el cierre de las cavernas tuberculosas por disminución de las fuerzas elásticas y los movimientos respiratorios. Esto produciría el proceso fibrótico que ocasionaría la retracción torácica, facilitando así el cierre de las cavernas. Se planteó que la retracción torácica conllevaba modificaciones circulatorias y linfáticas que favorecían la desaparición bacilar.[36]

El neumotórax, ya introducido por Carson, Forlanini y Murphy[37] en las últimas décadas del siglo XIX, se desarrolla en su esplendor a partir de 1906, luego de que Bauer publicó la fisiopatología del colapso pulmonar y su experiencia con este método terapéutico.[38] No sin antes generar una disputa entre Murphy y Forlanini sobre la paternidad del procedimiento.[39]

Como ya hemos mencionado, Jacobeus aportó, mediante la introducción de la adherenciólisis endoscópica, la solución a la limitación del neumotórax ante la existencia de adherencias pleuroparietales,[40] método que sería desarrollado también en nuestro país por los doctores Víctor Armand-Ugón y Alejandro Victorica.

Debemos mencionar también el oleotórax, iniciado por Schmidt, que consistía en inyectar aceite, a diferencia de suero fisiológico o gas nitrógeno como anteriormente se usaba, con la ventaja de una absorción más lenta.[41]

---

34 Carson, J. *Essays physiological and practical*. Liverpool, BF Writh. 1882, p. 84.

35 Forlanini, C. A contribuzione della terapia chirurgica della tisi: Ablazione del pulmone, pneumotorace artificiale? *Gazz. degli Ospedale e della Clinishe di Milano*, 1882; 3.

36 Vara Cuadrado, *op. cit*.

37 Murphy, J. B. Surgery of the lung. *JAMA*, 1898; 31: 151-165, 208-216, 281-297 y 341-356.

38 Brauer, L. Die behandlung der enseltigen lungenphtisis mit kunstlichen pneumothorax (nach Murphy). *Munch Med. Wochensehr*, 1906; 36: 338-339.

39 Vara Cuadrado, *op. cit*.

40 Jacobaeus, H. C. Endopleurale operationen unter der leitung des torkoskops. *Beitr. Z. Klin. Tuberk.*, 1916, 35: 1-36.

41 Schmidt, W. El oleotórax artificial. En: Hein, J.; Kremer, W. y Schimdt, W., *Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar*. Barcelona: Labor, 1943, tomo I, pp. 431-466.

Otro de los métodos colapsoterápicos fue la frenicoparálisis, introducida por Stuertz, con el objetivo de lograr la compresión pulmonar mediante la relajación diafragmática. Método de uso preferencial en las cavernas de lóbulos pulmonares inferiores que no son colapsables mediante el neumotórax, consistía en la sección completa del nervio frénico por vía cervical. Lo simple y lo bello de esta cirugía permitió que muchos tisiólogos médicos se introdujeran en la cirugía torácica. El método fue ampliamente difundido y, lamentablemente, utilizado de manera excesiva en pacientes sin indicación.[42]

Otra técnica desarrollada como parte de la colapsoterapia fue el neumoperitoneo, relegado a aquellos pacientes con fallo de la terapia del neumotórax. Su beneficio fue observado por Vajda tras notar la mejoría en pacientes embarazadas y con tuberculosis pulmonar a medida que ascendía el diafragma.[43]

La toracoplastia dominó ampliamente las medidas terapéuticas de la tuberculosis pulmonar hasta la primera mitad del siglo XX.

También denominada pleuroneumólisis por Friedrich,[44] se consigue el colapso pulmonar mediante la extracción costal amplia. Esta práctica acarreó múltiples complicaciones fisiopatológicas, como *shock* y respiración paradojal en el posoperatorio, con la consecuente elevada mortalidad. Es así que otros, como Wilms,[45] modificaron el procedimiento limitándose a extirpaciones parciales de las costillas. Pero fue Sauerbruch[46] quien estableció los lineamientos del abordaje de la toracoplastia extrapleural en 1913.

Como terapia complementaria, se debe considerar la apicólisis extrafascial descrita por Semb. Con objeto de favorecer el colapso completo del pulmón hasta el hilio, se intentaba liberar el vértice pulmonar luego de la descostalización.[47]

Finalmente, a mediados de siglo XX, Bjork describe la toracoplastia osteoplástica, en la cual forma una cúpula rígida con partes de las primeras tres costillas superiores, para así disminuir la cavidad pleural en los casos de exéresis pulmonares. Disminuyen de ese modo las complicaciones de las cavidades residuales intrapleurales: empiema y fístula bronquial.[48]

---

42 Abello, J. La parálisis artificial del diafragma. En: Academia Médico-Quirúrgica Española, *Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar* (ponencia). Madrid: Graf Uguina, 1941, p.105.

43 Vajda, L. Das pneumoperitoneum in der kollapstherapie der beiderseitigien lungentuberkulose augewandt werden kann? *Zentralbl. Tuberk.*, 1993, 67: 371-375.

44 Friedrich, P. L. Die operative beeinflusung einseitiger lungenphthise dutch totale brustwandmobilisierung und lunfenentspannung. *Ach. Klin. Chir.*, 1908, 87: 588-595.

45 Wilms, M. Eine neve methode zur verengerung des thorax bei lungentuberkulose. *Munch Med. Wochenschr.*, 1911, 41: 777-781.

46 Sauerbruch, F. Frostchritte in den chirurgischen behandlung der lungenkrankheiten. *Munch Med. Wochenschr.*, 1913, 43(34).

47 Semb, C. Thoracoplasty with estrafascial apicolysis. *Acta Chir. Scandinav*., 1935, 76(Suppl): 1-85.

48 Bjork, V. O. Thoracoplasty: a new osteoplastic technique. *J. Thorac. Surg*., 1954, 28: 194-211.

La toracoplastia fue extensamente utilizada, con un abanico amplio de indicaciones y poca uniformidad en la técnica, derivando en promedios de mortalidad de 11%, como la reportada por Hein.[49]

A partir de la década del ochenta del siglo XIX, se inician otras técnicas dirigidas a la resección de las lesiones pulmonares tuberculosas. La primera resección pulmonar en perros y conejos fue descrita por Gluck en 1881.

En 1883 Danzig H. Block le extirpa a su joven sobrina un foco tuberculoso pulmonar en el vértice. La joven muere y se comprueba por autopsia que la lesión no era tuberculosa. Este trágico desenlace lleva a Block al suicidio.

Ya en 1884, Biondi, un cirujano italiano, presenta en Viena su trabajo sobre 57 neumonectomías realizadas, con 30 sobrevivientes al momento de la publicación. Seis años más tarde, en 1891, Theodor Tuffier (1857-1929), un cirujano francés, defendió la neumólisis apical agregada a la toracoplastia y realizó la primera resección exitosa del ápex pulmonar por tuberculosis. Dos años más tarde, Eugène Doyen (1859-1916) realizó con éxito una lobectomía parcial por tuberculosis en un niño de 10 años. En el mismo año, William Macewen, de Glasgow, quien también se destacó como neurocirujano, extirpó casi todo un pulmón por tuberculosis crónica en un paciente que luego permaneció bien durante 45 años.

Sin embargo, el desarrollo verdadero de las resecciones parenquimatosas no ocurriría hasta mediado el siglo XX, debido a los problemas fisiopatológicos de la apertura torácica y la anestesia. Una vez superadas estas barreras en forma progresiva, se lograron cambios significativos en la reducción de la mortalidad operatoria. Para la década del cincuenta, ya comenzaba el desarrollo de los fármacos antituberculosos, iniciado con la utilización la estreptomicina[50] y luego la isoniacida, lo que permitió la curación de muchos pacientes.

Se reservaba el tratamiento quirúrgico para los casos que no respondían bien al tratamiento y los casos con grandes cavernas secuelares. Se destaca la mejora en la valoración preoperatoria de los pacientes, el manejo anestésico y la reanimación, derivando en un predominio de los procedimientos de exéresis pulmonar sobre los métodos de colapsoterapia.[51]

Otra estrategia en el manejo de las lesiones parenquimatosas tuberculosas fue la cavernostomía o drenaje abierto de las cavidades pulmonares, desarrollada desde 1844 por Hastings[52] y también utilizada por Kleesattel en los casos de fracaso de la toracoplastia.[53]

---

49 Hein, J. La toracoplastia. En: Hein, J.; Kremer, W. y Schmidt, W., *Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar*. Barcelona: Labor, 1943, tomo II, pp. 1032-1037.

50 Glover, R. P.; Clagett, T. H. y Hinshaws, C. Streptomycin in resection in pulmonary tuberculosis. Report of five cases. *Amer. Rev. Tuberc*., 1947, 55: 418-427.

51 Vara Cuadrado, *op. cit*.

52 Hastings, J. y Storcks, R. A case of tuberculous excavation of the lung treated by perforation of the cavity through the walls of the chest. *London Med. Gaz*., 1844, 5: 378-380.

53 Kleesattel, H. Offene kavernen behjandlung. *Zentralbl Tuberk*., 1937, 78: 305-311.

Vincenzo Monaldi concibió el abordaje de las cavidades con un método cerrado de punción con un trócar y luego la colocación de una sonda en el interior de la cavidad,[54] procedimiento indicado principalmente a pacientes con cavidades grandes de localización superior y anterior, rodeadas de parénquima sano, que favorecían el colapso cavitario.

En Uruguay la cirugía de tórax nace desde la cirugía general de las fronteras, especialmente, como veremos, desde la cirugía de la hidatidosis, a fines del siglo XIX.

Es Américo F. Fossati quien dará inicio a la cirugía de la tuberculosis en el Hospital Fermín Ferreira y formará a cirujanos que luego tendrían dedicación exclusiva al tórax, como Víctor Armand-Ugón y Alejandro Victorica.

Comenzarán con el acceso a la cavidad pleural con los neumotórax y, más tarde, con la tisiocirugía, que englobaba el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis y sus secuelas, las grandes cavidades pulmonares. Allí predominaron la colapsoterapia, primero, y luego la toracoplastia, con la resección más o menos amplia de la parrilla costal del lado afectado.

En 1930, en el Congreso Médico del Centenario, celebrado en Montevideo, Armand-Ugón y Sarno hacen una evaluación de la colapsoterapia quirúrgica, planteando sus indicaciones, como también sus contraindicaciones.

En 1954, Armand-Ugón y Pérez Davant publican en *El Tórax* el artículo "Indicaciones y elección de las intervenciones quirúrgicas en los tuberculosos pulmonares tratados con antibióticos y quimioterapia", señalando la tendencia de la tuberculosis pulmonar de presentarse en formas anátomoclínicas cada vez más localizadas, menos evolutivas, más fácilmente estabilizables, sin duda por la aparición de los antibióticos específicos. Resaltan estos autores una modificación lesional muy particular provocada por la isoniazida en ciertas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar, que puede ser pasible de cirugía como secuela no tuberculosa.[55] En ese mismo trabajo reportan más de 1800 toracoplastias realizadas en el Instituto de Enfermedades del Tórax desde 1937 a esa fecha, con 75% de buenos resultados.[56]

El Hospital Saint Bois, gracias a la tarea de Armand-Ugón y su equipo, pasó a ser conocido internacionalmente como centro de referencia en América Latina en cirugía de tórax. Se recibía allí a pacientes de Montevideo, del interior, del exterior, principalmente del sur de Brasil y del litoral argentino. Becarios

54 Monaldi, V. Tentativa di aspirazione endocavitaria nelle caverne tuberculari del pulmone. *Lotta C. Tuberculari*, 1938, 9: 3-4.

55 Armand-Ugón, V. y Pérez Davant, D. Indicaciones y elección de las intervenciones quirúrgicas en los tuberculosos pulmonares tratados con antibióticos y quimioterapia. *El Tórax*, 1954, III(2): 101-108.

56 Los libros de operaciones del Instituto del Tórax, desde 1937, con las descripciones operatorias manuscritas de las cirugías realizadas en la Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois, se encuentran en el museo de la Cátedra de Cirugía Torácica, en el Hospital Maciel, y son objeto de meticuloso análisis por un grupo de médicos residentes de ese servicio.

de países vecinos llegaban a completar su formación en cirugía torácica, atraídos por el prestigio de Armand-Ugón y su servicio.

El *staff* quirúrgico estaba formado por Armand-Ugón, Alejandro Victorica y Hamlet Suárez Cesio. Actuaban además los siguientes cirujanos: Alfredo Ruiz Liard, Aníbal Sanjinés, Julio Mezzera, Valentín Crosa Dorado. En 1961 se incorporó Jorge Nin Vivó y años más tarde José Luis Martínez y Mario Brandolino.

Entre 1940 y 1970 tiene lugar el desarrollo de la cirugía torácica endocavitaria y las resecciones pulmonares lobares, segmentarias y neumonectomías.

Las relaciones internacionales las cultiva Armand-Ugón, no solo trayendo figuras internacionales de la cirugía torácica al Uruguay, sino también realizando varios viajes de observación al exterior, principalmente a Europa y Estados Unidos, en el curso de los cuales visita, entre otros, a Crafoord en Estocolmo, a Nuboer en Utrecht, a Bergeret y Mathey en París y a Overholt y Rienhoff en Estados Unidos.

El eclipse en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar sobrevino con el desarrollo de la rifampicina a comienzos de los años setenta, que redujo el número de pacientes con indicaciones de cirugía, que quedaba reservada para el manejo de aquellos pacientes con resistencia a los fármacos o con grandes cavidades pulmonares.

Con el paso del tiempo, la demanda asistencial por tuberculosis bajó sustancialmente. Las patologías dominantes pasaron a ser otras, como las diferentes variedades de tumores torácicos, el enfisema y la miastenia, en desmedro de la cirugía de la hidatidosis y la tuberculosis. El éxito del tratamiento médico, agregado a los factores sanitarios, económicos y sociales, hizo que aquella realidad que nos avergonzaba en 1926, por el alto índice de mortalidad cada 100.000 habitantes, fuera superada.

Capítulo 5
Hidatidosis pulmonar

La hidatidosis en sus diversas formas de presentación ha sido desde siempre un problema universal y es el Río de la Plata una de las regiones con mayor prevalencia de esta grave zoonosis.

A diferencia de la vasta mayoría de las patologías torácicas, su prevalencia no era relevante en los países desarrollados de Europa o América del Norte, sino que la mayor concentración de esta entidad estaba en dos territorios muy distantes entre sí. Nos referimos al Río de la Plata y a Australia. La distancia se ve remarcada desde lo geográfico, pero, aun así, la hidatidosis pulmonar tuvo un rol protagónico en el nacimiento y el desarrollo de la cirugía torácica, incluso antes de la cirugía de la tuberculosis, marcando una época en esta historia.

En Australia, la referencia es para el doctor John Davies Thomas, quien en su libro *Enfermedad hidatídica*, publicado en 1884, realizó una descripción detallada de la enfermedad en todas sus etapas, a la vez que dilucidó la prevalencia de la hidatidosis en las diferentes regiones del mundo.[57]

Para el conocimiento de los inicios de la hidatidosis en nuestro territorio debemos remontarnos a finales del siglo XIX.

Las primeras experiencias publicadas sobre el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar en nuestra región son las del doctor Alejandro Posadas (1870-1902), tema en que continuó su labor y dedicación hasta su temprana muerte. Un hecho que se debe resaltar es que el doctor Posadas realizó la que probablemente haya sido la primera filmación de una cirugía en el mundo, y fue sobre la técnica en el tratamiento de la hidatidosis pulmonar.[58]

En Uruguay, los doctores Alfonso Lamas (1867-1954) y Luis Pedro Mondino (1867-1957), contemporáneos a Posadas, conformarían, desde el cargo de profesor de la Segunda Clínica Quirúrgica el primero y el segundo como su jefe de Clínica, una sociedad con una gran experiencia en la cirugía de la hidatidosis pulmonar. Estos dos ilustres cirujanos fueron quienes iniciaron el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar en nuestro país, describiendo incluso una técnica para su extirpación, el método de Lamas y Mondino.

57 Thomas, J. D. *Hydatid disease*. Adelaide: E. Spiller, Government Printer, 1884.

58 Turnes, A. L. La hidatidosis en el Río de la Plata. Una revisión de algunos hitos a través de tres siglos. *Jornadas Iberoamericanas de Hidatidosis & Otras Zoonosis*, Colonia del Sacramento, Uruguay, 24-26 abril de 2014.

Dr. Alfonso Lamas y Dr. Luis Pedro Mondino.

La patología hidatídica es, junto con la tuberculosis pulmonar, una de las patologías donde el cirujano se vio obligado al abordaje del tórax antes de los inicios de la anestesia general, hecho que implicaba procedimientos de elevada morbilidad, por sus complicaciones, relacionadas con el colapso pulmonar y la neumonía posoperatoria.[59]

Es en este contexto donde se debe destacar la técnica quirúrgica de Lamas y Mondino, procedimiento que constaba de dos tiempos operatorios, con el objetivo de evitar los inconvenientes del neumotórax operatorio y la infección pleural.

Con mucha claridad, Víctor Armand-Ugón describe con total detalle, en su libro *El tórax quirúrgico*, en el capítulo "Quiste hidático de pulmón", la técnica implementada por Lamas y Mondino, que se reproduce a continuación:

> El primer tiempo consta de reparar el quiste sobre la pared costal, teniendo como objetivo crear una zona de sínfisis pleural. Para ello, con anestesia local se resecan una o dos costillas y en este último caso el pedículo intercostal y los músculos intermediarios. Se denuda la pleura parietal en una zona de 5 cm de diámetro. Sobre la pleura denudada se coloca una mecha yodada, una esponja elástica, un plombaje parafinado, etc., se suturan parcialmente los músculos por encima del apósito elegido para mantenerlo sólidamente aplicado y colapsar parcialmente las porciones periféricas del parénquima.
>
> Cuando la serosa se presente dura, acartonada, de espesor considerable y de color blanco amarillento, puede afirmarse que las adherencias ya existen y que la operación puede realizarse en un solo tiempo. Las pleuras libres se presentan finas, traslúcidas, dejando ver la coloración del pulmón y sus desplazamientos respiratorios.
>
> El segundo tiempo se realiza 15 días más tarde, previa radiografía de control. En este segundo tiempo se punciona el quiste con un trócar, después de haberlo ubicado con una aguja y jeringa de Pravaz, se evacúa por aspiración;

59 Pernin, A. Alfonso Lamas (1867-1954). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988, pp. 64-67.

> luego, guiándose por el trócar, con el termo-cauterio se abre la periquística más ampliamente para extraer la germinativa; hecho esto se efectuará un drenaje con mecha y no con tubo, como es nuestra conducta en todo drenaje pulmonar. Estas mechas se retiran lentamente para permitir la cicatrización de la cavidad, proceso que se prolongará más o menos tiempo según el espesor y volumen de la periquística.[60]

Mientras en nuestra región se estaba en continuo progreso en el conocimiento y los fundamentos terapéuticos sobre la hidatidosis pulmonar, en Australia también se encontraban ya descritos por John Davies Thomas casos de esta enfermedad. En 1885, publica una serie de 32 pacientes donde la táctica quirúrgica del quiste hidatídico incluía el abordaje y la evacuación del contenido hidatídico, marsupialización y drenaje.[61]

Tomando en cuenta la alta prevalencia de la hidatidosis en Uruguay, Velarde Pérez-Fontana (1897-1975) fue sin dudas uno de los responsables del impulso a la investigación y de la lucha contra esta patología. A diferencia del manejo estrictamente quirúrgico de la hidatidosis en las diferentes regiones donde se reportaban casos, Pérez-Fontana cambió el enfoque de la enfermedad, con un abordaje desde la educación de la población y medidas de prevención.[62]

Dr. Velarde Pérez-Fontana.

En 1941, Pérez-Fontana realizó una convocatoria en Colonia del Sacramento para constituir la Asociación Internacional de Hidatidología, organización que sería reconocida por las Naciones Unidas y tendría relación permanente con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este cónclave fundacional cambiaría el curso de la enfermedad hidatídica en las décadas siguientes, primero a nivel regional y progresivamente en el resto del mundo.

Dentro del inmenso aporte de Pérez-Fontana al conocimiento y el desarrollo de nuevas terapias contra la hidatidosis, se debe realizar un especial énfasis en su técnica de adventicectomía en el quiste hidatídico de pulmón, procedimiento que publicaría en 1948 con el título *Nuevo método de operar en el quiste hidatídico de pulmón. El método uruguayo de V. Pérez Fontana*.

Dicha técnica consiste en que, una vez expuesto el quiste hidatídico pulmonar por abordaje toracotómico, se procede a la extirpación del quiste, ya sea por punción y aspiración o mediante el desgarro de la periquística me-

60 Armand-Ugón, V. *El tórax quirúrgico*. Montevideo: Editorial Científica SMU, 1938, pp. 347-350.

61 Turnes, *op. cit.*, p. 238; Thomas, J. D. The Treatment of pulmonary cysts by the establishment of large openings into the sac, and subsequent free drainage. *British Medical Journal*, 1885, 10 de octubre.

62 Turnes, A. L. *Los comienzos de la hidatidología internacional*. Colonia del Sacramento: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2011, pp. 3-9.

diante el procedimiento de Posadas y parto de la hidátide. Luego se toman los bordes de la adventicia y se realiza su desprendimiento del parénquima pulmonar. Una vez finalizado esto, se evidencian dentro del saco adventicio los bronquios y vasos procediendo a su ligadura, antes de su sección. Para finalizar, se realiza la sutura con puntos transfixiantes del parénquima pulmonar en la superficie periadventicial, invirtiendo los bordes de la brecha. En casos de quistes hidatídicos de gran tamaño o de no lograr la resección adventicial completa, se procede a la resección en su mayor extensión posible y el resto se marsupializa con planos musculares de la pared torácica.

Esta técnica revolucionó el abordaje terapéutico en su época, y es aún empleada en la actualidad, lo que evidencia la vigencia del desarrollo de las terapéuticas surgidas en nuestro territorio.[63]

Centrándonos en la hidatidosis pulmonar, debemos destacar a Víctor Armand-Ugón (1900-1972). Cirujano y padre de la cirugía torácica en Uruguay, fue referente mundial en su época, desarrollando entre los años 1930 y 1938 una vasta actividad quirúrgica torácica. Aportó varias publicaciones relacionadas con la hidatidosis pulmonar y asistió a diversos congresos internacionales, demostrando en todos ellos su solidez conceptual, basada en su amplia experiencia y en la lectura sobre las distintas novedades quirúrgicas.

Dr. Víctor Armand-Ugón.

En 1938 publica *El tórax quirúrgico,* el primer libro en lengua castellana sobre el tema, dedicándole un capítulo a la patología hidatídica pulmonar y su tratamiento,[64] y, en el transcurso de las décadas posteriores, sería el autor de una de las técnicas más relevantes, aún utilizada en la actualidad y denominada "parto de la hidátide". Dada la relevancia de dicha técnica, que perdura vigente hasta el día de hoy y con magnitud internacional, la expondremos textualmente de su autor, quien la describió en el *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* con el título "Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón", en 1947.[65]

> La incisión de toracotomía se practica habitualmente sobre el 6° ó 7° espacio intercostal, estando el enfermo colocado en decúbito lateral. Si el quiste

63 Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. *Relato Oficial al XLIV Congreso Argentino de la Cirugía Torácica.* Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, noviembre de 2000, p. 45.

64 Armand-Ugón, *op. cit.*; Turnes, *op. cit.*, pp. 228-235; Ruiz Liard, A., Víctor Armand-Ugón (1900-1972). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Montevideo: edición independiente, 1988; Nin Vivó, J. Víctor Armand-Ugón (1900-1972). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006, pp. 315-332.

65 Turnes, A. L. *Echinococcosis 2016. La echinococcosis desde el Río de la Plata al mundo. Algunos datos de interés.* Montevideo: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2016.

es alto y posterior se utiliza la incisión de Crafoord, contorneando el omóplato, y, abriendo el tórax en el 5° espacio. Si el quiste está ubicado en los segmentos anteriores del pulmón la incisión corriente es la toracotomía anterior, con incisión submamaria, estando el enfermo en decúbito dorsal. La resección costal en la mayoría de los casos es innecesaria, obteniéndose buena luz siempre que se utilice una toracotomía muy amplia. Si el tórax es rígido como acontece en las personas de edad o cuando se notara excesiva resistencia al abrir el separador torácico, se seccionará atrás, una o dos costillas, lo que proporciona mucha luz, dando claridad y facilidad a las maniobras operatorias. Abierta la pleura, el cirujano debe controlar la exactitud del diagnóstico y, más de una vez, será necesario rectificarlo. Se investiga el asiento exacto del quiste. En todos los casos que hemos operado el quiste es fácilmente reconocido y abordable por estar corticalizado en una de las caras lobulares. Si existen adherencias pleurales en la vecindad del quiste o sobre él, éstas son seccionadas entre dobles ligaduras para liberar el lóbulo afectado, y, obtener su movilización. Movilizado el lóbulo, se protege cuidadosamente la cavidad pleural con grandes compresas de gasa, en toda la periferia de la zona operatoria. Después de este tiempo el anestesista mantendrá una ligera hiperpresión hasta que la extracción del quiste se haya efectuado. En el límite del parénquima, donde emerge la adventicia, se incide a ésta con delicadeza utilizando bisturí o mejor tijera roma.

Se secciona milímetro a milímetro, pinzando los bordes de la incisión, que se disecan profundizando el corte hasta que aparezca la vesícula hidática. No es infrecuente encontrar en el espacio perivesicular secreción puriforme lo que facilita notablemente las maniobras operatorias. Se insinúan los dedos entre la adventicia y la vesícula hidática buscando su movilización. El anestesista simultáneamente aumenta la hiperpresión obteniéndose así la expulsión de la vesícula intacta por la brecha quirúrgica de la adventicia. Se limpia el saco adventicial deshabitado, se recorta la parte fibrosa y exuberante de la adventicia, y se realiza una hemostasis prolija. En algunos casos se obliteró el bronquio que soplaba en la adventicia, maniobra que últimamente nos ha parecido innecesaria o tal vez perjudicial porque interfiere con el drenaje bronquial eventual.

Se oblitera la incisión de adventicia en planos hasta obtener un cierre rigurosamente hermético y un correcto recubrimiento pleural de toda la línea de sutura.

Se instituye un drenaje pleural cerrado con el fin de evacuar totalmente el neumotórax y el exudado pleural que se formará en el post-operatorio.

Se reexpande totalmente al pulmón cerrando por planos la cavidad torácica. El drenaje pleural siempre se practica por una pequeña contra-abertura.[66]

La hidatidosis pulmonar en su forma quística, junto con sus variantes, es una enfermedad que se encuentra presente a nivel global, debiéndose enfo-

66 Armand-Ugón, V. Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay,* 1947.

car su abordaje desde la educación de la población, la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno. La lucha frente a esta zoonosis no solo debería implicar al sector de la salud, sino también al social, al político y al económico.[67]

En suma, se trata de una patología de la cual se posee escaso conocimiento a nivel mundial, aunque es en el Río de la Plata donde se ha recogido la mayor experiencia sobre el tema y se ha avanzado en más etapas respecto a su tratamiento. Actualmente, fruto de esa conducta de prevención desarrollada a lo largo de muchas décadas, casi no hay casos simples, las pocas formas quirúrgicas son formas complejas, tales como tránsitos toracoabdominales, siembras o enfermedad por secuelas, lo que confiere a este tema plena vigencia.

67 Turnes, A. L. La hidatidosis como problema de salud pública. *XXIII Congreso Mundial de Hidatidología*. Colonia del Sacramento, diciembre de 2009.

Capítulo 6
Bronquiectasias

Rene Laennec.

Han pasado ya casi dos siglos desde que Laennec realizara la primera descripción clínica de un paciente con bronquiectasias, más de ochenta años desde que se introdujera la broncografía como método diagnóstico estándar y más de medio siglo desde que Reid, basándose en la comparación entre los hallazgos histológicos y broncográficos, describiera y clasificara a las bronquiectasias de una forma aproximada a como se las conoce en la actualidad.[68]

Las bronquiectasias no son más que el resultado final de la afectación pulmonar, ocasionada por diferentes patologías.

La mejora en las condiciones sanitarias, sobre todo en los países más desarrollados, el uso de antibióticos dirigidos a un amplio espectro de gérmenes, incluyendo el bacilo de Koch —agente causal de la tuberculosis— y la profilaxis vacunal frente a enfermedades virales, han disminuido la prevalencia de las bronquiectasias.[69] En la era preantibiótica, su prevalencia y mortalidad eran muy elevadas, falleciendo los pacientes antes de los 40 años. Esta prevalencia corría paralela a enfermedades generadoras de bronquiectasias como la tuberculosis y la neumonía necrotizante, o la tos convulsa (tos ferina).

Transcribimos textualmente: "Hace 50 años el bronquiectásico, librado a su propia evolución, iba a la muerte, por la toxemia supurativa, madre lerda de la amiloidosis, y que no llegarían a cruzar un imaginario rubicón, alrededor de los treinta años".[70]

Esta bonanza ficticia relajó la atención científica y comercial, considerándose esta enfermedad un resabio del pasado. Tan es así que, en una revisión de 1988, Barker realizó una puesta al día sobre el tema y alertó a la comunidad científica, al definir a las bronquiectasias como "una enfermedad huérfana", utilizando una definición de Brewer; una enfermedad de: 1) olvido científico,

68 Martínez García, M. A. Bronchiectasis: Still an orphan disease? *Arch. Bronconeumol.*, 2005, 41: 407-409.

69 Branda, M. J., *et al.* Relato bronquiectasias. *Sociedad Argentina de Cirugía Torácica*, 2014.

70 Grmek, M. D. *Laennec: entre la pathologie et la clinique* (Histoire et Philosophie des Sciences, Paris-I-Sorbonne). Tesis doctoral, 1985.

2) desidia comercial y 3) subestimación, asumiendo su baja prevalencia. En la actualidad, a pesar del progreso científico y tecnológico, al decir de Martínez García, "se han despertado viejos demonios".

Remontándonos a sus orígenes, tal como mencionamos, fue René Theophile Hyacinthe Laennec quien describió por primera vez una enfermedad que alteraba la mucosa muscular y el cartílago bronquiales, con engrosamiento fibroso de su pared, con rara afectación de los bronquios periféricos. Plasmó estas descripciones en su tratado *De l'Auscultation Médiate ou Traite des Maladies des Poumons et du Cœur.*[71]

En los años subsiguientes fueron varias las personalidades que profundizaron en su estudio, logrando múltiples avances en su manejo. Tal es el caso de Gustav Killian que, en 1898, y Chevalier Jackson (1865-1958), en 1907, introdujeron innovaciones para aspirar y remover secreciones y de esta manera prevenir las bronquiectasias, realizando las primeras broncoaspiraciones.

Por su parte, Jean Athanase Sicard, a principios del siglo XX, introdujo la broncografía, la opacificación del árbol bronquial con contraste, que permitía obtener una imagen clara y definida de los cambios destructivos de la vía aérea. Estos estudios fueron complementados por su discípulo Forestier (1890-1978).

Ya en la década del cincuenta, Lynne Reid compatibilizó los estudios de Sicard de broncografías en especímenes patológicos y señaló una serie de consideraciones: el rol de la infección, la respuesta inflamatoria y el defecto de los mecanismos de defensa, y categorizó, de acuerdo al estudio precitado, la morfología de las dilataciones bronquiales en una clasificación clásica que perdura en el tiempo (cilíndricas, varicosas o saculares).

Pese a los avances logrados, diagnosticar precozmente las bronquiectasias ofrece a menudo grandes dificultades, aun a los clínicos más ejercitados, tal como señala Ferdinand Sauerbruch en su libro *Cirugía del tórax*:

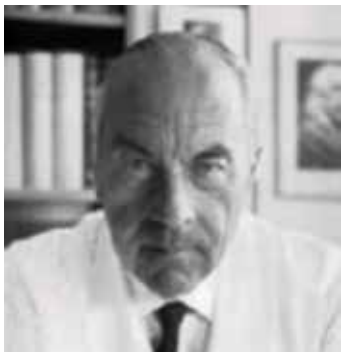
> La clínica puede ser muy inespecífica en los estadios iniciales, con similitudes a una bronquitis que perdura en el tiempo. Con frecuencia, no son explorados tales enfermos o no se prestan ellos mismos a ser explorados, hasta que la expectoración se torna hemática o hemoptoica u ofrece un olor fétido que imposibilita a los enfermos estar en sociedad.
>
> El diagnóstico se basaba en los hallazgos clínicos, siendo la radiología un apoyo fundamental para definir su extensión y por ende su tratamiento.
>
> El tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias, desde el punto de vista quirúrgico, no proporcionaba grandes éxitos. Las cavidades bronquiectásicas se hallan, en general, tan difusamente extendidas, afectando proporciones grandes de pulmón, que no es posible alcanzarlas por completo en las resecciones.

71 Laennec, R. T. H. *A treatise on the disease of the chest*. Nueva York: Academy of Medicine, Hafner Publishing, 1962.

> La cirugía está sólo indicada en los casos en que las alteraciones todavía se hallan limitadas – a un lóbulo-, siendo generalmente los lóbulos inferiores (predominantemente el lóbulo inferior izquierdo) los más afectados.[72]

Las primeras intervenciones de resección pulmonar vinculadas a bronquiectasias se llevaron a cabo en los comienzos del siglo XX. Fueron Rudolf Nissen, en 1927, Ferdinand Sauerbruch, en 1928, y Cameron Haigh, en 1931, los primeros en realizar neumonectomías por esta entidad. Por su parte, fue Harold Brunn, en 1932, el primero en llevar a cabo una lobectomía por bronquiectasias.[73]

En 1899, Fedor Krause (1857-1937), en Alemania, que se destacaría luego como neurocirujano pero que había trabajado junto a Robert Koch en sus comienzos, realizó una lobectomía parcial por bronquiectasias, con recuperación del paciente. La tasa de mortalidad, sin embargo, fue extremadamente alta.[74]



Rudolf Nissen y Ferdinand Sauerbruch.

Cameron Haight, Harold Brunn y Howard Lilienthal.

72 Sauerbruch, F. *Cirugía del tórax*. Barcelona: Labor, 1926, p. 203.
73 Branda, *op. cit*.
74 Turnes, A. L. *La cirugía del tórax en Uruguay*. Montevideo: Editorial Granada, 2020.

Durante los primeros años, los resultados quirúrgicos eran variables, con tasas de mortalidad muy elevadas. A modo de ejemplo: en 1922, Howard Lilienthal (1861-1946), de Nueva York, informó una tasa de mortalidad de 42% en 14 lobectomías por bronquiectasia. Estimó que en casos seleccionados podría esperarse una tasa de supervivencia de 50% a 60%, con restablecimiento de la salud en casi la totalidad de los pacientes. En todos los casos utilizó la técnica por ligadura en masa.

En la misma línea se destaca a Evarts Ambrose Graham (1883-1957), quien en 1923 realizaría la primera neumonectomía total por cáncer de pulmón. Recolectó 48 casos de resección por bronquiectasia, con una tasa de mortalidad del 52% y éxito total en 17. Informó tres de sus propios casos con solo una supervivencia; las muertes se debieron a infección. A causa de la alta tasa de mortalidad después de la infección pulmonar, Graham concibió la idea de evacuar los bronquios llenos de pus y establecer el drenaje destruyendo las porciones periféricas de los lóbulos involucrados con un cauterio real (neumonectomía por cauterización). En 1925, informó una tasa de mortalidad de 20% en 20 pacientes con supuración pulmonar tratada con neumonectomía por cauterio. Seis fueron curados, cuatro eran asintomáticos, pero tenían fístulas bronquiales, tres mejoraron y uno no se pudo rastrear.

En nuestro país, Víctor Armand-Ugón, en 1931, hizo una comunicación a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, "Neumectomía al cauterio", donde señalaba la justificación del empleo de esta técnica en los abscesos crónicos de pulmón y bronquiectasias, pese a una tasa de mortalidad del 65%. Decía al respecto:

> Esta extraordinaria mortalidad justifica las terapéuticas más arriesgadas, y con mayor razón si se recuerda que estos enfermos son verdaderos parias sociales por su expectoración abundante y fétida, que inspira repugnancia. Ellos mismos se sienten degradados socialmente y sobrellevan con toda amargura, una enfermedad peor que la muerte.[75]

El gran problema en estos procedimientos era el tratamiento del muñón bronquial, pues se hacía una fístula broncopleural y los pacientes morían en su mayoría por infección. A pesar de los malos resultados obtenidos inicialmente en las resecciones pulmonares (Lilienthal reportaba en 1922 una mortalidad del 64%), la gran mejoría que experimentaban los sobrevivientes impulsaba a los cirujanos a seguir operando.

En 1931, Rudolph Nissen (1896-1981), en la clínica de Sauerbruch, realizó una neumonectomía total en una niña de 12 años por bronquiectasias, mediante ligadura masiva del hilio.

Con el inicio de la disección anatómica de las estructuras hiliares y la resección individual de las estructuras broncovasculares, en asociación con una

75 Armand-Ugón, V. Neumonectomía al cauterio. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo*, 1931, 2: 139.

mejor determinación de la oportunidad quirúrgica, la mortalidad disminuyó notoriamente con tasas de menos de 5%, ya a mediados del siglo pasado. Un claro ejemplo de ello es Edward Delos Churchill (1895-1972), de Boston, quien realizó una lobectomía para bronquiectasias utilizando ligadura individual, pero el paciente murió una semana después, por empiema. En 1937, sin embargo, Churchill reportó 84 casos de bronquiectasias tratadas con lobectomía, con una tasa de mortalidad de solo 4,6% y solo 1,5% para los 66 casos unilaterales.

En 1940, Blades y Kent describieron la técnica de ligadura individual de estructuras hiliares que Hugh Morriston Davies (1879-1965),[76] de Gales, el decano de la cirugía torácica del Reino Unido, había utilizado por primera vez en 1912 y luego había repetido Churchill en 1931.

En nuestro medio fue Víctor Armand-Ugón el pionero en el tratamiento de esta patología. En 1934 publicó en la *Revista de la Tuberculosis del Uruguay* "Lobectomía por bronquiectasias". Se trataba de una paciente de 26 años con bronquiectasias del lóbulo inferior izquierdo. En ese momento de alta mortalidad de las lobectomías, planificó una preparación que insumió año y medio, con una frenicectomía y una toracoplastia inferior izquierda. Posteriormente, efectuó una lobectomía en dos tiempos, con éxito.

En *El tórax quirúrgico* hace un relato muy minucioso de esta afección en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, detallando con notable claridad cada uno de los procedimientos dirigidos a su resolución.

En Argentina, años más tarde, en 1939, José Arce operó una lobectomía y Alejandro Ceballos una neumonectomía en dos tiempos por bronquiectasias.

Con la introducción de las terapias antibióticas y el perfeccionamiento en las medidas de drenaje postural y fisioterapia, los resultados posoperatorios fueron aún más satisfactorios.

Hoy en día, con el advenimiento de la tomografía computada (TC) y la tomografía computada de alta resolución (TCAR), el diagnóstico de bronquiectasias es posible en estadios más precoces, logrando una mayor exactitud en la determinación de la extensión de la enfermedad y, por lo tanto, en la elección de las terapéuticas.

El tratamiento es interdisciplinario, incluyendo tratamiento médico (exacerbaciones agudas, vacunas, tratamiento de la infección bronquial, de la hiperreactividad bronquial, tratamiento nutricional, rehabilitación respiratoria y tratamiento de las complicaciones).

La cirugía se mantiene al día de hoy como la única opción curativa, y en pacientes correctamente elegidos esta opción terapéutica tiene un beneficio claro.

El objetivo de la cirugía es mejorar la calidad de vida de los pacientes, resolviendo el proceso infeccioso de forma definitiva y previniendo o solucio-

76 Naef, A. Hugh Morriston Davies: First Disection Lobectomy in 1912. *Ann. Thorac. Surg.*, 1993, 56: 988-989.

nando las complicaciones graves de esta enfermedad (hemoptisis masiva), deteniendo el proceso de destrucción pulmonar por reiteración del cuadro supurativo del lóbulo afectado y evitando la contaminación del parénquima homo o contralateral.

Como bien podemos concluir, los descubrimientos logrados a fines del siglo XIX y los avances del siglo XX son los que permiten que hoy en día esta patología no presente la prevalencia de otras épocas ni la mortalidad tan temida en otros tiempos. Estos avances han logrado que podamos brindar una mayor seguridad a los pacientes, así como un claro beneficio en su calidad de vida.

Capítulo 7
Trauma

Como se ha mencionado, a lo largo de la historia las guerras han aportado mucho al desarrollo y apogeo de la cirugía torácica.

Es difícil para un cirujano moderno visualizar el estado de la cirugía al final de la guerra civil norteamericana (1861-1865). Las técnicas de anestesia eran limitadas. La antisepsia y la asepsia todavía no se soñaban. Las escuelas de medicina estaban mal organizadas y peor administradas. No existían programas de formación de internos y residentes. Los canales para la difusión de información médica eran escasos. Dentro del Departamento Médico del Ejército, faltaba tanto el orden como el sistema.

No es sorprendente que en la guerra franco-prusiana, que estalló en 1870, cinco años después del final de la mencionada guerra civil, se hicieran pocos avances en el manejo de las heridas. Cuando estalló la Primera Guerra Mundial, en 1914, se habían hecho enormes progresos en medicina y cirugía, basados en el trabajo de Pasteur en bacteriología y el de Lister en antisepsia, a partir del cual se desarrolló el concepto moderno de cirugía aséptica. Sir William Osler, en 1902, escribió que los médicos se habían capacitado y equipado mejor y la enfermedad se "entendía más a fondo, se estudiaba con más cuidado y se trataba con más habilidad […]. La suma promedio de sufrimiento humano se ha reducido de una manera para alegrar a los ángeles".[77]

Primera Guerra Mundial

Los oficiales médicos de la Primera Guerra Mundial tenían motivos para estar agradecidos por estos avances, porque las heridas que debían tratar eran mucho más terribles que las de cualquier guerra anterior.

Hasta el final de la guerra, el empiema fue la principal obsesión de los cirujanos británicos y la principal causa de malos resultados. Sin embargo, durante la guerra, las desventajas del manejo expectante en muchos casos de hemotórax, especialmente en aquellos en los que estaban presentes la coagulación y la infección, se hicieron evidentes. En 1918, mientras se encontraba en una misión quirúrgica en los Estados Unidos, Grey Turner sugirió el uso de decorticación en algunos casos de hemotórax retenido, en los que, señaló, el

77 Berry, F. B., *et al. Thoracic Surgery.* Volume 1. Surgery in World War II. Washington, DC: Medical Department, United States Army, 1963, p. 7.

pulmón probablemente se encontraría encarcelado en una masa de coágulos de sangre organizados que se extendía hasta el diafragma e interfería con su movimiento normal. Fue muy interesante, continuó, ver el pulmón reaparecer "desde su cota de malla" y comenzar a expandirse normalmente durante la decorticación. "Suspiró" en busca de un aparato anestésico que facilitara la operación, al permitir un cambio rápido de la anestesia de inhalación ordinaria a la presión intrapulmonar positiva.

La guerra dejó a los británicos y a los estadounidenses un gran legado de pacientes con empiema crónico, hemotórax retenido y cuerpos extraños retenidos con supuración crónica, así como muchos lisiados en el tórax, con fibrotórax.

Por su parte, la experiencia de Estados Unidos con las afecciones torácicas se concentró principalmente en el tratamiento de la infección y, más específicamente, en el tratamiento del empiema. Esto se debió, en parte, a las numerosas epidemias de sarampión y neumonía que ocurrieron en los campamentos después de que este país entró en la guerra y, en parte, a la epidemia mundial de influenza y neumonía en 1918 y 1919.

En la voluminosa literatura sobre empiema que apareció después de la Primera Guerra Mundial se hizo muy poco intento de separar el hemotórax organizado postraumático y el empiema hemotorácico subsiguiente del empiema neumónico o metaneumónico, a pesar de las diferencias significativas entre los dos grupos de casos.[78]

El empiema

Durante la segunda mitad de 1917, la neumonía, en parte primaria y en parte secundaria al sarampión, estaba causando aproximadamente el 65% de las muertes en el ejército de los Estados Unidos. El Surgeon General de los Estados Unidos, en un intento por encontrar algún medio para combatir esta terrible pérdida de vidas, designó una comisión a comienzos de 1918 para estudiar la neumonía en sus aspectos clínico, patológico y bacteriológico. Uno de los resultados del trabajo de esta comisión, que sería de gran alcance, fue la determinación de que el estreptococo betahemolítico estaba jugando el papel principal en muchos casos de neumonía y daba lugar a una entidad que la comisión denominó bronconeumonía intersticial.

Cuando la comisión comenzó a trabajar, había dos problemas importantes a resolver. El primero, como ya se mencionó, era el desarrollo de empiema como secuela de la neumonía, consecuencia del sarampión y la influenza. El segundo problema era la tasa de letalidad desmesuradamente alta asociada con la rutina establecida de operar el empiema tan precozmente como se diagnosticaba.

78 *Idem*., pp. 8-12.

El manejo del empiema había sido un tema de discusión durante muchos años antes de la Primera Guerra Mundial. Con discusiones acaloradas y ásperas, los protagonistas de uno u otro método se aferraron firmemente a sus opiniones. Un grupo defendió la operación temprana. Otro resistió con la misma firmeza, en pro de la aspiración repetida o la aspiración y el neumotórax. Roe, en Inglaterra, recomendó la toracocentesis como medida curativa tanto en el empiema como en el "hidrotórax inflamatorio". En Estados Unidos, Bowditch, de Boston, en 1952, había instado a que los derrames pleuríticos se trataran mediante aspiraciones repetidas.

Cuando Estados Unidos entró en la Primera Guerra Mundial, la operación temprana era una rutina en el empiema desarrollado después de que había comenzado la etapa de resolución de la neumonía. La infección era generalmente de origen neumocócico y el proceso patológico encontrado en la operación se caracterizaba por cavidades tabicadas de diferentes tamaños llenas de pus espeso. Los cirujanos de la Primera Guerra Mundial, que estaban familiarizados con este tipo de empiema, habían olvidado que también existía el empiema por estreptococo betahemolítico y no habían reconocido las diferencias entre este y el tipo neumocócico, que eran considerables. El tipo estreptocócico betahemolítico se desarrollaba muy temprano, a veces concomitantemente con la neumonía en sí. Se caracterizaba por la presencia de grandes cantidades de líquido fluido y purulento, que se acumulaba rápidamente. Lo más importante, las cavidades tabicadas características del empiema neumocócico estaban completamente ausentes en las primeras etapas de la variedad de empiema estreptocócico betahemolítico.

Una de las razones por las que la mayoría de los cirujanos temían tanto al empiema era su falta de comprensión del proceso patológico y su corrección.

A principios de la Primera Guerra Mundial, los conceptos fisiológicos del mecanismo respiratorio eran sorprendentemente erróneos. La creencia predominante era que la pleura mediastínica constituía un tabique más o menos rígido entre los dos espacios pleurales, por lo que el resultado de un neumotórax abierto sería el colapso del pulmón del lado afectado, sin efecto alguno en el lado contrario sano.

Más importante que este error conceptual fue la significación que se leía en él de que el antiguo temor a un neumotórax asociado a la cirugía intratorácica era infundado, ya que lo peor que podía suceder sería el colapso temporal de un solo pulmón.

Duval, del ejército francés, y Moynihan, del ejército británico, ambos cirujanos altamente experimentados y capaces, según Graham, ayudaron a crear la peligrosa impresión de que las operaciones en el tórax se pueden realizar con tanta seguridad como las operaciones abdominales, sin tener en cuenta las posibles complicaciones de neumotórax. Duval declaró inequívocamente que era tan seguro manipular el pulmón y operarlo en la toracotomía como manejar una torsión del intestino y operarla por laparotomía. La

cirugía del pulmón, remarcó, "no requiere ninguna de esas cámaras de presión que los genios de los alemanes inventaron y su persuasión nos hizo creer necesarias".[79]

Como señaló Graham en su revisión de 1957 sobre el desarrollo de la cirugía torácica, el conocimiento preciso de los efectos del neumotórax era un requisito de fundamental importancia, más que una cuestión académica. El desarrollo completo de la cirugía torácica, incluido el tratamiento del empiema, fue imposible hasta que este conocimiento estuvo disponible y fue utilizado. La comprensión de la importancia de la fisiología respiratoria fue lo que diferenció claramente las prácticas y resultados de la cirugía de tórax en la Primera y la Segunda Guerra Mundial.

El trabajo experimental con perros llevado a cabo en Camp Lee, con la dirección del mayor Evarts Ambrose Graham y el Capitán Bell, incluyó estudios sobre la fisiología comparativa de animales y humanos, estudios sobre neumonía y empiema en ambas especies, y estudios en animales normales y enfermos con el tórax intacto y cuyo tórax, al ser abierto, estaba lleno de fluidos estériles o infectados.

Como resultado de estos estudios, fue posible concluir que en un tórax normal, en el que no hay engrosamiento de la pleura mediastínica, la alteración de la presión en un espacio pleural produce casi la misma alteración en el espacio contralateral. Por lo tanto, se podría afirmar que un neumotórax abierto en un lado afecta también al otro, aunque en diferente grado.

Las conclusiones derivadas del trabajo experimental de la Comisión de Empiema tuvieron aplicaciones prácticas inmediatas. Una epidemia de empiema estreptocócico agudo estaba arrasando en los campamentos del ejército de Estados Unidos. El tratamiento habitual era resecar una costilla y establecer un drenaje abierto del espacio pleural afectado tan pronto como se hiciera el diagnóstico. La tasa de letalidad promedió el 30,2% y llegó al 90% en algunas series. Los estudios de la comisión mostraron que la principal causa de muerte era el neumotórax abierto, creado por medios quirúrgicos durante el período de neumonía aguda. Se estaba operando a pacientes cuya capacidad vital ya estaba gravemente disminuida por la enfermedad neumónica y se reducía aún más, a veces hasta el nivel letal, por el establecimiento de un neumotórax abierto.

La política recomendada por la Comisión fue:

1. Evitar de forma cuidadosa el neumotórax abierto durante el período activo de la enfermedad neumónica.
2. Esterilización temprana y obliteración de la cavidad empiema.
3. Mantenimiento del estado nutricional del paciente.

79 Monar, T.F.; Fazekas, L. y Rendek, S. *Interaction between medicine, militaryand technlology. Do they need each other: Mars, Vulcanus and Aesculapius?* 2014.

Con esta política, se sustituyó la cirugía por la aspiración simple cada tres o cuatro días durante la etapa neumónica aguda y se instituyó el drenaje cerrado. El objetivo del tratamiento era evitar que las acumulaciones de líquido fueran lo suficientemente grandes como para causar disnea. Incluso antes de que la comisión defendiera esta política, se había hecho evidente en algunos hospitales civiles que a estos pacientes les iba mejor con la aspiración repetida o con técnicas de drenaje cerrado que con un drenaje abierto temprano, pero hasta que se publicó el trabajo de la comisión no había sido esclarecida la justificación de la mejora de los resultados.

Cuando el exudado purulento se había espesado, cuando se había producido la recuperación de la neumonía aguda y cuando se podía presumir que el empiema estaba localizado, se podía realizar con seguridad un drenaje abierto, por lo general con resección costal. Como regla general, estos criterios podrían cumplirse en unos diez días. Al retrasar la institución del drenaje abierto hasta que el pus se volviera espeso, el cirujano hacía su apertura en una cavidad de absceso en lugar de en la cavidad pleural libre. Por la demora, se evitaban así los efectos nocivos del neumotórax abierto en pacientes que, debido a su extenso proceso neumónico, ya estaban disneicos y, a menudo, cianóticos. Si entraba un poco de aire en la cavidad pleural cuando se instituía la cirugía diferida, hacía poco daño, porque, con la desaparición del proceso neumónico, la capacidad vital había aumentado. Además, la pleura mediastínica se había estabilizado como resultado del edema y la induración inflamatoria y, por lo tanto, era menos probable que se apiñara en la cavidad pleural contralateral y que comprimiera el pulmón de ese lado.

Cuando el nuevo plan de gestión se hizo efectivo de manera general, los resultados mejoraron rápidamente. En Camp Lee, por ejemplo, la tasa de letalidad se redujo de 40% a 4,3%.

Empiema crónico

La mayoría de los casos de empiema crónico que fueron residuos de la Primera Guerra Mundial resultaron sin duda de un tratamiento temprano inoportuno y mal planificado.

Se han desarrollado tres tipos de operaciones para tratar estos empiemas crónicos:

1. En 1879, Estlander recomendó la extracción de las costillas que recubren la cavidad pleural. Esta operación fue esencialmente una toracoplastia extrapleural limitada.
2. En 1890, Schede dio un paso más y recomendó la extirpación de la pleura fibrosa dura y edematosa que recubre la cavidad pleural junto con las costillas.

3. En 1893, Fowler, en los Estados Unidos, y Delorme, en el Hospital Val-de-Grace en París, recomendaron que el empiema crónico se manejara mediante decorticación. Esta operación se convirtió en el tratamiento quirúrgico preferido para resolver el hemotórax y el hemotórax infectado.

Hemotórax infectado

En la Primera Guerra Mundial se favoreció la aspiración como tratamiento inicial del hemotórax, lo que condujo a una pronta recuperación y regreso al servicio de los pacientes. Se advirtieron los malos resultados del hemotórax organizado, así como el hecho de que la infección podía anticiparse en un 25% o más de los casos. A medida que avanzaba la guerra, por lo tanto, hubo un acuerdo creciente sobre que, en casos de coagulación masiva, la toracotomía, con limpieza mecánica de la pleura y cierre hermético de la herida, era el procedimiento de elección. Se llevó a cabo mediante tres métodos:

1. Mero desbridamiento de las heridas de salida y entrada.
2. Toracotomía formal en el sitio de elección, con la reparación de heridas de entrada y salida.
3. Extracción de cuerpos extraños, con resección y sutura del pulmón según las indicaciones.

Además, a medida que avanzaba la guerra, el drenaje hermético posoperatorio llegó a considerarse mejor que la aspiración repetida, y se recomendó la deambulación y actividad tempranas. Así, al final de la Primera Guerra Mundial existía ya el modelo de los métodos de tratamiento del hemotórax y el hemotórax retenido que sería utilizado con brillantes resultados en la Segunda Guerra Mundial.

Los resultados tardíos de un hemotórax mal tratado o desatendido podían ser extremadamente graves, según reconocieron muchos observadores de la Primera Guerra Mundial, que incluyeron compresión pulmonar, engrosamiento de la pleura, inmovilidad del diafragma, mala expansión pulmonar, hombro caído, escoliosis y disnea (que puede ser incapacitante).

También se reconocieron las peligrosas posibilidades de infección secundaria del hemotórax. Soltau informó la presencia de microorganismos productores de gas en un 48% de los casos infectados y de estreptococos en un 40%.

A medida que la Primera Guerra Mundial llegaba a su fin, muchos de los principios de manejo de las heridas torácicas que resultarían básicos en la Segunda Guerra Mundial estaban comenzando a desarrollarse y entenderse.[80]

80 Berry, *op. cit.*, pp. 17-27.

Segunda Guerra Mundial

En la Segunda Guerra Mundial, con su magnitud y como consecuencia del amplio uso de municiones y armamento, se consolidó la descripción y manejo de las heridas traumáticas del tórax.

El libro *Cirugía torácica*, del Departamento Médico de las Fuerzas Armadas estadounidenses, contiene una vasta recopilación de la vivencia y el manejo del trauma en la guerra, que dieron lugar a grandes avances quirúrgicos. Haremos mención de conceptos interesantes que nos ubican en la época y en la superación de los obstáculos que se presentaban.

Uno de los conceptos de mayor relevancia fue el introducido en 1944 por el mayor Benjamin Burbank y el mayor Thomas H. Burford sobre el "pulmón húmedo", para referirse al edema pulmonar que se presentaba en los soldados. Los métodos utilizados para su tratamiento previnieron graves complicaciones subsecuentes de las heridas torácicas. Como resultado, se consiguió eliminar la gran morbilidad que ocasionaron estas heridas en la Primera Guerra Mundial, logrando salvar muchas vidas.

El "pulmón húmedo"

El "pulmón húmedo" fue descrito por Burbank y Burford como una respuesta inespecífica del pulmón y la pared torácica al trauma. Le adjudicaron particular relevancia al dolor de la pared torácica en la patogénesis del síndrome del pulmón húmedo, en parte por el mal manejo de las secreciones, la tos inefectiva y la inmovilización. Ambos cirujanos formularon la teoría de la relación entre el pulmón húmedo y el colapso pulmonar masivo visto frecuentemente en la Primera Guerra Mundial.

Burford y Burbank describieron importantes consideraciones:

- El tórax tiene una respuesta activa al trauma, independientemente de si se trata de una pequeña contusión pulmonar o una severa lesión penetrante torácica.
- La respuesta generada influencia ampliamente el proceso patológico, la terapéutica a instaurar y el pronóstico del paciente.

A su vez, describieron dos vías de respuesta pulmonar a las heridas torácicas en combate:

- Producción excesiva de secreciones y extravasación sanguínea.
- Desarrollo de una respuesta anormal e inadecuada para la eliminación de estos fluidos.

En cuanto a la génesis del pulmón húmedo, detallaron varios factores:

- El dolor, variable constante en el trauma torácico, se consideró un factor clave en la génesis y la progresión del síndrome del pulmón húmedo, dado que inducía a respiración restrictiva y acumulación de secreciones.
- Supresión de la tos: tos inefectiva por dolor, respiración paradójica en fracturas costales múltiples, acción infectiva de músculos abdominales o del diafragma en los casos de injuria de estos músculos.
- Sedoanalgesia: el uso excesivo de morfina como calmante y la sedación excesiva producen invariablemente incremento en la acumulación de secreciones bronquiales e inhibición del reflejo tusígeno.
- Infección: frecuentemente, los soldados cursaban algún grado de infección respiratoria resultante de la exposición climática en meses húmedos y fríos de invierno, por lo cual presentaban secreciones traqueobronquiales al momento de la injuria torácica, condicionando así una mala evolución.
- Reposición: la administración excesiva de plasma o volúmenes sanguíneos en el campo de batalla o en las estaciones de auxilio determinaba una sobrecarga en el sistema cardiocirculatorio en pacientes con heridas cardiotorácicas, produciendo edema pulmonar. Por esto establecieron que se debía ser cauto en la reposición de volúmenes en pacientes con lesiones que comprometieran la función cardiorrespiratoria, por más necesaria que fuera.

Como diagnósticos diferenciales se presentaban el asma y el edema pulmonar de origen cardíaco. Como medidas concretas de profilaxis se adoptó que todos los pacientes con heridas torácicas o toracoabdominales que no se encontraran en *shock* hipovolémico o con déficit de conciencia fueran colocados en posición semisentada para mejoría de la mecánica respiratoria; se les administraba oxigenoterapia con presión positiva intermitente y se brindaba soporte manual en el tórax injuriado para lograr la expectoración de secreciones. Las medidas de resucitación eran instaladas cuidadosamente, evitando la sobrecarga de fluidos.

Se consideró el bloqueo intercostal como la mejor medida en el alivio del dolor en el paciente con herida torácica en el campo de batalla. Como alternativa se realizaban bloqueos paravertebrales. Un mínimo de tres espacios intercostales se infiltraban para el bloqueo.

Se reservaron la aspiración por catéter y la broncoscopía para aquellos pacientes con edema pulmonar que no mejoraban con las medidas activas mencionadas.

Una vez realizadas las medidas terapéuticas para alivio del dolor, la eliminación de secreciones del árbol bronquial y el logro de una tos efectiva, el curso del paciente con síndrome de pulmón húmedo cambiaba drásticamen-

te. Esto permitía poner el enfoque en el tratamiento específico de las lesiones traumáticas torácicas, dando lugar a la cirugía.

El hemotórax

El hemotórax fue reconocido en la Segunda Guerra Mundial como una de las complicaciones más importantes en las heridas torácicas y definido como una etapa previa a otras serias complicaciones, como la organización y la infección de dicho hemotórax. El drenaje y la aspiración temprana de la sangre intratorácica se volvió una medida de uso general.

La mayoría, por no decir la totalidad, de las heridas penetrantes torácicas de la Segunda Guerra Mundial correspondieron a heridas aspirantes del tórax. Los heridos se trasladaban generalmente en decúbito supino o en posición semisentada. El cambio de posición luego de ocurrida la herida influenciaba su carácter soplante.

El tamaño de la herida penetrante de tórax determinaba el tratamiento quirúrgico efectuado. En heridas pequeñas (aproximadamente de dos centímetros) se debridaban músculo y piel dañados, y se retiraban los fragmentos costales. Se aspiraban los coágulos de sangre de la cavidad pleural. En general, no se requería la realización de una toracotomía, de no presentar mayores heridas internas. El cierre se realizaba por planos con sutura continua de seda, dejando un drenaje pleural con sistema de sello de agua.

En heridas aspirantes de gran tamaño se requería la realización de una toracotomía, la escisión del tejido desvitalizado y de los fragmentos costales, el retiro de cuerpos extraños de la cavidad pleural, la sutura del parénquima pulmonar dañado y la adecuada *toilette* de la cavidad pleural.

La necesidad de una gran exposición y desbridamiento de los tejidos desvitalizados con frecuencia acarreaba una gran dificultad para el cierre del defecto parietal. Se utilizaban para este colgajos musculares pediculados.

La complicación posoperatoria más temida por los cirujanos era el neumotórax hipertensivo, para lo cual se empleaba el drenaje de la cavidad pleural.

En cuanto a las fracturas costales, no era común la ocurrencia de fracturas costales simples en el combate. Sin embargo, sí ocurrían debido a accidentes de tráfico o caídas. Para el alivio del dolor se utilizaba el bloqueo de los nervios intercostales. Si bien no representaban una herida amenazante para la vida, conllevaban una pérdida significativa por la baja del soldado convaleciente debido al dolor persistente por aproximadamente entre cuatro y seis semanas.

Las luxaciones condrocostales fueron extremadamente infrecuentes. Se manejaron con bloqueo intercostal, nunca con resección cartilaginosa.

Aproximadamente el 75% de todas las heridas penetrantes en el campo de batalla asociaron fracturas costales múltiples. Si bien el manejo ideal del volet costal en el ámbito civil era la asistencia ventilatoria mecánica, esto no se lo-

graba llevar al campo de batalla. Como medidas iniciales para su tratamiento se empleaban el bloqueo de nervios intercostales y la fijación externa con faja elástica. De no lograrse la estabilización del paciente, se procedía a la osteosíntesis costal quirúrgica mediante puntos de acero o seda gruesa.

Las laceraciones pulmonares fueron la constante en las heridas penetrantes del tórax, en grados variables.

Trauma en Uruguay

Los magnicidios o intentos de magnicidio a lo largo de la historia frecuentemente se llevaron a cabo por traumatismos penetrantes del tórax. Existen innumerables ejemplos de ello, como los de Ronald Reagan o Ytzjak Rabin, o el asesinato de Enrique IV, rey de Francia. También deben nombrarse los asesinatos del archiduque Francisco Fernando y su esposa, que desencadenaron la Primera Guerra Mundial y los de Gandhi, John F. Kennedy y el atentado al papa Juan Pablo II.

En Uruguay, traumatismos penetrantes de tórax resultaron en la muerte del presidente Juan Idiarte Borda y en la de Washington Beltrán en un duelo a pistola con José Batlle y Ordóñez, que produjo una herida de la aorta torácica en el segundo disparo.

Enfocándonos en la cirugía del trauma de nuestro país, debemos recordar al doctor Manuel Benito Nieto, quien desde su cargo de director del Hospital de Caridad dio origen al servicio de Cirugía de Urgencia, generando el "cuarteto de urgencia", que daría origen a una escuela de cirujanos de gran relieve durante buena parte del siglo XX, integrada inicialmente por los doctores Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat.

Dr. Manuel B. Nieto.

En su vasta experiencia como cirujano de urgencia en heridas torácicas y abdominales, Nieto alcanzó interesantes conclusiones en lo respectivo al manejo de las heridas cardíacas:

1. La toracotomía a colgajo externo comprendiendo la tercera, cuarta y quinta costillas es la que ofrece más ventajas para abordar las heridas de la punta y de la parte inferior de los ventrículos. La segunda costilla será comprendida cuando se sospeche una herida de la base o de las aurículas. Si la luz no fuese suficiente, puede resecarse al costótomo o con la pinza cortante una porción del esternón, caso muy excepcional.
2. La pleura debe abrirse, ya sea con precauciones, yendo lentamente, ya sea efectuando la abertura amplia junto con el colgajo.

3. El drenaje debe suprimirse.
4. La cardiorrafia puede efectuarse con puntos separados o con surget, la cicatrización tiene la misma solidez en ambos casos.[81]

Por otra parte, el profesor doctor Alfredo Navarro, de ilustre trayectoria académica y quirúrgica, fue pionero en nuestro medio en el manejo de la patología traumática de la pared torácica. Puntualmente se destaca su descripción en el manejo de las fracturas esternales o luxaciones de esternón, tal como se detalla a continuación:

Dr. Alfredo Navarro.

> "Luxaciones esternales": A propósito de dos casos de luxaciones anteriores postraumáticas del manubrio esternal con respecto al cuerpo de este hueso, Navarro aprovecha para poner al día un capítulo poco frecuente de la patología, que fue inaugurado por Maisonnaive. Estima que la reducción es relativamente fácil y que la fijación definitiva se logra mediante hilos de plata que aseguran un segmento al otro. Destaca la importancia del tórax superior, como unidad anátomo funcional, en los movimientos de la cabeza y de la articulación escápulo humeral. Asimismo, señala que, por esa razón, dichas luxaciones acontecen a consecuencia de golpes antero-posteriores sobre esa zona del tórax o por caída sobre los miembros inferiores desde cierta altura. Menciona un hecho clínico de gran importancia y originalidad: suponer —en este así como en traumatismos más bajos anteriores del tórax, a raíz de la mencionada correlación entre los elementos que forman la pared— la posible existencia de fracturas de columna. Estas, que son el componente de más grave significación, deben ser cuidadosamente investigadas por medio de la semiología clínica y radiológica. En algunos libros este complejo lesional es denominado "síndrome de Navarro". [82]

En la misma línea, el doctor Valentín Crosa Dorado también tuvo un impacto trascendental en el manejo del trauma de pared torácica. Fue él quien desarrolló la prótesis costal fabricada en acrílico con una serie de ventajas que hoy, de alguna forma, aún se mantienen. Se trata de una prótesis que no requiere instrumentos quirúrgicos especiales para su colocación, la técnica quirúrgica es sencilla y ofrece además resultados quirúrgicos similares a los de otros tipos de prótesis existentes en el mercado.

Fue un diseño pionero, dio respuesta a una necesidad quirúrgica frente al cuadro de tórax inestable y lo hizo, además, con un costo sensiblemente

81 Turnes, A. L. *La cirugía del tórax en Uruguay*. Montevideo: Editorial Granada, 2020.

82 Pou Ferrari, R. *Alfredo Navarro, maestro de la cirugía uruguaya*. Montevideo: Plus Ultra, 2015, pp. 239-240.

menor en comparación con otros materiales. En nuestro país, durante mucho tiempo fue la única posibilidad de fijación quirúrgica terapéutica para los traumatismos graves de pared torácica. El costo de otro tipo de materiales los dejaba fuera del alcance. De no haber tenido Uruguay la posibilidad de contar con la costilla acrílica diseñada por Crosa para el tratamiento del tórax inestable, cientos y cientos de pacientes hubieran quedado con graves secuelas o incluso hubieran fallecido a causa de los traumatismos. No hay dudas de que este desarrollo pionero realizado por Crosa Dorado merece un destaque dentro de la historia de los traumatismos de tórax en Uruguay.

Dr. Valentín Crosa Dorado.

Capítulo 8
Cáncer broncopulmonar

El cáncer broncopulmonar es hoy la causa de muerte por cáncer más frecuente en el mundo, pero hace no más de cien años su incidencia era prácticamente desconocida.

Como señalaba Watson en 1968,

> el cáncer de pulmón era prácticamente desconocido hace cien años. Hace cincuenta años era una enfermedad rara. Hoy encabeza la lista de cánceres que causan la muerte en hombres. No solamente es una enfermedad común, es una de interés e importancia poco comunes.[83]

Esta aseveración no solo mantiene su vigencia, sino que incluso se ha incrementado en la actualidad.

En el mundo desarrollado, la incidencia de procesos inflamatorios en el tórax, como las bronquiectasias, el absceso pulmonar y el empiema, han ido en franco descenso, mientras que una enfermedad pulmonar, el carcinoma broncogénico, está aumentando considerablemente en incidencia.

A fines del siglo XIX, el cáncer broncopulmonar era considerado una "curiosidad médica". Adler, en 1912, recopiló 374 casos de toda la literatura mundial, en su libro *Primary Malignant Growth of the Lung and Bronchi: a Pathological and Clinical Study*.[84]

En la edición de 1930 del famoso *Springer Handbook of Special Pathology* se enfatiza que los tumores malignos del pulmón habían comenzado a aumentar especialmente después de la Primera Guerra Mundial y que la sobrevida desde el comienzo de la enfermedad a la muerte era de 0,5 a 2 años.

En cuanto a las causas de tal avance, se especula sobre el papel de la polución atmosférica por gases y polvos industriales, el asfaltado de las calles, la exposición al gas en la Primera Guerra Mundial, la pandemia de influenza de 1918 y en solo una o dos frases se mencionaba el tabaquismo, agregando que varias investigaciones fracasaron en mostrar tal asociación.

En 1936, el famoso cirujano Alton Oshsner, junto al cirujano cardíaco Michael DeBakey, publicó un artículo en el cual conjeturaba que el aumento del tabaquismo era un factor responsable, ya que la inhalación de humo

83 Watson, W. L. (ed.). *Lung cancer. A study of five thousand Memorial Hospital cases*. St. Louis: CV Mosby Co., 1968.

84 Adler, A. M. *Primary malignant growths of the lungs and bronchi. A pathological and clinical study*. Londres: Longmans, Green, and co., 1912.

de forma repetida constantemente por un largo período de tiempo era una fuente de irritación crónica de la mucosa bronquial. Este trabajo fue muy discutido e incluso ridiculizado por sus colegas, también por el afamado Evarts A. Graham (cirujano de la primera neumonectomía exitosa por cáncer broncopulmonar en 1933), quien llegó a afirmar: "Sí, hay un paralelismo entre la venta de cigarrillos y la incidencia de cáncer pulmonar, pero también hay un paralelismo entre la venta de calcetines de nylon y la incidencia de cáncer pulmonar […]".

Publicidad de cigarrillos Lucky Strike, 1930.

Sin embargo, los fumadores, incluyendo médicos, no querían, no podían o se rehusaban a creer que el hábito fuera deletéreo para la salud. Tan era así que los propios médicos se exponían a formar parte de propagandas a favor del consumo de cigarrillo, transmitiendo mensajes sobre sus beneficios.

Publicidad de cigarrillos Camel en revista *Good Housekeeping*, 1946.

En las décadas posteriores se llevaron a cabo múltiples trabajos dirigidos a demostrar dicha asociación. En 1943, el Instituto Alemán para Investigación sobre Consecuencias del Tabaco comunicó un estudio de 109 casos de cáncer broncopulmonar, de los cuales solo tres eran pacientes no fumadores, proporción muy diferente a la encontrada en el grupo control. Solo diez años después, Doll y Hill, en Inglaterra, y Cuyler Hammond y Ernest Wynder, en Estados Unidos, proporcionaron mayores evidencias sobre la asociación causal entre el tabaquismo y el cáncer pulmonar.

Métodos diagnósticos

En las primeras épocas se contaba con escasos recursos diagnósticos, por lo que el recurso clínico, el llamado "arte médico", era fundamental. Se disponía inicialmente de rayos X y broncoscopía rígida. Un cambio sustancial se dio a mediados de los setenta al ser descubierta la TC por el ingeniero Godfrey Hounsfield y el doctor Alan Cormack, en la Universidad de Massachussets, invención que les valió la obtención del Premio Nobel de Medicina en 1974.

En el campo de la broncoscopía también hubo importantes avances, siendo el doctor Shigeto Ikeda, en 1966, el responsable de introducir el fibrobroncoscopio de fibra óptica. Este permitió un mayor rédito diagnóstico, a la vez que era más tolerable para los pacientes que el broncoscopio rígido.

Sir Godfrey Hounsfield y Dr. Shigeto Ikeda.

Estos progresos revolucionaron por completo el manejo de la enfermedad oncológica pulmonar, permitiendo diagnósticos más precisos y precoces, con claros beneficios para los pacientes.

Clasificación TNM

El sistema de clasificación de los cánceres fue originalmente propuesto por Pierre Denoix en Francia, entre los años 1943 y 1952. Este sistema brinda una descripción anatómica consistente y reproducible de la extensión del cáncer en los pacientes.

Clifton Mountain, cirujano torácico de Houston, fue el primero que adaptó tal clasificación al cáncer pulmonar. En 1973, y luego en 1986, presentó el sistema de clasificación basado en trece años de experiencia y rápidamente fue incorporado universalmente como pieza fundamental en el diagnóstico y la elección de los tratamientos en el cáncer de pulmón. Luego del diagnóstico, se determina el tamaño y la localización del tumor (T), la presencia o ausencia de compromiso ganglionar (N) y si el tumor tiene o no metástasis a distancia (M).

Clifton Mountain.

La uniformidad en los criterios de estadificación del tumor asegura a cada paciente una mejor elección terapéutica, evalúa su operabilidad y permite estimar el pronóstico con mucha seguridad. Por otro lado, facilita la comparación del resultado de protocolos de tratamiento en diferentes centros.

Estadio	Descripción TNM	Sobrevida a los 5 años, %	
		Estadio clínico	Estadio quirúrgico-patológico
IA	T1 N0 M0	61	67
IB	T2 N0 M0	38	57
IIA	T1 N1 M0	34	55
IIB	T2 N1 M0	24	39
IIB	T3 N0 M0	22	38
IIIA	T3 N1 M0	9	25
	T1-2-3 N2 M0	13	23
IIIB	T4 N0-1-2 M0	7	<5
	T1-2-3-4 N3 M0	3	<3
IV	Cualquier T Cualquier N M1	1	<1

Clasificación TNM. International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC)-Union for Internacional Cancer Control (UICC).

Cirugía del cáncer de pulmón

A comienzos del siglo XX solo muy osados cirujanos en Alemania y en Estados Unidos se atrevían a realizar cirugía torácica, con una elevada mortalidad (50%).

Debemos destacar que las primeras operaciones por lesiones malignas de pulmón se realizaron principalmente para tumores raros, como el sarcoma. En 1884, Rudolf Ulrich Krönlein (1847-1910), de Zúrich, resecó un sarcoma recurrente de la pared torácica junto con la porción involucrada del pulmón en una niña de 18 años, que estuvo bien dos años.

En 1910, Hermann Kûmmel (1852-1937), de Alemania, realizó la primera neumonectomía por carcinoma, usando ligadura en masa, pero el paciente vivió solo seis días.[85]

En 1912, Davies, de Inglaterra, realizó una lobectomía para el carcinoma, utilizando la ligadura individual de las estructuras hiliares con éxito. Afirmó:

85 Graham, E. Pneumonectomy with the cautery: a safersubstitute for the ordinary lobectomy in cases of chronic suppuration of the lung. *JAMA*, 1923, 81: 1010-1012.

> El cáncer de pulmón en algunas de sus primeras etapas ahora es accesible para la intervención quirúrgica y la extirpación completa, pero hasta que este hecho se reconozca más completamente y todos los casos pulmonares se sometan a un examen radiológico de rutina, los crecimientos no se reconocerán hasta se encuentren extendidos más allá de la posibilidad de todo tratamiento. En todos los casos dudosos, se debe realizar al menos una toracotomía exploratoria.[86]

En 1920, Sauerbruch, de Alemania, informó dos casos de resección parcial de pulmón por carcinoma. En 1933, Churchill, de Boston, extirpó exitosamente los lóbulos inferior y medio del pulmón derecho por carcinoma.

Evarts A. Graham y Alton Ochsner.

El 5 de abril de 1933 Graham realizó la primera neumonectomía total por carcinoma en un médico (el doctor Gillmore), utilizando la ligadura masiva, seguida de toracoplastia. El paciente vivió muchos años.

Posteriormente a su éxito con la neumonectomía del doctor Gillmore, Graham realizó 70 cirugías de este tipo en cáncer pulmonar: con 19 muertes consecutivas y solo 3 muertes en los casos restantes, con una mortalidad total de 30% cuando tal cirugía tenía en esos años una mortalidad cercana al 100%.

Es curiosa la ironía de la vida, el doctor Graham murió de un cáncer pulmonar y se conserva la carta en que le comunica su diagnóstico al doctor Gillmore, con el cual se habían hecho grandes amigos. Algunos párrafos de esa carta de febrero de 1957 son los siguientes:

> [...] supongo que habrás oído... acerca de la ironía que el destino me ha jugado... Se encontró en la Rx de tórax que tengo un carcinoma broncogénico con compromiso bilateral. Una cirugía exploradora reveló que tengo compromiso de la grasa escalénica. Ahora estoy en mostaza nitrogenada y muy inconfortable... Tú sabes que yo había dejado de fumar hace cinco años. Pro-

86 Ochsner, A. History of thoracic surgery. *Surgical clinics of North America*, 46(6), pp. 1355-1376.

> bablemente algunos dirán que *mi* caso niega la idea de la conexión cigarrillo cáncer, de lo cual no participo pues al fin y al cabo yo fumé 50 años antes de detenerme… Trataré de llevar esto tan largo y tan bien como pueda […].

Curiosamente, la neumonectomía se mantuvo por mucho tiempo como la cirugía de elección en el cáncer pulmonar, viéndose recién a mediados del siglo XX el real beneficio de las resecciones pulmonares conservadoras (lobectomía), tal como se desprende de las palabras del propio Ochsner:

> Realicé mi primera neumonectomía por enfermedad maligna el 15 de abril de 1936; el paciente vive sin evidencia de recurrencia. Esta fue la décima neumonectomía exitosa para la enfermedad maligna. En 1950, Allison de Inglaterra propuso la neumonectomía radical y, en 1958, Churchill y sus asociados propusieron la resección conservadora del pulmón, como la lobectomía o la neumonectomía segmentaria. Durante muchos años, yo creía que más pacientes se curarían mediante resección radical (neumonectomía y resección en bloque de los ganglios linfáticos mediastinales). Posteriormente, sin embargo, aprendí que el carcinoma broncogénico es tempranamente angioinvasivo y que la afectación sistémica es frecuente y temprana, y que la resección conservadora es beneficiosa como resección radical.[87]

87 *Ibid.*

Capítulo 9
Cirugía traqueal

Es un hecho común a varias especialidades quirúrgicas que las técnicas de desarrollo más tardío son las destinadas al tratamiento de enfermedades de órganos situados en regiones anatómicas vecinas, consideradas "frontera", y que son manejadas por especialidades diferentes. Un claro ejemplo de esto son las enfermedades de la vía aérea. Tal como menciona Grillo, la cirugía traqueal es la última subdivisión de cirugía torácica en desarrollarse, a pesar de la antigüedad de la traqueostomía.

Hermes C. Grillo ha realizado un magnífico relato de la historia de la cirugía traqueal, en varias publicaciones. Entre otros conceptos, señala, citando a Belsey:

> La porción intratorácica de la tráquea es el último órgano impar del cuerpo del que se ocupa el cirujano, y la solución exitosa del problema de su reconstrucción puede marcar el final de la época "expansionista" en el desarrollo de la cirugía.[88]

Después de la introducción de la anestesia endotraqueal, se hicieron enormes avances en cirugía cardiotorácica. Estos avances se dan en el campo de la cirugía pulmonar en la década del treinta, en cirugía de esófago en la década del cuarenta y, después de que el *by-pass* cardiopulmonar se convirtiera en una realidad, en cirugía cardíaca en la década del cincuenta.

Como consecuencia de la epidemia de poliomielitis en la década del cincuenta, se introduce la asistencia ventilatoria mecánica. A partir de la década del sesenta las unidades de cuidados intensivos y la asistencia respiratoria mecánica mediante canulación de la vía aérea se hicieron de uso corriente en la práctica asistencial. Las lesiones traqueales por intubación prolongada pasaron a ser reconocidas como una nueva entidad. Las estenosis traqueales benignas cicatriciales luego de intubación prolongada estimularon el desarrollo de la cirugía traqueal como consecuencia lógica del éxito de la reanimación y sostén vital prolongado. Se asistió a un proceso de comprensión y tratamiento de una nueva patología. Paralelamente y como consecuencia de ello,

88 Grillo, H. C. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 1: Techniques of tracheal surgery. *Ann. Thorac. Surg.*, 2003, 75: 610-619; Grillo, H. C. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 2: Treatment of tracheal diseases. *Ann. Thorac. Surg.*, 2003, 75: 1039-1047; Grillo, H. C. The history of tracheal surgery. *Chest Surg. Clin. N. Am.*, 2003, 13: 175-189.

la cirugía de los tumores traqueales se redimensionó y la tasa de resecabilidad y los resultados favorables aumentaron considerablemente.

En este capítulo se repasan brevemente los principales hitos en el desarrollo de la cirugía traqueal moderna, sin por ello hacer una revisión exhaustiva.

Traqueostomía

La traqueostomía se conoce desde tiempos inmemoriales. Se citan referencias aún previas a la era cristiana. La historia ha sido trazada por numerosos autores. Aunque Areteo de Capadocia y Galeno remarcaron el uso de la traqueostomía en los siglos II y III d. C., la arteria áspera, la "áspera o rugosa arteria" o tráquea-arteria, como se conoció a la tráquea durante generaciones, entró en el quirófano muy lentamente. La técnica específica de Antyllus en el siglo IV d. C. ha sido registrada. Fabricius de Aquapendente, quien presentó la idea de un tubo de traqueostomía, advirtió de los peligros de esta intervención, que se miraba con miedo y era considerada inapropiada por la mayoría. En 1546, Antonio Brasavola, de Ferrara, trató un absceso faríngeo mediante traqueostomía después de que el paciente hubiera sido rechazado por cirujanos barberos. En su minuciosa y excelente reseña, Goodall identificó los esfuerzos de Brasavola como los primeros registros de una traqueostomía exitosa, a pesar de muchas antiguas referencias a la tráquea y posiblemente a su apertura.

Chevalier Jackson describió en gran medida el procedimiento en su forma moderna, advirtiendo ya contra la traqueostomía alta. Creía que "la traqueostomía es la peor hecha de todas las operaciones". La traqueostomía encontró aplicación en la anestesia general, pero pronto fue desplazada por la intubación endotraqueal. A medida que la difteria disminuyó, la traqueostomía se utilizó en la poliomielitis, para prevenir infecciones, en lesiones de cabeza y tórax, después de una cirugía mayor, y para reducir el espacio muerto. El tubo endotraqueal en gran parte reemplazó la traqueostomía como método preferido para establecer una vía aérea de emergencia. Más tarde, la traqueostomía compitió con la intubación endotraqueal para el manejo de secreciones y, posteriormente, se utilizó como ruta para la ventilación mecánica a presión positiva. En la actualidad, la traqueostomía percutánea ha renovado el interés por esta vía de acceso a la vía aérea.

Reparación y cicatrización de la vía aérea

Uno de los factores que más demoraron el desarrollo de la cirugía traqueal fue la reconocida dificultad para lograr una buena cicatrización. Hipócrates había advertido que "las más difíciles fístulas son aquellas que ocurren en las áreas cartilaginosas". A lo largo del siglo XX se hicieron múltiples estudios anatómicos, experimentales y observaciones clínicas para entender las difi-

cultades de la cicatrización traqueal. Rienhoff, en 1942, llegó experimentalmente a la conclusión fundamental de que la cicatrización bronquial después de la neumonectomía se logra mediante tejido conectivo que crece sobre los extremos del muñón (cicatrización peribronquial), en lugar de hacerlo solo por cicatrización mucosa. La consecuencia quirúrgica fue el respeto de los tejidos peritraqueobrónquicos para evitar la desvascularización y de ese modo favorecer la cicatrización. Este concepto mantiene toda su vigencia en la actualidad.

Anastomosis cabo a cabo traqueal y bronquial

La anastomosis primaria de la tráquea cervical después de una resección limitada por estenosis postraumática fue comunicada por Küster en 1886 (aparentemente, la primera en humanos). Otras resecciones anastomosis traqueales y bronquiales, aunque esporádicas, se comunicaron en la primera mitad del siglo XX. A medida que aumentó la experiencia, se fueron identificando las dificultades y los límites.

A partir de 1960 se publicaron las primeras series exitosas de resección anastomosis traqueales, resultado de estudios experimentales y clínicos realizados en Estados Unidos, Canadá y Francia.

En Boston, Massachusets, Hermes Grillo y su equipo realizaron aportes decisivos sobre la vascularización traqueal, necesidad de realizar la anastomosis sin tensión, posibilidad de resecar hasta un 50% de la tráquea, así como innumerables detalles técnicos.

Por su parte, Frederick Griffith Griff Pearson (1926-2016), en Toronto, Ontario, lideró un grupo de cirujanos, a la postre reconocido como la "escuela de cirugía torácica", que, entre otros temas (cáncer de pulmón, cirugía esofágica, trasplante de pulmón), desarrolló conceptos de cirugía traqueal coincidentes con los de Grillo. Describió su técnica original de resección anastomosis en las estenosis subglóticas resecando el arco anterior del cricoides, técnica que mantiene total vigencia.

Louis Couraud (1929-2016), en Bordeaux, Francia, generó una gran experiencia clínica en cirugía de las estenosis traqueales y laringotraqueales, corriendo el límite superior de las resecciones altas al incluir en la exéresis la casi totalidad del cartílago cricoides. Comunicó, asimismo, importantes series de cirugía de lesiones traumáticas de la vía aérea y tumores.

Estas tres figuras paradigmáticas de la cirugía torácica y traqueal contribuyeron de modo decisivo a sistematizar la cirugía que actualmente se realiza de modo habitual en todo el mundo. Otras contribuciones trascendentes fueron realizadas por cirujanos de gran talla que los precedieron y merecen destaque: Mikhail Perelman, de Moscú, Rusia; Jean Mathey, de París, Francia, y Henry Eschapasse, de Toulouse, Francia.

En esa misma época se describieron maniobras de liberación traqueal y laríngea para favorecer la movilización de vía aérea y realizar la anastomosis sin tensión (Dedo, Montgomery).

Algunos de los supuestos límites de la cirugía traqueal han sido superados, otros llevaron a idear métodos complejos de reconstrucción de la tráquea cervical con los colgajos de tejido y transferencias. Vicente Tarrazona, de Valencia, España, quien visitaba asiduamente a Couraud en Bordeaux, generó en su servicio un centro de referencia de la cirugía de la vía aérea y logró especial destaque en el campo de las reconstrucciones traqueales complejas.

El reemplazo traqueal lleva más de un siglo de investigación. Recientemente se han comunicado algunos casos de trasplante de tráquea, aunque aún es prematuro proponerlo como modalidad de tratamiento aceptada.

Un balance exitoso

Jean Deslauriers (1945-2019), de Quebec, Canadá, ha realizado en fecha reciente un balance de los progresos alcanzados por la cirugía traqueal en los últimos cincuenta años, como tributo a su maestro F. G. Pearson. En dos volúmenes, *The Thoracic Surgery Clinics* repasa los aportes de sus grandes impulsores a nivel global, como Pearson, Grillo y Couraud, hasta llegar a los *stents*, ingeniería de tejidos y trasplantes. Es interesante señalar que la primera vez que estos pioneros de la cirugía traqueal participaron juntos en una sesión científica fue en el IV Congreso de la Asociación Sudamericana de Cirugía Torácica, presidio por el doctor Jorge Nin Vivó en Punta del Este, Uruguay, en 1995. Desde esa oportunidad se les ha conocido familiarmente como "los tres mosqueteros de la cirugía traqueal".[89]

89 Deslauriers, J. Birth of airway surgery and evolution over the past fifty years. *Thorac. Surg. Clin.*, 2018, 28: 109-115.

La cirugía traqueal en Uruguay

Por Jorge Nin Vivó

El primer cáncer primitivo de la tráquea en Uruguay lo operó Bosch del Marco en 1951.[90] Bergalli, en 1979, publicó una resección circunferencial de tráquea.[91] Ese mismo año, Nin Vivó y colaboradores presentaron en Chile su experiencia inicial (15 casos), que había comenzado en 1969.[92]

La cirugía traqueal en Uruguay estuvo inspirada, sobre todo, en las escuelas francesa y canadiense. Indudablemente, el gran propulsor de esta cirugía fue el doctor Jorge Nin Vivó, acompañado por su equipo. Es interesante repasar el camino que recorrieron.

En 1966, Nin Vivó hizo una pasantía en el servicio del profesor Jean Mathey, en el Hospital Laennec de París, Francia. De regreso en Montevideo, abordó el desarrollo de la cirugía de la tráquea. Integraban su equipo los doctores Mario Brandolino y Hamlet Suárez, y luego se incorporó Hugo Bertullo, quien también viajó a París a hacer una pasantía con el doctor Le Brigand en el Hospital Marie Lannelongue. La anestesia estaba a cargo de la doctora María Julia Salsamendi. Mathey y Eschapasse asistieron como invitados a congresos uruguayos de cirugía. Mathey participó incluso de la resección de un leiomioma traqueal en el Hospital Saint Bois (1980). Eschapasse participó de una mesa redonda en el Congreso Uruguayo de 1980. Nin Vivó viajó a Toronto y entró en contacto con Pearson, con quien lo habría de unir una estrecha relación científica y personal.

Henri Le Brigand.

En 1979, los doctores Nin Vivó y Brandolino fueron invitados a una sesión del American College of Surgeons realizada en Buenos Aires y participaron de la mesa redonda de cirugía reconstructiva traqueobronquial, que les permitió establecer lazos académicos con cirujanos rioplatenses. Estas instancias se sucedieron y se estableció rápidamente un fecundo intercambio con los cirujanos latinoamericanos. Es de señalar el estrecho contacto que mantuvo el equipo uruguayo, además de con los cirujanos argentinos, con los brasileños, especialmente con Vicente Forte, de San Pablo, a quien Nin Vivó visitó en 1981. Forte, que había comenzado a operar tráquea, acumuló rápidamente

90 *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 1951, 22: 341.

91 *Cir. Uruguay*, 1979, 49: 58.

92 Nin Vivó, J.; Brandolino, M. y Salsamendi, M. J. Cirugía reconstructiva de tráquea. *Rev. Chil. Cir.*, 1979, 31: 15.

una enorme experiencia en cirugía traqueal y participó en la mesa redonda del congreso de Punta del Este (1995), junto a Grillo, Pearson y Couraud.

Dr. Mario Brandolino y Prof. Dr. Louis Couraud en el Congreso Uruguayo de Cirugía, 1990.

Como consecuencia de haber ganado el Premio Claude Bernard de la Asociación Franco-Uruguaya de Medicina, el doctor Guillermo Carriquiry realizó una pasantía en el servicio del profesor Louis Couraud (1929-2016), en Bordeaux, Francia, durante todo el año 1990. Couraud participó en el Congreso Uruguayo de Cirugía de 1990, como invitado. En 1993, Carriquiry volvió a Bordeaux por seis meses, con una beca del Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). En 1996, Carriquiry, en el marco de la International Guest Scholarship del American College of Surgeons, visitó a Pearson en el Toronto General Hospital, entre otros centros, durante un mes. Todas estas actividades, siguiendo el rumbo de sus predecesores, dieron continuidad a la línea de desarrollo de la cirugía traqueal en el Uruguay.

Doctores Gerardo Bruno y Jorge Nin Vivó, SMU, 2000.

Desde la Cátedra de Cirugía Torácica, Carriquiry dinamizó el abordaje integral de la patología traqueal y la incluyó en el ambiente académico de la

Facultad de Medicina y en el plan de estudios de especialista de la Escuela de Graduados. Asimismo, se incrementó institucionalmente el intercambio internacional con servicios y sociedades científicas de cirugía torácica americanas y europeas. Todo esto permitió a los residentes y cirujanos jóvenes el aprendizaje del manejo de la cirugía traqueal. La visión integral con que se encaró este tema complejo permitió una mejor interrelación con el Servicio de Endoscopía (se formaron cirujanos en esta disciplina) y la Cátedra de Neumología.

En el marco del programa de endoscopía intervencionista presentado a la Dirección del Hospital Maciel, se logró la culminación del abordaje integral de la patología traqueal, permitiendo el manejo endoscópico o quirúrgico adecuado a cada paciente. Los residentes se forman curricularmente en endoscopía y la realizan asiduamente. Antes, la endoscopía era solo realizada por algunos neumólogos y otorrinolaringólogos.

En la actualidad, la cirugía traqueal se realiza corrientemente en el Hospital Maciel, donde el servicio es centro de referencia de patologías complejas. Recientemente se ha incorporado el primer y único EBUS (*endobronchial ultrasonography*) del país.

Parte III
Evolución histórica de la cirugía del tórax en Uruguay

Introducción

Desde la Cátedra de Cirugía de Tórax se considera necesario trasmitir a los que se acercan a ella —practicantes, internos y residentes— información sobre lo que ha sido el desarrollo de esta disciplina en Uruguay y en el mundo. Por esa razón se ha preparado esta publicación, que busca desplegar ese amplio panorama.

Para iniciar ese camino, se reúnen en esta sección dos capítulos. El primero describe en forma sintética y amena la evolución de la cirugía torácica y las características que han distinguido su desarrollo en nuestro medio, a diferencia de lo ocurrido en los países principales del hemisferio norte. En el segundo se presenta una biografía de Víctor Armand-Ugón, el gran pionero de la cirugía de tórax en el Uruguay, en cuya escuela del Hospital Gustavo Saint Bois se formaron los primeros cirujanos de tórax exclusivos que tuvo el país y se perfeccionaron algunos de la región.

Se contó para la elaboración de estos capítulos con el testimonio invalorable de Jorge Nin Vivó, el más destacado —nacional e internacionalmente— de los discípulos de Armand-Ugón, quien, dedicando su energía, lucidez y brillante intelecto, aportó sus escritos y reflexiones para trasmitir a los más jóvenes esa rica tradición que distingue a la especialidad.

Es, sin duda, un privilegio contar con la trasmisión de esas ricas vivencias del único sobreviviente de aquel núcleo de iniciadores que debieron superar incontables obstáculos y confrontar duras experiencias para impulsar el progreso y el avance de una disciplina que, luego de muchas décadas de trabajo, cuenta hoy con un reconocimiento como especialidad independiente, con sus propios perfiles, alcanzando nuevos y más ambiciosos objetivos en su continua brega por ofrecer al paciente lo mejor desde el punto de vista técnico, científico y, sobre todo, humano.

Constituye la aspiración de la cátedra que quienes se acerquen a la especialidad puedan conocer e integrar la cadena de hechos, circunstancias y personalidades que hicieron posible su desarrollo para alcanzar cada vez mejores resultados. Los jóvenes cirujanos torácicos de hoy podrán ser, en el futuro, los legítimos sucesores de esa estirpe pionera.

Capítulo 10
Etapas de la cirugía torácica en Uruguay

La cirugía torácica en el mundo, y en Uruguay en particular, es una especialidad de desarrollo relativamente reciente si se la compara con la cirugía general y otras especialidades médicas. En nuestro medio, la historia de la cirugía torácica está indisolublemente ligada al Hospital Saint Bois, en el desarrollo de su época de mayor brillo durante el siglo XX.

Sin embargo, había nacido en el Hospital de Caridad, luego denominado, desde 1911, Hospital Maciel, donde desarrollaron su actividad, entre otros, Manuel Benito Nieto y aquel famoso "cuarteto de urgencia", desde 1912 (Manuel Albo, Garibaldi José Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat); Alfonso Lamas y Luis P. Mondino, iniciadores de la cirugía de la hidatidosis pulmonar, seguidos por Américo Fossati, quien luego iniciaría la cirugía de la tuberculosis en el Hospital Fermín Ferreira, y por Víctor Armand-Ugón, quien comenzó su formación quirúrgica junto a Horacio García Lagos, en el mismo hospital. En Uruguay, la historia de la cirugía torácica se origina en las intervenciones para resolver la patología hidática, seguidas por la cirugía de la tuberculosis, al contrario de lo ocurrido en países de otras regiones, donde la tuberculosis fue la que inició el avance de esta disciplina.

La historia de la cirugía torácica universal, y por ende la uruguaya, puede dividirse en cuatro grandes períodos, aunque no hay limitación exacta entre ellos. Estos cuatro períodos responden a etapas caracterizadas por la ocupación de espacios hospitalarios y la práctica de determinadas técnicas quirúrgicas para tratar patologías diferentes en cada etapa, agotando unas e incorporando otras.

Todos estos períodos tuvieron picos y valles, pero en todos ellos resurgió con fuerza el espíritu de esta especialidad, manifestado a través de la creatividad, el perfeccionamiento y el valor de sus hombres y mujeres.

Un detalle que llama la atención es que las mujeres recién se incorporaron a la cirugía de tórax al final de la segunda década del siglo XXI. Antes estuvieron presentes en el campo de la anestesiología, con figuras muy importantes, pero no se incorporaron a la especialidad quirúrgica.

Otro aspecto a destacar, desde luego, es el rol fundamental de la enfermería en este largo camino que la cirugía torácica comenzó a transitar a fines del siglo XIX.

Primer período: los orígenes

Comienza a finales siglo XIX, pasando por el Hospital Fermín Ferreira, y se extiende al Hospital Saint Bois en 1940.

En realidad, como se refleja en varios pasajes de este libro, todo se originó en el viejo Hospital de Caridad (hoy Hospital Maciel) y en él se iniciaron todos los cirujanos y la cirugía de la hidatidosis y el trauma. Pero la cuna de la cirugía torácica, a través de la cirugía de la tuberculosis, estuvo en el Hospital Fermín Ferreira y la figura destacada, creadora el Departamento de Cirugía de Tórax, fue el doctor Américo Fossati. A este departamento concurriría, desde el Hospital Maciel, el doctor Víctor Armand-Ugón para su formación en cirugía torácica. Allí desarrollaron su actividad quienes se atrevieron a introducirse sistemáticamente en el tórax para buscar una solución a pacientes cavitados, primero con las técnicas de colapsoterapia (neumotórax, frenicectomía) y luego con las toracoplastias.

En el Hospital Fermín Ferreira tuvo su sede la Cátedra de Tisiología, cuyo primer titular fue el profesor doctor Juan B. Morelli (1868-1947), con quien trabajó y colaboró por muchos años Pablo Purriel (1905-1975).

Hasta 1880, las maniobras quirúrgicas en el tórax no fueron más allá del tratamiento de las heridas torácicas, del drenaje de empiemas y de algunos abscesos de pulmón. Las dificultades generadas por el manejo de la infección, del neumotórax operatorio y de la anestesia impedían otros procedimientos quirúrgicos. Este primer período, entonces, se caracteriza por operaciones parietales o con simples penetraciones en la cavidad pleural para el avenamiento de empiemas o para tratar heridas. Las operaciones mayores de esta etapa son las toracoplastias, con numerosas variantes, que se usaron durante muchos años para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar y de sus complicaciones pleurales. Esta fue una época heroica, por la alta mortalidad y por lo precario de las técnicas anestésicas y su soporte.

En este período, la cirugía torácica nació de las fronteras de la cirugía general. Las enfermedades que más influyeron en el desarrollo de la especialidad fueron la hidatidosis, la tuberculosis y las supuraciones tanto pulmonares como pleurales. En el caso del Río de la Plata, y también en Australia, particularmente influyente fue la hidatidosis pulmonar en el siglo XIX, cuyo tratamiento quirúrgico es previo al de la tuberculosis.

La frecuencia de la hidatidosis pulmonar en el Río de la Plata obligó a los cirujanos de la época a abordar a estos pacientes en precarias condiciones, fundamentalmente por el neumotórax operatorio, la anestesia y la infección.

En Argentina, Alejandro Posadas (1870-1902), en 1898 describió su procedimiento para tratar el quiste hidático de pulmón, habiendo realizado su primera operación en el año 1896. Posadas fijaba el pulmón a través de la pleura (esta maniobra será conocida como arponaje pulmonar), abría la pleura parietal, incidía con el bisturí el pulmón y el quiste evacuando el líquido hidático y

la sangre, y terminaba extrayendo la membrana, cerrando la cavidad mediante sutura del pulmón y periquística. Cerraba la pared sin drenaje.

> Se fija el pulmón a través de la pleura y de un golpe seco, con una gran aguja de Hagedorn fuertemente incurvada en la que se arma un hilo de catgut grueso previamente ablandado en agua muy caliente; los extremos del hilo, una vez la aguja pasada, se toman con una pinza de forcipresura y un ayudante sostiene con el asa el pulmón, para siempre fijo e inmóvil cualquiera sea la abertura que se practique… Se abre la pleura parietal; si se ha caído directamente sobre el quiste, se incinde [sic] francamente y ampliamente con el bisturí el pulmón y la membrana quística y contemporáneamente, sin perder un momento, se vuelca el enfermo sobre el lado operado; la sangre de la incisión pulmonar y el líquido hidático salen en oleadas al exterior; en efecto el pulmón adosado a la pleura parietal por el asa de catgut que lo mantiene, impide que los líquidos caigan en la pleura […][93]

Aunque no llegó a crear una escuela, por lo breve de su vida, Posadas dejó algunos discípulos de prestigio, como Arce. Su espíritu innovador lo llevó, entre otras cosas, a realizar una película cinematográfica en 1899, tan solo cuatro años después del invento de Lumière. De París y Bélgica han llegado comunicaciones sobre que este fue el primer documento cinematográfico conocido de una operación, en este caso de un quiste hidático pulmonar usando como anestesia el cloroformo gota a gota, en una sala de operaciones iluminada con la luz del día en el viejo Hospital de Clínicas de Buenos Aires.[94]

En Uruguay, Navarro, Lamas y Mondino, contemporáneos de Posadas, operaban también esta patología y utilizaban el arponaje pulmonar. Lamas y Mondino, ya en el siglo XX, propusieron un método que evitaba el neumotórax operatorio, abordando el quiste a través de adherencias pleurales creadas previamente.[95] Este método fue utilizado habitualmente por cirujanos uruguayos, fundamentalmente por Américo Fossati, discípulo de Lamas, quien, al analizar en 1911 los resultados operatorios del quiste hidático de pulmón, llamó la atención sobre dos operaciones en las cuales, a pesar de haberse creado adherencias pleurales previas, se produjo el neumotórax operatorio, con evolución posterior buena. En 1943, Fossati publicó la experiencia recogida hasta ese momento.[96]

---

93 Turnes, A. L. *La cirugía del tórax en Uruguay*. Montevideo: Granada, 2020, p. 49.

94 Turnes, A. L. La hidatidosis en el Río de la Plata. Una revisión de algunos hitos a través de tres siglos. *Jornadas Iberoamericanas de Hidatidosis & Otras Zoonosis*. Colonia del Sacramento, Uruguay, 24 al 26 de abril de 2014.

95 Pernin, A. Alfonso Lamas (1867-1954). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988, pp. 64-67; Armand-Ugón, V. *El tórax quirúrgico*. Montevideo: Editorial Científica SMU, 1938, pp. 347-350.

96 Fossati, A. Contribución al estudio del crecimiento del quiste hidático de pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 1942, 13(3), pp. 111-115.

Sin embargo, es importante destacar que antes de las toracotomías recién mencionadas se hicieron operaciones endotorácicas por vía endoscópica y con anestesia local. La referencia es a la sección de adherencias pleurales (pleurolisis) en el curso del neumotórax para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar o del neumotórax espontáneo o para el diagnóstico de enfermedades pleurales. Este procedimiento, usado desde Jacobeus (1910), tuvo gran auge hasta aproximadamente 1950, cuando las medicaciones específicas contra el bacilo de Koch hicieron que el neumotórax terapéutico cayera en desuso.

Luego hay que referir al acceso a la cavidad pleural con los neumotórax y más tarde con la tisiocirugía, que englobaba el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis y sus secuelas, las grandes cavidades pulmonares. Allí primaron primero la colapsoterapia y luego la toracoplastia, con la resección más o menos amplia de la parrilla costal del lado afectado.

Fuera de las intervenciones practicadas por Alfredo Navarro, Alfonso Lamas y Luis Pedro Mondino, particularmente en casos de hidatidosis pulmonar, debe señalarse especialmente a Manuel B. Nieto (1873-1940), el creador de la cirugía de urgencia, quien ya en 1904 publicó un primer trabajo sobre heridas toracoabdominales y en 1907 inició sus publicaciones sobre heridas de corazón en la *Revista Médica del Uruguay*.

Pero será un discípulo de Alfonso Lamas, Américo F. Fossati, quien en el Hospital Fermín Ferreira dará inicio a la cirugía de la tuberculosis, siendo el que formaría algunos cirujanos que luego tendrían dedicación exclusiva, como Víctor Armand-Ugón y Alejandro Victorica. Allí, desde 1910, actuaba el doctor Américo F. Fossati, como médico de guardia y de sala con funciones de cirujano. Después fue jefe de servicio, creador del Departamento de Cirugía de Tórax y, paralelamente, profesor libre de Clínica Quirúrgica.

Segundo período: la cirugía endocavitaria y las resecciones pulmonares

Este segundo período, de creación de la especialidad, está estrechamente ligado a Armand-Ugón y al Hospital Saint Bois. Se caracteriza por el fin de la parte heroica y el desarrollo de la cirugía endocavitaria y las resecciones pulmonares, parciales o totales. Va desde el año 1940 a 1970. Es la época caracterizada por la presencia de destacadísimos visitantes extranjeros.

En este período abundan las operaciones endotorácicas con distintas vías de acceso (toracotomías, esternotomías), que se desarrollaron después de vencer el riesgo de la apertura del tórax gracias a la intubación traqueal y a la anestesia general. Esto permitió ampliar indicaciones y técnicas de manera tal que pudieran ser operados todos los órganos y grandes vasos. Por otra parte, el tórax, a veces, es una vía para llegar al abdomen.

Como mencionamos antes, la cirugía torácica cobró especial esplendor en este período gracias al profesor Víctor Armand-Ugón y su equipo, que tomaron fuerza y vigor a partir de la segunda mitad de la década del cuarenta. Entre los integrantes de este equipo se destacan, Hamlet Suárez, Alejandro Victorica, Aníbal Sanjinés, Alfredo Ruiz Liard, Valentín Crosa Dorado, Julio Mezzera, Jorge Nin Vivó, José Luis Martínez y Mario Brandolino. Junto a ellos se formó la mayoría de los cirujanos actuales de la especialidad, continuando su modalidad de austeridad y disciplina científica, prolongando así también sus nombres y su obra.

La cirugía torácica de este momento, una clínica de excepción, era ejercida por su creador en nuestro país, el profesor Víctor Armand-Ugón. Su reputación había sorteado fronteras y continuamente asistía a colegas extranjeros. A las sesiones del Ateneo del Hospital Saint-Bois concurrían numerosos colegas que actuaban fuera de él, y además era casi permanente la presencia de colegas de otros países, como Argentina, Brasil, Paraguay, Bolivia, etcétera.

Víctor Armand-Ugón trabajó en el Hospital Saint Bois por más de 35 años. No solo inauguró su *block* operatorio allá por el año 1937, sino que creó el Servicio de Cirugía, que en 1948 pasó, por ley, a ser el Departamento de Cirugía Torácica del Ministerio de Salud Pública en el Hospital Saint Bois.

En este lapso tuvo lugar el desarrollo de la cirugía torácica endocavitaria y de las resecciones pulmonares lobares, segmentarias y neumonectomías, y el resto de las técnicas. Esta etapa está marcada por tres áreas de conocimiento: la anatomía pulmonar, el drenaje pleural y la anestesia general, que amplió la calidad de la cirugía y sus horizontes, evitando los grandes sufrimientos que implicaban para los pacientes las operaciones con anestesia local y, para los cirujanos, el tener que operar en medio de un mar de gritos de dolor de los pacientes.

Es en este período cuando la cirugía torácica llegó a su esplendor, coincidiendo con el advenimiento de los antibióticos para el tratamiento de la tuberculosis, lo que redujo mucho la necesidad de las intervenciones, hasta llegar a la "casectomía química", que abrió nuevas perspectivas y, finalmente, llevó a la casi extinción de las intervenciones en pacientes tuberculosos.[97]

La llegada de los antibióticos y fármacos antituberculosos estuvo unida al conocimiento acabado de la fisiopatología cardiorrespiratoria, la evolución de las técnicas anestésicas y quirúrgicas, los avances tecnológicos en equipos y materiales, así como la ampliación de la endoscopía, que pasó a ser estudio rutinario. El cuidado posoperatorio de los pacientes, aún sin centro de tratamiento intensivo en el principal hospital donde se hacían estas cirugías, permitió la consolidación de la especialidad, haciendo posible el abordaje de técnicas y patologías de complejidad creciente más allá de la tuberculosis.

97 Turnes, A. L. *Pablo Purriel. Medicina y pasión (1905-1975)*. Montevideo: Granada, 2020, pp. 313-338.

Las figuras más representativas a escala mundial en cirugía torácica en ese momento visitaron el Servicio de Cirugía de Armand-Ugón en el Hospital Saint Bois, practicando en muchos casos intervenciones quirúrgicas. Entre ellos, podemos citar a Clarence Crafoord, de Estocolmo, Suecia; Phillip Allison, de Leeds, Reino Unido; Thomas Holmes Sellors, de Londres, Reino Unido; Jean Mathey, de París, Francia; Michel Latarjet, de Lyon, Francia; Jean Paul Binet, de París, Francia; Henry Eschapasse, de Toulouse, Francia; F. Griffith Pearson, de Toronto, Canadá; Jean Deslauriers, de Quebec, Canadá; Louis Couraud, Burdeos, Francia; Hermes Grillo, de Boston, Estados Unidos; Omodei Zorini, de Roma, Italia; Nunzio di Paola, de Roma, Italia; y Etienne Bernard, de Davos, Suiza, entre otros.

En particular, en el año 1952, visitaron el Hospital Saint Bois y pronunciaron conferencias los profesores Omodei Zorini, director del Instituto Forlanini de Roma; Nunzio di Paola, jefe del Servicio de Cirugía del mismo instituto; Gustavo Maurer, célebre tisiólogo de Davos, Suiza; Etienne Bernard, profesor de Neumotisiología de la Facultad de Medicina de París, de quien rescatamos esta frase: "Estuve particularmente feliz de visitar el Hospital Saint Bois, donde pude admirar a un equipo de médicos que realizaban la medicina más moderna con los mejores resultados".

Armand-Ugón cultivó las relaciones internacionales no solo trayendo estas figuras al Uruguay, sino también realizando varios viajes de observación al exterior, principalmente a Europa y Estados Unidos, en el curso de los cuales visitó, entre otros, a Crafoord, en Estocolmo; a Nuboer, en Utrecht; a Bergeret y Mathey, en París, y Overholt y Rienhoff en Estados Unidos.

Hacia la segunda mitad del siglo XX, el Hospital Saint Bois se ubicaba como uno de los centros de referencia latinoamericanos en la materia. Liderados por el profesor Purriel en Neumología, se agregaron neumotisiólogos de la talla de los doctores Dante Tomalino, Olga Muras, José Pedro Ibarra, Miguel Mello Aguerre, José Piñeyro, Gilberto Pratt, etcétera. Por su parte, la cirugía torácica cobró especial esplendor gracias a la figura del profesor Víctor Armand-Ugón y su equipo, entre cuyos integrantes destacan: Hamlet Suárez, Alejandro Victorica, Aníbal Sanjinés, Alfredo Ruiz Liard, Valentín Crosa, Horacio Etchemendy, Julio Mezzera, Jorge Nin Vivó, José Luis Martínez, Mario Brandolino, entre otros. Becarios de otros países de América Latina concurrían al Servicio de Cirugía Torácica para perfeccionar sus conocimientos. Destacados cirujanos del más alto nivel técnico reconocidos mundialmente hicieron sus aportes en sendas visitas al servicio (Crafoord, Mathey, Pearson, Deslauriers, Couraud, Grillo, Allison). Este impresionante desarrollo técnico tuvo su contrapartida administrativa en la constitución de un Servicio de Cirugía del Hospital Saint Bois, dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP), y un Servicio de Cirugía Torácica, dependiente de la Cátedra de Clínica Neumológica de la Facultad de Medicina, que también funcionaba en el Saint

Bois. Ambos servicios trabajaron en forma conjunta durante un largo período, con singular eficiencia.

Tercer período: la consolidación

Este tercer período corresponde a los últimos treinta años del siglo XX. Se caracteriza por una puesta a punto de las técnicas de la cirugía torácica y por el desarrollo de dos nuevas áreas: la cirugía traqueal y el trasplante pulmonar. Fue también el momento en el que comenzó a aplicarse la tecnología a la cirugía del tórax, que contribuyó a aumentar la seguridad del enfermo. Esto obligó a períodos de entrenamiento y perfeccionamiento de los cirujanos uruguayos en el extranjero, especialmente en diversos servicios de Francia, Estados Unidos, Canadá y España, y se marcó la incidencia en nuestra cirugía torácica de las escuelas francesa y canadiense.

En esta etapa, Jorge Nin Vivó introdujo la cirugía traqueal en nuestro país.

En 1966, Nin Vivó viajó a Francia con una beca de seis meses en el Servicio de Jean Mathey, en París. Allí fue incorporado como asistente extranjero y fue en este momento que le llamó la atención la cirugía de reconstrucción traqueal. Jean Mathey, uno de sus impulsores, acababa de presentar en Nueva Orleans veinte casos de esta cirugía. La beca de Nin Vivó se extendió por seis meses más. A iniciativa de Mathey, Nin Vivó visitó a Eschapasse, en Toulouse. De regreso en Montevideo, planificó la realización futura de esta cirugía con Hamlet Suárez, Mario Brandolino y María Julia Salsamendi.

En 1971 viajó nuevamente a París, donde hizo una nueva estadía, esta vez de dos meses, en el servicio de Mathey. A su regreso, comenzaron a aparecer los primeros casos de estenosis traqueal.

En junio de 1979, fue la Reunión Extraordinaria de los Capítulos Argentino y Uruguayo de la International Academy of Chest Physicians and Surgeons, en Buenos Aires. Nin Vivó y Brandolino participaron en la mesa redonda *Cirugía reconstructiva traqueo bronquial*, el primero como relator y el segundo como integrante. A su vez, en noviembre del mismo año, presentaron, junto a Salsamendi, en el Congreso Latino Americano de Cirugía, en Santiago de Chile, "15 casos de cirugía traqueal". En noviembre de 1980, en el Congreso Uruguayo de Cirugía, Nin Vivó coordinó la mesa redonda *Resecciones y plastias de la tráquea*, en la que participaron Alonso, Bertullo, Brandolino, Eschapasse y Salsamendi. En esa oportunidad, Eschapasse visitó el Hospital Saint Bois y operó ayudado por Nin Vivó, Brandolino y Hugo Bertullo, con Salsamendi en la anestesia, un tumor traqueal que resultó ser un leiomioma.

Durante las últimas décadas del siglo XX, a medida que la cirugía de la tuberculosis iba perdiendo terreno, la cirugía de la hidatidosis comenzó a hacerse cada vez con más frecuencia y empezó a desarrollarse con más seguridad la cirugía del cáncer de pulmón. Cirujanos como Sanjinés, Ruiz Liard, Hamlet Suárez, Crosa Dorado y Brandolino cobraron protagonismo rápidamente.

Se acumuló en ese período una extensa experiencia documentada en materia de hidatidosis, incluyendo formas complicadas y localizaciones torácicas raras. Merecen destacarse algunas publicaciones:

- Sanjinés, A. y Tomalino, D. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. *El Tórax*, 1972, 21: 60.
- Sanjinés, A. Hidatidosis pulmonar y sus complicaciones (1465 casos operados). *El Tórax*, 1977, XXVI: 4.
- Venturino, W. y Laviña, R. *Tratado de cirugía. Enfermedad hidática*, cap. 13, pp. 371-443.
- Nin Vivó, J. y Brandolino, M. Rare infections of the pleural Space. En Griffith Pearson, F. *Thoracic surgery*. Filadelfia: Churchill Livingstone, 2002.

El perfeccionamiento técnico y un mejor manejo anestésico y posoperatorio permitieron ir incorporando cada vez con mayor convicción y seguridad las resecciones pulmonares por cáncer. Algunos artículos marcan la importancia y el desarrollo conceptual de la cirugía del cáncer de pulmón en Uruguay e incluso se dedicó un número entero de la revista *Cirugía del Uruguay* (volumen 52, número 2) al cáncer de pulmón:

- Sanjinés, A. La selectividad en la cirugía del cáncer de pulmón. *Cirugía del Uruguay*, 1975, 45(4): 292-298.
- Crosa Dorado, V. L.; Mezzera, J. R.; Nin Vivó, J.; Brandolino, M. V. y Sanjinés, A. Resecciones pulmonares. *Cirugía del Uruguay*, 1979, 49(6): 516-544.

Se realizaban cirugías de pacientes con enfisema y se publicó una experiencia única en esta materia:

- Crosa, V.; Pomi, J.; Pérez Penco, E. y Carriquiry, G. Treatment of dyspnea in emphysema. Pulmonary remodeling: hemo and pneumostatic suture of the emphysematous. *Research in Surgery*, 1992, 4: 152-155.

Esta línea de trabajo dio pie a presentaciones internacionales y a una beca del American College of Surgeons:

- Carriquiry, G. *Lung volume reduction for severe emphysema*. San Francisco: American College of Surgenos Clinical Congress, 1996.

La cirugía de los traumatismos también fue abordada con pensamiento crítico e innovaciones técnicas:

- Crosa, V.; Pomi, J. y Carriquiry, G. Osteosíntesis elástica con acrílico cristal. *J. Pneumol.*, 1997, 23: S88.

Las publicaciones

La digitalización nos ha permitido rescatar muchas obras del pasado que aún tienen vigencia y sirven para recrear épocas y patologías hoy poco frecuentes. Armand-Ugón participó en publicaciones de sus mayores, hasta que, progresivamente, fue adquiriendo vuelo propio y realizando él solo, o con sus sucesivos colaboradores de varias generaciones, artículos científicos. En ellos fue construyendo lo que sería la escuela uruguaya de cirugía de tórax, a menudo con casuísticas de interés o con la introducción de técnicas que mejoraban sensiblemente lo realizado hasta entonces, con ese toque de avanzada que siempre caracterizó su producción, a pesar de su humildad y ausencia de ansias de poder para obtener cargos académicos. Por esa característica de su personalidad, que mantuvo con firmeza, no aspiró a que se creara una Cátedra de Cirugía de Tórax, como hubiera sido lo natural, dada su dedicación exclusiva y el magisterio que le era unánimemente reconocido a nivel nacional e internacional. Para honrarlo, la Facultad de Medicina le designó profesor *ad honorem* en 1948, cuando había sobrepasado largamente la mitad de su existencia sembrando conocimiento y prestigiando una especialidad que se afianzó y creció por su dedicación y creatividad.

La Sociedad de Cirugía del Uruguay, desde muy temprano, recogió en sus publicaciones los trabajos más relevantes de la producción de Armand-Ugón, de sus discípulos y de su escuela, materializados en mesas redondas y artículos de actualización técnica a los que el lector actual puede acceder. Algunos de estos materiales tienen plena vigencia, como la mesa redonda sobre la técnica quirúrgica de resecciones pulmonares, coordinada por Valentín Crosa Dorado, de lectura obligatoria por su calidad y profundidad.

Gracias a que la Sociedad de Cirugía del Uruguay, al celebrar su centenario en 2020, digitalizó la totalidad de las publicaciones periódicas destinadas a recoger los trabajos científicos presentados en sus sesiones —un riquísimo acervo patrimonial para la cirugía uruguaya—, se ha podido reunir la totalidad de los artículos que conforman la producción de Armand-Ugón. A esto se suma *El tórax quirúrgico*, editado en 1938 por el Sindicato Médico del Uruguay, que el doctor Gerardo Bruno había logrado digitalizar en 1996, junto a otros libros históricos de la medicina nacional. Este trabajo bibliotecológico de ambas instituciones centenarias pone en valor la producción de los principales exponentes de nuestras ciencias médicas, que se entrega como patrimonio intangible a las generaciones venideras, como forma de rescatar la obra de nuestros antecesores.

A continuación, se incluye una lista de las publicaciones realizadas desde los inicios de la cirugía torácica, que incluye trabajos sobre diferentes patologías del tórax, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de gran valor, tanto por la importancia de sus autores como por la vigencia de estos procedimientos en la actualidad, que son, además, de referencia regional.

1. Colapsoterapia en la tuberculosis pulmonar. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 9/1930. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/123.
2. Tratamiento del neumotórax hidatídico. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 1931. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/139.
3. Hamartoma de pulmón. Autor: Alejandro Victorica. Fecha de publicado: 1948. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/944.
4. Neumonectomía por hidatidosis pleuropulmonar y masiva. Autor Víctor Armand-Ugón, Alejandro Victorica y Hamlet Suárez. Fecha de publicado: 1947. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/877.
5. Técnica de la extirpación del quiste hidático de pulmón. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 1947. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/859.
6. Hidatidosis pulmonar bilateral. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 1953. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/1361.
7. A propósito del tratamiento del quiste hidático de pulmón. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 1953. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/1175?articlesBySameAuthorPage=2.
8. Fijación costal en el tórax traumático. Autores: Alfredo Ruiz Liard, Carmelo Gastambide, Fabio Croci y Jorge Pomi. Fecha de publicado: 9/1980. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/3365/3187.
9. Linfáticos de los pulmones. Autor: Alfredo Ruiz Liard. Fecha de publicado: 3/1982. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/3333.
10. La mediastinopleurotomía en el diagnóstico de las enfermedades torácicas. Autores: Hugo Bertullo, Mario Brandolino, Guillermo Carriquiry, Hugo Etchandy y Aníbal Sanjinés. Fecha de publicado: 3/1983. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/3429/3243/.
11. Hemoneumotórax espontáneo. Autores: Mario Brandolino, Jorge Nin Vivó y Aníbal Sanjinés. Fecha de publicado: 10/1985. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/3678.
12. Lugar de la toracostomía abierta en el tratamiento del empiema crónico. Autores: Mario Brandolino, Hugo Bertullo, Jorge Nin Vivó y Jor-

ge Pomi. Fecha de publicado: 1985. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/3683/3490.

13. Tórax en embudo. Corrección quirúrgica. Autores: Mario Brandolino, Hugo Bertullo y Juan Chifflet. Fecha de publicado: 1986. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/3760?articlesBySameAuthorPage=5.
14. Tratamiento de los tránsitos hidáticos hepato-pulmonares transdiafragmáticos. Autores: Hamlet Suárez y Alejandro Victorica. Fecha de publicado: s. f. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/1018/815.
15. Rotura traumática de la vía aérea. Autor: Hugo Bertullo. Fecha de publicado: s. f. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/3950/3729.

Los siguientes son artículos y publicaciones clave, cuya lectura es muy recomendable, ya que tienen plena vigencia hoy.

- Quiste hidático de pulmón. Resultados operatorios. Autor: Víctor Armand-Ugón. Fecha de publicado: 1950. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/1016.
- Pautas diagnósticas y terapéuticas en cirugía torácica. Coordinador: Alfredo Ruiz Liard. Fecha de publicado: 1975. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/2637/2536.
- Supuraciones pulmonares, bronquiales y pleurales. Coordinador: Aníbal Sanjinés. Fecha de publicado: 1975. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/2692/2586/.
- Resecciones pulmonares. Coordinador: Valentín Crosa Dorado. Ponentes: Julio Mezzera, Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino y Aníbal Sanjinés. Fecha de publicado: 1979. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/download/3108/2954.
- Ampliación de la resección en la vía canalicular. Autores: Jorge Nin Vivó y Mario Brandolino. Fecha de publicado: 1982. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/3324.
- Resecciones y plastias de la tráquea. Ponentes: María J. Salsamendi, Hugo Bertullo y Mario Brandolino. Fecha de publicado: 1983. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/3458.

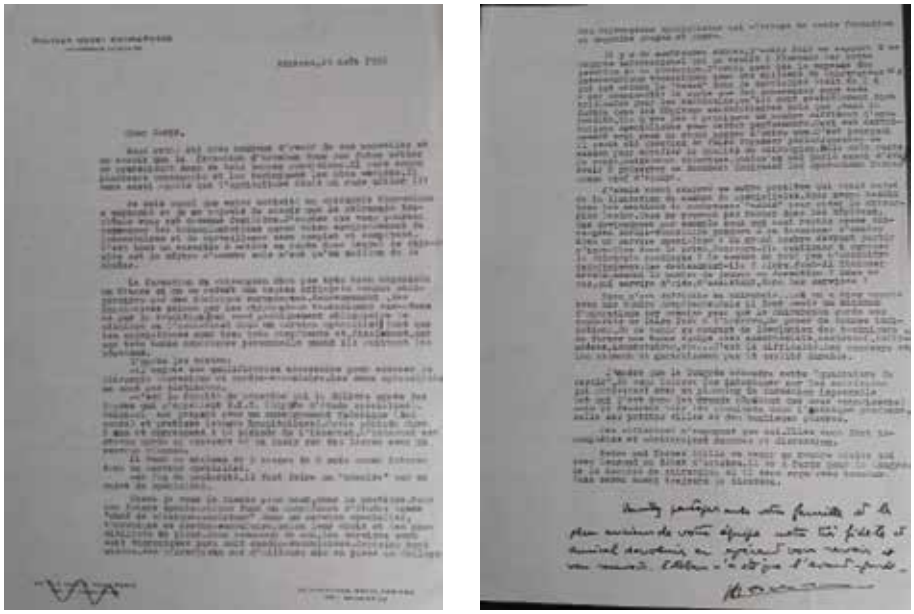
La formación

Henry Eschapasse.

Henry Eschapasse fue jefe emérito del Servicio Torácico y Cardiovascular del Centro Hospitalario Regional de Toulouse y profesor emérito de la Universidad de Toulouse.

En las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial hubo un gran interés y actividad en la cirugía traqueal y la patología en Francia y el doctor Eschapasse fue un líder en este campo y estuvo especialmente interesado en el estudio de las neoplasias primarias traqueales y la reconstrucción carinal.[98]

Jorge Nin Vivó relata que, en el marco de su preocupación por conocer cómo se formaban los cirujanos torácicos en el exterior, particularmente en Francia, recibió la opinión de Henry Eschapasse, mediante una carta del 21 de agosto de 1992, de la que reproducimos algunos fragmentos traducidos.


Carta incluida en el archivo personal de Jorge Nin Vivó.

La formación del cirujano no está muy bien organizada en Francia si nos referimos a los textos oficiales obligados por las decisiones europeas. Afortunadamente, las iniciativas tomadas por los propios cirujanos torácicos y por la

98 Grillo, H. C. (ed.). *Surgery of the trachea and bronchi*. B. C. Decker, 2003.

tradición (que hace prácticamente obligatorio el jefe de clínica o el asistentado en un servicio especializado) hacen que los especialistas sean muy competentes y, en última instancia, tengan una muy buena experiencia personal cuando salen de los hospitales.

Según los textos:

Hay una calificación necesaria para practicar la cirugía torácica y cardiovascular. Las dos especialidades no están separadas.

Es la Facultad de Medicina la que le entrega después de los estudios que se llaman D. E. S. (diploma de estudio especializado). Esto se prepara con enseñanza teórica (cursos) y práctica (pasantías hospitalarias). Este período dura cinco años y corresponde al período de pasantía. La pasantía se obtiene después de una competencia (concurso) y una elección en las listas con un numerus clausus.

Se requiere un mínimo de cinco pasantías de seis meses como pasante en un servicio especializado.

Al final de la escuela, debe hacer una "disertación" (memoria, tesina) sobre un tema de la especialidad.

Como le dije anteriormente, en la práctica, todos los futuros especialistas realizan estudios adicionales como "jefe de asistente clínico" en un servicio especializado, torácico o cardiovascular, según su elección y las posibilidades de lugar. En muchos casos, los servicios son puramente torácicos o cardiovasculares. Algunos son mixtos. Los cirujanos también han establecido un Colegio de Cirujanos Especialistas que se ocupan de esta capacitación y organizan pasantías y cursos.

Hace muchos años, informé a un congreso internacional celebrado en Florencia sobre esta cuestión de la capacitación. Había notado que el promedio de intervenciones torácicas para los miles de cirujanos de los Estados Unidos que obtuvieron el *board* (certificado) en la especialidad fue de uno a dos por semana. Como resultado, las apariencias son muy brillantes para los estadounidenses, ya que probablemente estén bien capacitados en hospitales universitarios, pero, en realidad, no tienen que realizar un número suficiente de operaciones especializadas para mantenerse eficientes. Esto es ciertamente verdadero para muchos de ellos. Es por eso que se trataba de tener un examen revisado periódicamente para verificar la calidad del cirujano. Pero creo que esto sigue siendo teórico, aunque también se habla de tener que presentar un documento que indique las operaciones realizadas como líder del equipo.

También planteé otro problema, que era el de limitar el número de especialistas. Necesitamos muchas "manos" en el servicio para ayudar al cirujano líder. No todos pueden permanecer en hospitales. ¿Qué pasará, por ejemplo, con aquellos que han permanecido como cirujanos cardiovasculares durante dos o más años en un servicio especializado? Un gran número tendrá que trasladarse al sector privado. ¿Podrán continuar realizando cirugía cardíaca?

> El número no puede aumentar indefinidamente. ¿Qué será de ellos? Entonces, ¿deberíamos reducir drásticamente el número de jóvenes en formación? En este caso, ¿quién será de ayuda, asistente, en los servicios?
>
> Nada es difícil en cirugía… si has aprendido bien con un equipo competente. Pero es necesario tener un mínimo de operaciones por semana para que el cirujano mantenga sus capacidades para enfrentar lo inesperado, hacer buenas indicaciones, mantenerse al tanto de la evolución de las técnicas, formar un buen equipo con anestesiólogo, asistente, enfermeras, laboratorios, etc. Esta es la dificultad. Las competiciones y los exámenes no garantizan una calidad duradera.
>
> Espero que el congreso resuelva esta "cuadratura del círculo". No se deje embriagar por los estadounidenses, que llegarán con un programa de entrenamiento impecable (y que está en los grandes hospitales que conocemos); deberíamos ver los resultados en América profunda, la de las ciudades pequeñas y los suburbios pobres.
>
> Estas reflexiones son solo mías. Son muy incompletas y merecen matices y discusión. […]
>
> Henry Eschapasse

Cuarto período: transformaciones

El cuarto período, que puede ubicarse en el cambio del siglo XX al XXI, marca el resurgimiento de la cirugía torácica en el Hospital Maciel.

En esta etapa se fue dando un reconocimiento progresivo de la especialidad, y, junto con él, apareció la necesidad de formar equipos anestésico-quirúrgicos. Por esta época, además de los avances en la cirugía traqueal, también se gestaba la transición de la cirugía de la tuberculosis hacia la de la equinococosis y el cáncer de pulmón. Las complicaciones eran enormes y el concepto de riesgo aún muy poco valorado.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, el Hospital Saint Bois y su Servicio de Cirugía Torácica fueron limitando su campo de acción y su relación con otras especialidades (emergencia, terapia intensiva, oncología, pediatría y todas las especialidades de un hospital general que requieran de la cirugía torácica). Las innovaciones tecnológicas en materia de cirugía de tórax se realizaban en el subsector privado, mientras el hospital, "adormecido", contemplaba pasivamente cómo varios temas comenzaban a migrar fuera del ámbito hospitalario y universitario: la cirugía traqueal, la cirugía del enfisema, la cirugía torácica videoasistida, los trasplantes.

Así, el deterioro progresivo que paulatinamente se iba verificando en el Saint Bois, sumado al desarrollo de la oncología, que exigía de modo impostergable el aporte de la cirugía torácica compleja, y la carencia en ese centro tanto de un servicio de oncología como de una unidad de cuidados intensivos hicieron que la actividad del Servicio de Cirugía Torácica disminuyera cada vez

más. Finalmente, en 1998, el Servicio de Cirugía Torácica del MSP se trasladó al Hospital Maciel, conjuntamente con la Cátedra de Clínica Neumológica.

Es llamativo que Armand-Ugón haya comenzado su formación en el Hospital Maciel y la cirugía torácica termine de resurgir como especialidad y renovarse también en el Hospital Maciel. No hay que olvidar que este es el hospital más antiguo del Uruguay, fundado en junio de 1788. Vio nacer a la República y hoy es el principal hospital del país y centro referencia nacional en cirugía torácica.

El campo de la cirugía torácica ha progresado, expandiéndose notablemente en las últimas décadas, incluida la introducción de procedimientos mínimamente invasivos, técnicas endoscópicas complejas y desarrollo tecnológico, lo que hace a la cirugía torácica más segura, más precisa y menos invasiva. Se aprecian los mejores resultados, las curaciones en la mayor parte de los casos y buena calidad de vida de los pacientes, en un marco de seguridad que constituye un enorme avance.

Es oportuno señalar que Mario Brandolino fue el último jefe de Cirugía Torácica del Hospital Gustavo Saint Bois. Antes del retorno del servicio de cirugía al Hospital Maciel, como dependencia de la Facultad de Medicina, fue dirigido por José Luis Martínez Apezteguía, Juan Chifflet de Lodrón, ambos como grado 4, hasta la llegada del doctor Guillermo Carriquiry como primer grado 5 de Cirugía Torácica en la historia de la Facultad de Medicina, lo que tuvo lugar recién cuando el servicio ya estaba instalado en el Hospital Maciel. Todos ellos, además de los doctores Jorge Pomi y Hugo Bertullo, realizaron pasantías en el exterior, tanto en Europa como en América del Norte, como parte de su formación y perfeccionamiento académico, junto a grandes referentes de la especialidad.

Entre 1999 y 2005, la cirugía torácica dependiente de Neumología comenzó un nuevo período de instalación y adaptación en el Hospital Maciel. En el área asistencial es donde se produjeron los cambios más ostensibles: aumentó el número de consultas, también la productividad quirúrgica y la relación con los otros servicios del hospital; además, se creó el Posgrado en Cirugía Torácica y los mecanismos para acceder a él. Progresivamente se fueron jubilando los últimos cirujanos del antiguo servicio del Saint Bois, algunos dejaron también vacantes cargos docentes, hasta que, en el año 2005, la plantilla funcional del MSP quedó totalmente desmantelada. Toda la asistencia recayó en los pocos integrantes dependientes presupuestalmente de la Facultad de Medicina.

A partir de 2005, rápidamente se sucedió una serie de cambios, que se plasmaron en hechos concretos, entre los que se destacan:

a. Creación del cargo de profesor titular de Cirugía Torácica del Instituto del Tórax (Res. n.º 19. Exp. 071160-007118-04, 16/08/2006). El profesor Guillermo Carriquiry pasó a ser el primer profesor titular de

la especialidad el 16 de agosto de 2006 (Exp. n.o 071160-007118-04). A partir de entonces comenzó una serie de trasformaciones estructurales que pusieron a la cirugía torácica de cara a la modernidad. La cirugía torácica dejó de depender de la Jefatura de la Cátedra de Clínica Neumológica y se consolidó como una disciplina autónoma e independiente, retomando su antiguo y valioso impulso creativo. En un período de casi catorce años se vieron, a un ritmo vertiginoso, trasformaciones estructurales que pusieron a la cirugía torácica a la vanguardia.

b. Creación de la Residencia en Cirugía Torácica (2008). Este hecho habilitó a plasmar en el servicio la formación de los futuros especialistas (el primer cargo de residente comenzó en abril de 2009) y constituyó la consolidación definitiva del Posgrado de Especialista en Cirugía Torácica.

c. Estructuración piramidal de la cátedra. Se estructuró la cátedra con dos profesores agregados (Exp. n.º 071630-002983-06, del 02/05/2007), uno con funciones en el Departamento de Cirugía del Hospital de Clínicas (con dependencia administrativa de este y académica del Servicio de Cirugía del Instituto de Neumología) y el otro (Exp. n.º 071630-002071-09), del Instituto del Tórax. Ya existía en esa época la visión, el embrión, de descentralización y trabajo en redes con el Hospital de Clínicas.

d. Creación del Instituto del Tórax. Los profesores doctores Luis Piñeyro y Guillermo Carriquiry, trabajando en forma coordinada desde dos cátedras independientes, dieron lugar a un espacio mayor, que es el Instituto del Tórax, en el ámbito de la Facultad de Medicina (Res. n.º 45 02/07/08 y n.º 55 27/08/08 del Consejo de la Facultad de Medicina, Exp. n.º 071160-000731-04). Este espacio permitió integrar académica y asistencialmente distintas especialidades afines y concurrentes: Neumología, Función Respiratoria, Anatomía Patológica, Cirugía de Tórax y Endoscopía Intervencionista. Por esto hoy el Instituto del Tórax refleja el accionar integrado y coordinado de especialidades complementarias, consolidando el espíritu de lo que debe ser actualmente una especialidad de tercer nivel. El Instituto del Tórax está radicado en el Hospital Maciel y sus dos columnas de sustentación son la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Medicina. Constituye la expresión y revitalización del convenio entre el MSP y la Facultad de Medicina, como plataforma para el desarrollo de recursos, así como para la ejecución de programas de avanzada en el país.

e. Reinserción académica internacional de la cirugía torácica uruguaya. Desde la fundación de la cátedra se han implementado becas de

especialización en el extranjero, pasantías y participación activa en múltiples congresos y cursos internacionales. Se actuó en la presidencia de sociedades científicas internacionales, se llevó adelante la organización del XV Congreso de la Asociación Sudamericana de Cirugía Torácica, en Montevideo, y se consiguió la inclusión del servicio en registros internacionales. Se crearon vínculos con la Sociedad Española de Cirugía Torácica, participando además en sus congresos y sus cursos. También se comenzó a participar y realizar cursos y pasantías en los principales centros europeos de la especialidad.

f. Recreación del Servicio de Cirugía Torácica de ASSE. Desde el punto de vista geográfico, se amplió la cobertura abarcando el área metropolitana y teniendo como sede del servicio al Hospital Maciel, estableciendo vínculos especiales con el Hospital Español y el Hospital de Clínicas y articulando con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), generándose, además, cuatro cargos de cirujanos de guardia. Se inició así el camino para erigir al Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel como centro de referencia nacional, abarcando toda la República Oriental del Uruguay, centro al cual se derivan todos los pacientes de ASSE, tanto del interior como de la capital. Sensible a esta situación, el Directorio de ASSE resolvió, el 17 de marzo de 2010, crear el Servicio de Cirugía Torácica como servicio de ASSE (Res. n.º 743/2010).

g. Identificación como centro de referencia de ASSE y coordinador de redes públicas. Todo este proceso se ha sustentado e incrementado a lo largo de varios años, lo cual llevó a considerar al Servicio de Cirugía Torácica un servicio estratégico de la red pública e incluirlo, así, en el Plan Estratégico 2014-2020 de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (RIEPS), como lo expresa el Directorio de ASSE en las resoluciones 1480/2015 bis, del 5 de marzo de 2015, y 1696/2015, del 8 de abril 2015.

h. Modificación del Posgrado y la Residencia de Cirugía Torácica de inserción primaria. El fundamental proceso de cambios recorrido ha modificado el escenario académico y asistencial en el cual se inserta la especialidad. El ingreso al Curso de Formación de Especialista en Cirugía Torácica se hace por la única vía de la Residencia en Cirugía Torácica, en acuerdo con las disposiciones vigentes, con una duración de cinco años (Res. n.º 85 del 11/05/2016 del Consejo de Facultad de Medicina, y Res. n.º 22 del 06/12/2016 del Consejo Directivo Central de la Udelar).

i. Desarrollo del Hospital Maciel. En los últimos años, el Hospital Maciel ha tenido un gran desarrollo en términos de organización, infraestructura y tecnología, que ha contribuido a la potenciación de

la cirugía torácica. El Maciel es el mayor centro quirúrgico del país, con doce servicios quirúrgicos que realizan cirugías de urgencia, de alta especialización y de alta complejidad. La máxima complejidad se concentra en las áreas de neurocirugía, cirugía vascular y cirugía torácica, por lo que, desde el año 2010, el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Maciel oficia como centro de referencia nacional para la red hospitalaria de ASSE de todo el interior y el área metropolitana.

El Hospital Maciel cuenta con un *block* quirúrgico totalmente renovado y actualizado, uno de los mejores *blocks* del país. Hay una sala de operaciones específica para cirugía torácica, equipada con tecnología de última generación y específica, a saber: fibrobroncoscopía para intubación selectiva; bisturí de energía, torre y carro para cirugía torácica videoasistida, específico y exclusivo; videomediastinoscopio expansible modelo Hurtgen (único en el país). Recientemente, se licitó la adquisición de instrumental nuevo para respaldar la realización de cirugías por video de avanzada y cirugías extendidas en estadios avanzados del cáncer broncopulmonar.

Además de los servicios que brinda un hospital de nivel terciario, el Hospital Maciel cuenta con algunas características particulares que merecen especial destaque:

- Sala de endoscopía respiratoria. En el ámbito del Instituto del Tórax se ha creado una sala de endoscopía específica, para pacientes ambulatorios y hospitalizados, provista de tecnología y equipamiento moderno (endoscopía rígida y flexible, videoendoscopía, banco de prótesis endo-traqueo-brónquicas, instrumental para realizar criobiopsias y resecciones endoscópicas). Los procedimientos se realizan con anestesista y patólogo. Está planificada la adquisición de un equipo de argón-plasma y un equipo de EBUS-EUS (endoscopía endobronquial y endoesofágica).
- Interrelación con el equipo de dirección. Se caracteriza por la fluidez, el intercambio, la sensibilidad y la respuesta ante las distintas necesidades.
- Política de provisión de insumos e incorporación de tecnología de punta. A lo ya visto en relación con la adquisición de tecnología, la dirección del Hospital Maciel ha establecido una política de abastecimiento de insumos (suturas mecánicas, prótesis de diferentes tipos y demás) que asegura la continuidad de las actuaciones de acuerdo a los estándares internacionales.

Como ha sido ya destacado, el Maciel es el único centro de referencia de alcance nacional en cirugía torácica y el único lugar acreditado en la forma-

ción de recursos humanos para la especialidad, siendo el sitio de convergencia de personal médico de la Facultad de Medicina y de ASSE entrenado en diferentes especialidades para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la pared torácica, el pulmón, la pleura, la vía aérea y el mediastino. Esto garantiza el doble objetivo de constituir una actividad asistencial integral y una actividad académica acorde a un estándar elevado. Esta forma de trabajar llevó a que el Instituto del Tórax con sede en el Hospital Maciel sea el único centro especializado en patología torácica que existe en nuestro país. En él se operan entre cuatrocientos y quinientos pacientes al año.

La formación de un equipo quirúrgico

Para que una organización funcione adecuadamente es necesario que cada uno de sus integrantes se adapte a la tarea, comprenda cuáles son las responsabilidades de cada uno y aporte permanentemente con su creatividad, energía y dinamismo al equipo. Solamente cuando ese estado se logra, pueden sus integrantes producir su trabajo cotidiano en armonía, superando las dificultades que el enfrentamiento con éxitos y fracasos puede depararles a todos.

Generalmente, cuando se describen algunos aspectos de las historias de la medicina, la atención se centra en lo que hacen los médicos, en este caso los cirujanos. Poca o ninguna mención se realiza de quienes llevan la responsabilidad de ayudar en la difícil tarea de atender pacientes y también de hacer que cada pequeño detalle de la organización de los recursos materiales esté listo cada jornada, para que todo salga de la mejor manera.

Así que las que primero llegan, antes que el cirujano y sus ayudantes, antes que el anestesista, son las enfermeras, que preparan las instalaciones y el instrumental, prevén lo que será necesario para realizar sin tropiezos la atención de cada paciente en el *block* quirúrgico. Antes que ellas, estuvo el personal de la sala, que preparó al paciente física y espiritualmente para la intervención y que seguidamente intentará mejorar su estado de salud, a menudo con procesos de grave pronóstico, donde la angustia de pacientes y familiares está presente al enfrentar la incertidumbre del resultado. Están también las auxiliares de enfermería, que hicieron lo propio y trajeron puntualmente al paciente coordinado, acompañado de su historia clínica y el material imagenológico. Y está el personal del centro de materiales, que preparó meticulosamente y esterilizó la ropa quirúrgica, las cajas de instrumental y sus debidas reservas. Están las instrumentistas, que disponen ordenadamente en el ámbito operatorio el despliegue de los instrumentos y herramientas necesarios para la ejecución de la cirugía programada y la suficiente provisión de elementos blancos, que comprueban que el instrumental de uso funcione adecuadamente y que la iluminación y la temperatura del quirófano estén en condiciones.

Durante la intervención, cuando cada cual ocupa su lugar y se pone en marcha la anestesia, también el profesional que se ocupa de esa disciplina requiere que sus elementos e instrumentos se encuentren a mano, en cantidad y calidad, listos para su utilización. Otras personas de enfermería se ocuparán de atenderlo durante todo el tiempo.

Finalmente, en marcha ya todo el operativo, las enfermeras circulantes asegurarán todo lo que se requiera fuera del campo operatorio y se ocuparán de que quienes están vestidos de forma estéril reciban los elementos que vayan precisando, de que estén disponibles los elementos blancos y de que se realice el minucioso conteo de gasas y compresas al finalizar el procedimiento, brindando seguridad al paciente y a los cirujanos.

Sin el concurso de todas esas personas, el cirujano y sus ayudantes poco podrían hacer. Asegurar que todo esté en su debido lugar y justo a tiempo es lo que garantiza el éxito del equipo, trabajando siempre con alegría y buena disposición, poniendo el alma en cada acto, con una actitud de permanente compromiso.

Por eso es necesario un reconocimiento especial a todas esas personas que no aparecen como los principales actores de reparto pero juegan un papel esencial en el éxito del trabajo.

En un equipo que a lo largo de muchos años consolida una identidad y se prestigia por la calidad de su trabajo, no se debe olvidar que muchas personas que trabajan con conciencia y voluntad hacen posible que cada día puedan afrontarse nuevos desafíos, porque cada uno de sus componentes trabaja en armonía, generando un buen ambiente y, sobre todo, asegurando que se cumple estrictamente con las pautas establecidas desde la dirección.

Fuera de las reuniones que a veces se dan, ya sea por la finalización de un año o por un hecho feliz que afecta a cualquiera de los miembros del equipo, es necesario reconocer y dedicar atención especial en este lugar a esas personas tan importantes, que hacen posible que todo funcione cumpliendo con sus cometidos. Así fue que se organizó este homenaje, que sintetiza esa actitud de permanente cooperación.

En una persona se quiso homenajear a todos los héroes anónimos que contribuyeron a la tradición: personal de enfermería, camilleros, instrumentistas, nurses, administrativos, personal de sala de operaciones, quienes se ocupan del cuidado de los enfermos. Todos ellos están representados aquí en Teresa Piñeyro, que aceptó pasar del Hospital Saint Bois al Hospital Maciel, trasmitió las pautas de organización y formó nuevas generaciones en el cuidado del material y las particularidades del trabajo en sala de operaciones.

Ella formó a sus discípulos, Victoria Loaces y Lourdes Martínez, quienes con el profesor Guillermo Carriquiry decidieron hacerle un homenaje con motivo de su retiro jubilatorio, luego de tantas décadas de trabajo eficiente.

Teresa Piñeyro es una persona que vivió la realidad cotidiana del Hospital Saint Bois desde que en 1960 ingresó al área de cirugía, y acompañó a varias

generaciones de cirujanos que se formaron y continuaron, o partieron a otros destinos. Pero también acompañó la transición, cuando el Instituto del Tórax migró al Hospital Maciel, donde se encuentra desde el año 1999. Ella acompañó e hizo posible la transición hasta diciembre de 2015, cuando se retiró, luego de haber contribuido eficientemente a la formación de quienes le sucederían y asegurar que todo funcionaba de acuerdo a las pautas necesarias, siempre cambiantes con la incorporación de nuevas técnicas, profesionales y equipos.

Guillermo Carriquiry, Teresa Piñeyro y Gerardo Bruno.

Placa de agradecimiento a Teresa Piñeyro.

Teresa gestionaba la sala de operaciones de la especialidad para su correcto funcionamiento, tanto proveyendo los insumos necesarios para cada cirugía como colaborando en la selección de la compra de materiales y en el cuidado, preparación y mantenimiento del instrumental quirúrgico de cirugía convencional, que se continúa utilizando hasta la fecha. A lo largo de su vida

laboral en ese ambiente, trabajó y colaboró con todos y cada uno de los que forman parte de esta historia. Ella también forma parte de esta historia.

Lic. Lourdes Martínez y Lic. Teresa Piñeyro.

En el año 1999 el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Saint Bois comenzó a funcionar en el Hospital Maciel. En ese momento, se unió al equipo Lourdes Martínez, licenciada en Instrumentación Quirúrgica, a quien Teresa capacitó y formó en la especialidad.

En agosto de 2015, en preparación hacia la jubilación de Teresa, ingresó al equipo la licenciada en Instrumentación Quirúrgica Victoria Loaces, a quien aquella también capacitó y orientó en el funcionamiento del servicio hasta su retiro definitivo, cuando se acogió al beneficio jubilatorio, luego de una intensa vida laboral en cirugía de tórax.

Lic. Victoria Loaces
y Lic. Lourdes Martínez.

El equipo de *block* quirúrgico ha mantenido la misma organización y gestión del trabajo, con responsabilidad y compromiso para con el servicio, a través de estos años, sumado a la dinámica de trabajo en equipo junto a todos los integrantes del plantel: profesor, cirujanos, residentes, anestesistas, manteniendo y destacando así nuestra identidad como integrantes del equipo de cirugía torácica del Hospital Maciel.

Capítulo 11
La anestesiología en la cirugía del tórax

Uruguay y el mundo no fueron ajenos al nacimiento conjunto de la anestesia y la cirugía torácica, un matrimonio que se mantiene hasta el día de hoy, con nuevos desafíos.

En la escuela uruguaya de cirugía torácica también nació la escuela anestésica de cirugía torácica, en una época muy difícil, de alta mortalidad, con la tuberculosis como enfermedad predominante, desempeñándose en lo desconocido y ambas surcando juntas el camino de su autocreación.

Ya en el año 1975, los anestesistas uruguayos dedicados a la anestesia en cirugía torácica, los doctores Nylda Cassinelli, María Julia Salsamendi y Darío Quiróz,[99] mencionan en una de sus publicaciones la necesidad de una perfecta interrelación entre la asistencia quirúrgica y el anestesista, hablando de la repercusión negativa sobre el paciente cuando existía un "divorcio" entre ambas disciplinas. Hoy, con una cirugía torácica consolidada, ese artículo tiene todavía más vigencia.

La anestesia en la cirugía torácica requiere de una curva de aprendizaje y un bagaje de conocimiento particular que no comparte con otras especialidades quirúrgicas. Se requiere una alta experticia obtenida mediante un trabajo continuo y no esporádico. Si tenemos en cuenta que en nuestro país el volumen de procedimientos de la especialidad es relativamente bajo, un anestesista sin alta dedicación a ella actuaría promedialmente una vez cada seis meses. Si sumamos a esto la modalidad de multiempleo, a un mismo profesional se le hace imposible encarar la asistencia con un enfoque perioperatorio que comienza con la evaluación preoperatoria, pasa por el intraoperatorio y continúa en la asistencia durante la evolución posoperatoria, etapa última que debe ser tan o más activa que las anteriores. Fragmentar este proceso asistencial entre diferentes profesionales no contribuye y está comprobado a nivel internacional que repercute negativamente en los resultados asistenciales finales.

Hoy el anestesista especializado en cirugía torácica es un factor clave del resultado, con las diferentes técnicas anestésicas, el manejo del dolor en sus diferentes opciones, el manejo de la vía aérea y, en especial, el manejo de la

99 Cassinelli, N.; Salsamendi, M. J. y Quiróz, D. La anestesia en la cirugía toracopulmonar. *Cirugía del Uruguay*, 1975, 45(4): 357-359. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/2637/2536.

intubación selectiva, no solo para facilitar la cirugía sino también para evitar la contaminación del pulmón contralateral, así como también el cuidado del daño alveolar y las alteraciones fisiopatológicas que los diferentes procedimientos generan, el cuidado posoperatorio, con especial énfasis en el posoperatorio de la neumonectomía.

En una época como la actual, en la cual rige la seguridad del enfermo, el anestesista es un factor clave. En el Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina, dirigido por el profesor doctor Juan Riva, se enseña la visión de todo el perioperatorio, con cursos de actualización permanentes en anestesia respiratoria y con apoyo y trabajo coordinado con el Departamento de Anestesia en Cirugía Torácica de ASSE, que dirige el doctor Neder Beyhaut.

Durante las primeras décadas de práctica regular y continuada de la cirugía del tórax en la Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois, y tal vez en buena parte del país tanto en el ámbito público como en el privado, las intervenciones se realizaban con anestesia local.

Armand-Ugón, en el comienzo de la década del treinta, expuso en sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay un trabajo titulado: *El sueño crepuscular en los operados con anestesia local*. Allí señalaba que:

> La ausencia en nuestros hospitales de anestesistas profesionales, sobre quienes el cirujano pueda depositar su confianza y desligarse de la enorme responsabilidad que implica una anestesia general, obliga a utilizar de más en más la anestesia local o raquídea, a pesar de sus imperfecciones y aún de sus riesgos que, aunque atenuados, no son tan excepcionales. Con la anestesia local o regional la responsabilidad recae enteramente sobre el cirujano que la ejecuta y constituye su técnica un tiempo fundamental del acto operatorio. Evítase así tener que solidarizarse frente a una desgracia, cruelmente injusta y estéril, que de lejos en lejos y muy excepcionalmente, es cierto, nos brinda la práctica de la anestesia general realizada por anestesistas improvisados o constantemente renovados.[100]

En los cincuenta casos que detalla en su casuística, la mayoría fueron anestesiados con técnica local o regional, para las más diversas patologías, no solo en cirugía torácica, sino también en otras patologías torácicas o abdominales, agudas o crónicas.

En la segunda mitad de la década del cuarenta, progresivamente fueron incorporándose algunos médicos y estudiantes avanzados de medicina que, formados en los Estados Unidos de América o en países vecinos, habían recibido entrenamiento en técnicas anestésicas. Tales son los casos de Alfredo Pernin, Eduardo C. Palma y Helmut Kasdorf, quienes, orientados por los jefes de los servicios a los que estaban vinculados, trajeron anestesia general más segura a nuestros centros asistenciales públicos y privados.

100 Armand-Ugón, V. El sueño crepuscular en los operados con anestesia local. Sesión del 26 de mayo de 1932 de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, presidida por Juan Carlos del Campo. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo,* 1932, pp. 53-58.

Pero durante los siguientes dos lustros, en los casos en que se requería anestesia general en algún servicio quirúrgico, se recurría a los practicantes externos, que participaban en un concurso de oposición que incluía un tema relativo al control de los signos de la anestesia y, utilizando el aparato de Ombredanne, suministraban la anestesia por éter. Cuando no se contaba con practicantes, la anestesia era suministrada por enfermeros idóneos o incluso por las hermanas de caridad que realizaban tareas como enfermeras y ecónomas en los hospitales públicos y en algunos privados.

Paulatinamente se fueron profesionalizando las tareas de anestesiología, primero con estudiantes de medicina avanzados dedicados a la tarea y más tarde con la formación a través de cursos realizados en el Servicio de Anestesiología y Gasoterapia del Hospital de Clínicas, que dirigió Alfredo Pernin. Así surgieron los primeros médicos anestesiólogos.

> La anestesia general, incorporada a la cirugía desde la segunda mitad del siglo XIX, tuvo durante varias décadas como ejecutores a ayudantes de los cirujanos con mínima o nula preparación médica. Eran practicantes de medicina, enfermeros de experiencia y hasta religiosas, un grupo heterogéneo en el que la idoneidad adquirida a través de experiencias y errores y escasa lectura eran la única opción. Algunos de ellos alcanzaron una elevadísima competencia que luego les fue reconocida, pero la mayoría tomaba la anestesia como una obligación transitoria y de ocasión. Hubo casos de médicos que empezaron a cultivar la anestesiología, pero o la abandonaron por otras actividades o la asumieron con poco entusiasmo, como una rutina laboral. La modernización de la anestesia y su elevación a una especialidad médica fue en nuestro país consecuencia de dos hechos: la necesidad de su organización dentro del moderno hospital universitario y la tarea llevada a cabo por una persona, el Dr. Alfredo Pernin (1909-1993), quien se hizo responsable de convencer, planificar y ejecutar las acciones necesarias para sacar a la anestesia de una técnica secundaria. Luego de una sólida formación anestesiológica en Wisconsin en los años 1945 y 1946, se dedicó integralmente a la Anestesiología y a su organización asistencial y docente. Era Pernin un médico con marcada vocación por lo que hacía. Congregó a su alrededor y dirigió un grupo humano que elevó el nivel de la anestesia y la jerarquizó hasta imponerla como especialidad médica. Organizó cursos con participación de figuras de relieve internacional. En 1950 un anestesiólogo británico, el Prof. R. J. Woolmer, permaneció 3 meses en Montevideo dictando un curso de anestesiología y sentando las bases de la organización de un servicio hospitalario. Siguiendo esas pautas, Pernin planificó y organizó lo que sería el Departamento de Anestesia y Gasoterapia del Hospital. Este servicio fue inaugurado en octubre de 1953. Al año siguiente, al comenzar a funcionar el Block Quirúrgico, se integraron los anestesistas contratados a esos efectos. Desde esa fecha y durante los veinte años del período que se analiza, fue dirigido por Pernin. Contó con la colaboración de un distinguido núcleo de anestesiólogos desde el comienzo de su actuación, como lo fueron los doctores Antonio Cañellas, Walter Fernández Oria, Juan Carlos Scasso, Luis Bengochea,

> Federico Schletter, Raúl Suárez, María Julia Salsamendi y el precozmente desaparecido León Chertkoff. Este Servicio no solo tenía la responsabilidad de las anestesias quirúrgicas y de la recuperación postoperatoria y postanestésica, sino, siguiendo la orientación internacional, también era responsable de la terapia inhalatoria (gasoterapia y aerosolterapia) y, hasta la formación del Centro de Tratamiento Intensivo en 1971, de la reanimación respiratoria y cardiocirculatoria. Paralelamente se organizó por la Escuela de Graduados el primer curso de post-grado de Anestesiología, abierto no solo a médicos recibidos, dirigido por el Dr. Pernin. Los primeros egresados de este curso fueron Luis E. Bengochea, Federico Schletter y Luis Recine.[101]

Dos años después de la trágica muerte de Armand-Ugón, ocurrida el 8 de octubre de 1972, tuvo lugar una sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, con la coordinación de uno de sus más cercanos colaboradores, Alfredo Ruiz Liard, titulada *Pautas diagnósticas y terapéuticas en cirugía torácica*. En ella se presentó el mencionado artículo de María Julia Salsamendi, Darío Quiróz y Nylda Cassinelli.

Esta visión de los principales actores de la época de mayor brillo del Instituto del Tórax del Hospital Saint Bois se iniciaba con estas palabras:

> En la segunda mitad del siglo XIX, cirujanos muy avezados en la cirugía abdominal efectuaron muchos intentos para realizar intervenciones dentro de la cavidad torácica. Todos ellos fracasaron frente a la imposibilidad de resolver los problemas ocasionados por el neumotórax resultante.
>
> Apenas el tórax era abierto se producía el colapso del pulmón; el enfermo efectuaba esfuerzos respiratorios vigorosos; las estructuras mediastinales se movían violentamente y el cirujano encontraba grandes dificultades para actuar. A su vez, el paciente manifestaba cianosis progresiva debido a alteraciones de la ventilación, lo que provocaba grandes trastornos cardiocirculatorios incrementados además por el movimiento del mediastino. La rápida agravación del enfermo era manifiesta y las posibilidades de sobrevida estaban condicionadas por lo menos, al cierre inmediato del tórax.
>
> Este panorama tan sombrío de la cirugía torácica cambió en el momento que se inicia la historia de la anestesia en dicha disciplina. Tal iniciación tuvo su base en el desarrollo de las técnicas de "resucitación" que posibilitaron el manejo de la vía de aire y de la ventilación a tórax abierto. Posteriormente, el acúmulo de conocimientos sobre la fisiología y física de la respiración, sobre la fisiología de la función cardiocirculatoria, sobre el mecanismo del intercambio gaseoso alvéolo-capilar y la incorporación de nuevas drogas, determinó que hoy día una intervención pulmonar efectuada con el rigor técnico y científico que requiere, provoque un riesgo solo algo mayor que el de una operación abdominal de igual complejidad.
>
> La cirugía toracopulmonar altera la respiración, es decir, perturba una de las funciones básicas para el sostén de la vida. Si la compensación no se efectúa

101 Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A. L.; Sánchez Puñales, S. y Sierra, J. *El Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix, 2011, pp. 395-396.

> y/o no se mantiene, la repercusión adversa sobre el aparato cardiocirculatorio es ineludible. Una o ambas alteraciones comprometen la estabilidad y a veces la vida, de todo el componente celular del organismo.
>
> Tal aseveración implica, que la asistencia anestesiológica en el pre, en el per y en el postoperatorio, lleva como actitud casi obsesiva, la puesta en práctica de toda medida profiláctica de desajustes cardiorespiratorios, con la convicción que es más fácil evitar, que tratar con éxito ese tipo de complicaciones. Hacemos tal afirmación basándonos en la experiencia vivida en el Instituto de Enfermedades del Tórax a partir de la fecha en que empezamos a actuar.[102]

Los autores incorporan en ese artículo un resumen de su actuación, en un cuadro que desglosa las anestesias generales en el período 1960-1974, con un total de 2.487 intervenciones, incluyendo resecciones parciales, tratamiento quirúrgico de patología hidática, toracoplastias, neumonectomías y pleuroneumonectomías, toracotomías exploradoras, decorticaciones pulmonares, resección de vesículas de enfisema, reintervenciones, tratamiento quirúrgico de los tránsitos hepatobrónquicos, pleurectomías, remodelado pulmonar y otras.

Detallan los cuidados que su equipo tiene en el preoperatorio y el posoperatorio. En el intraoperatorio destacan la necesidad de mantenimiento de una vía de aire libre, la ventilación adecuada con una hiperventilación moderada y el énfasis en la estabilidad cardiocirculatoria. Al respecto subrayan que:

> Somos generosos en la administración endovenosa de fluidos. Discretos descensos de la tensión arterial y aumento en la frecuencia del pulso, nos resultan datos importantes para la sospecha de hipovolemia. Damos gran jerarquía a dichos parámetros y tratamos siempre de no quedar retrasados en una reposición que frecuentemente aparenta excesiva frente a las pérdidas visibles y calculadas.
>
> En lobectomías, el promedio de fluidos (sangre y sueros) administrados es de 2.800 a 3000 ml; en neumonectomías, 3000 ml; en decorticaciones, de 3000 a 3200 ml. En nuestra experiencia podemos decir que nunca hemos visto en estos enfermos descompensaciones cardíacas atribuibles a tal conducta. Por el contrario, hemos vivido situaciones de gran angustia y de alto riesgo para el enfermo, debido a una reposición insuficiente.[103]

Primeros pasos de la anestesiología en Uruguay

Jorge Katzenstein elaboró un capítulo sobre el surgimiento de la anestesiología en el mundo y su evolución en Uruguay, en el que relata que:

102 Cassinelli, N.; Salsamendi, M. J. y Quiróz, D. La anestesia en la cirugía toracopulmonar. *Cirugía del Uruguay*, 1975, 45(4): 357-359. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/2637/2536.

103 *Idem*.

[…] en Uruguay, que aún no tenía 20 años como estado independiente, los pocos médicos que había estaban divididos en bandos irreconciliables que se atacaban entre sí por medio de la prensa.

La inexistencia de autoridad sanitaria impedía un adecuado control de la capacitación de los que pretendían ejercer la medicina en el país. Como pasa tantas veces, la ocurrencia de un hecho desafortunado tiene como consecuencia que se tomen medidas preventivas de situaciones indeseables. En este caso fue el fallecimiento en 1830 de Elvira Lavalleja, de 27 años, hija del jefe de los Treinta y Tres. Este hecho precipitó la creación de la primera autoridad sanitaria nacional el 16 de setiembre de ese mismo año: "… nadie podrá ejercer en el territorio de la República ramo alguno del fuero médico sin ser antes examinado y aprobado por el Consejo de Higiene Pública".

Montevideo en 1846 era la capital sitiada de un país en guerra dividido en dos. Según el censo de 1841 tenía algo más de 30.000 habitantes de los cuales menos de la mitad eran "orientales".

La noticia de lo acontecido en Boston llega a este lejano Montevideo y es la prensa, en concreto *El Comercio del Plata*, dirigido por Florencio Varela, que difunde la noticia: "Confiamos en que los celosos y experimentados cirujanos de Montevideo, a quienes nuestros heridos han debido tantos cuidados en esta guerra, se apresurarán a hacer la experiencia de este descubrimiento".

Luego de varios ensayos en animales dirigidos especialmente a lograr la sustancia adecuada los cirujanos Lastra y Bermejo del Hospital de la Marina Española intentan la técnica con pacientes quirúrgicos, pero fracasan. Finalmente, en la botica de Julio Lenoble y Domingo Parodi, el bachiller Mario Ísola obtiene un preparado que Adolfo Brunel (1810-1871), cirujano de la Legión Francesa, prueba en sí mismo logrando un estado de embotamiento. Alentado por ello, decide usarlo en una cirugía.

Brunel se había graduado como médico en la Facultad de Medicina de Montpellier que, dicho sea al pasar, es actualmente la más antigua en actividad en el mundo.

El 1º de mayo (o quizás el 2) en el Hospital de Caridad (hoy Hospital Maciel) Brunel opera a Pedro Rivas de 52 años, artillero que había recibido una herida como consecuencia de una salva de cañón. La operación a realizar era la amputación del miembro superior. La anestesia fue realizada por el Dr. Patricio Ramos. La operación duró aproximadamente cuatro minutos y el paciente relató que si bien no se había dormido no había sentido ningún dolor. Fueron testigos los Dres. Tomás Crawford, Juan Tenan y Alfredo Harvey (ingleses), Juan Pedro Leonard (francés), Bermejo y Lastra (españoles). Esa fue la primera anestesia realizada en América del Sur, aunque algún autor afirma que el 29 de abril se realizó una anestesia con éter en Lima.

Patricio Ramos había nacido en Buenos Aires donde se graduó en 1834 como "Profesor en Medicina y Cirugía", título que revalidó en Montevideo en 1839. Había trabajado en Paysandú y en 1847 era el médico de la sala Zavala, en tanto que Brunel lo era en la sala Tigimbrú del Hospital de Caridad.

Figura como firmante del acta de constitución de la Sociedad de Medicina Montevideana el 19 de noviembre de 1852. Posteriormente se trasladó a Colonia y finalmente a Gualeguaychú donde falleció y en cuyo cementerio está enterrado. Hoy el Servicio de Anestesiología del Hospital Maciel (el mismo en que realizó la primera anestesia) lleva con total justicia su nombre y él es considerado el primer anestesista del Uruguay.

La difusión de la técnica en el medio fue rápida. Al día siguiente el cirujano italiano Bartolomé Odiccini hizo una cirugía con anestesia y el propio Patricio Ramos realizó doce anestesias más durante 1847.

El 17 de febrero de 1848 Fermín Ferreira (1803-1867), que era el Cirujano Mayor del Ejército, operó una fimosis y utilizó por primera vez en el país la anestesia con cloroformo. Se inicia así la rica historia del uso de halogenados en anestesia, que continúa hasta hoy.

Llama la atención el espíritu fermental que existía en aquel momento en un país dividido en dos por la guerra. Mientras en la ciudad sitiada se innovaba buscando aliviar el dolor quirúrgico, en el Cerrito en ese mismo año 1847 se realizaba un Congreso Médico (muy probablemente el primero en el país). En ese congreso Cornelio Spielman (que había sido médico de Artigas) presentó un trabajo sobre "Cualidades medicamentosas de la yerba mate".

La difusión de la nueva técnica fue meteórica en el mundo en general y en nuestro país en particular. Sin embargo, durante muchos años fue excepcional la existencia de profesionales de la anestesia y ésta quedaba en manos de practicantes, enfermeros, religiosas hospitalarias o aficionados más o menos idóneos, siempre bajo la batuta del cirujano, gran patrón en el quirófano. Pernin y Vega, en su *Historia de la anestesia en el Uruguay*, citan como excepción la actitud del profesor Alfonso Lamas, en cuya clínica las anestesias eran realizadas por los practicantes internos o los estudiantes de medicina y, en las situaciones complejas por los jefes de clínica o los asistentes. Al respecto, citan a Lamas: "… la anestesia es un acto médico y nuestros pacientes tienen el derecho de ser atendidos por médicos".[104]

Anestesia primitiva en cirugía torácica

Se incluye a continuación el mencionado artículo de Armand-Ugón, presentado en la Sociedad de Cirugía de Montevideo el 26 de mayo de 1932, en sesión presidida por el doctor Juan Carlos del Campo.

104 Katzenstein, J. Apuntes sobre historia de la anestesiología en el Uruguay. En: Irigaray, A. y Turnes, A. L., *Cirugía plástica, reconstructiva y estética en Uruguay. Historia e historias*. Montevideo, edición del autor, 2021, pp. 139-160.

El sueño crepuscular en los operados con anestesia local

Por Víctor Armand-Ugón[105]

La ausencia en nuestros hospitales de anestesistas profesionales, sobre quienes el cirujano pueda depositar su confianza y desligarse de la enorme responsabilidad que implica una anestesia general, obliga a utilizar de más en más la anestesia local o raquídea, a pesar de sus imperfecciones y aun de sus riesgos, que, aunque atenuados, no son tan excepcionales.

Con la anestesia local o regional la responsabilidad recae enteramente sobre el cirujano que la ejecuta y constituye su técnica un tiempo fundamental del acto operatorio.

Evítase así tener que solidarizarse frente a una desgracia, cruelmente injusta y estéril, que de lejos en lejos y muy excepcionalmente, es cierto, nos brinda la práctica de la anestesia general realizada por anestesistas improvisados o constantemente renovados.

Por otra parte, suponiendo que se tuviera la colaboración de anestesistas profesionales e instruidos, en ciertas ramas de la cirugía —como en la pulmonar— la anestesia general está muchas veces formalmente contraindicada por el peligro real de la asfixia o neumonía por aspiración, en aquellos pacientes que tienen abundante esgarro [sic]. En otros sujetos, puede estar contraindicada la narcosis, por la edad, duración del acto operatorio, balance funcional preoperatorio, hipertonía muscular, etc., siendo motivo de justa preocupación el elegir el mejor anestésico sustitutivo, desechando todo concepto *standard* incompatible con la verdadera clínica.

No corresponde a la realidad de los hechos la creencia de que la anestesia local con novocaína sea inofensiva, en comparación con la narcosis general; la amenaza de las intoxicaciones nos obliga a ser prudentes. Hemos tenido oportunidad de observar en tres operados bajo anestesia local a la novocaína al medio por ciento, sin sedantes preparatorios, cuadros de colapso de extrema gravedad. De uno de ellos fue necesario aplazar el acto operatorio que se había iniciado.

Para facilitar la técnica de la anestesia local, que puede constituir una prueba penosa, y obtener una analgesia real con un mínimo de novocaína, es indispensable preparar a los enfermos aminorando su receptividad sensitiva, en el momento en que a un lógico temblor de los instintos se sobreagrega una injuria a los filetes nerviosos, utilizando sedantes que, si no obtienen la colaboración del paciente, procuran, por lo menos, su indiferencia y aun el sueño…

105 Armand-Ugón, V. El sueño crepuscular en los operados con anestesia local. Sesión del 26 de mayo de 1932 de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, presidida por Juan Carlos del Campo. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo,* 1932, pp. 53-58.

Si en principio, **nunca debe operarse un enfermo nervioso bajo anestesia local,** gracias a ciertos narcóticos se obtiene una restricción del número de estos pacientes.

En la clínica del Dr. García Lagos, hemos empleado sucesivamente diversos sedantes e hipnóticos previos al acto quirúrgico: luminal, morfina, escopolamina-morfina, amytal, etc., siendo sus resultados inciertos y a veces nocivos.

Después de la comunicación de los Dres. A. [Artemio] Zeno,[106] y O.[Oscar] Cames[107] a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, iniciamos en la clínica el empleo de la solución de escopolamina-efetonina eucodal, para procurar un sueño incierto, verdadero estado crepuscular, que facilitará la técnica y la eficiencia de las anestesias locales o regionales.

La dosis de aquella mezcla es la que utiliza Clairmont, en Zúrich.

Con ello se busca aminorar los riesgos de la escopolamina, seriando las dosis, y adjuntando medicamentos correctivos de su acción depresora, como lo es la efetonina y agregando un analgésico, prácticamente inofensivo, como lo es el eucodal.

Como no encontráramos en el comercio esa solución, pedimos al farmacéutico del Hospital Maciel, señor Mezzotoni, que dirigiera su preparación, bajo sus dos fórmulas, la "fuerte" y la "débil", en ampollas tyndalizadas de un c.c., que, por comodidad, se llaman de "sopol".

La solución fuerte contiene:

Escopolamina 0 gr. 001
Eucodal 0 gr. 02
Efetonina 0 gr. 05

La solución débil contiene:

Escopolamina 0 gr. 0005
Eucodal 0 gr. 01
Efetonina 0 gr. 025

Esta feliz asociación evita el peligro inherente a la técnica de Scheneiderlin[108] —a base de escopolamina morfina—, por ser la efetonina un

106 Artemio Zeno (1884-1935) fue un médico argentino. Junto a su hermano Lelio Zeno y a los doctores Oscar Cames y Wenceslao Tejerina Fotheringham, fue de los "grandes maestros de la cirugía de Rosario con transcendencia en el ámbito nacional e internacional, [que] fueron los precursores de la cirugía cardiovascular".

107 Oscar Cames (1901-1980), médico argentino. Junto al doctor Wenceslao Tejerina Fotheringham, fue uno de los dos "grandes maestros de la cirugía de Rosario con transcendencia en el ámbito nacional e internacional, fueron los precursores de la cirugía cardiovascular". Fue destacado amigo de los cirujanos uruguayos, a través de Héctor A. Ardao y Rafael García Capurro.

108 En 1899, un Dr. Schneiderlin recomendó el uso de escopolamina y morfina para anestesia quirúrgica, y comenzó a usarse esporádicamente con ese propósito. El uso de esta

poderoso tonicardíaco de acción duradera y por ser el eucodal menos tóxico que la morfina.

Se inyecta subcutáneamente una hora y media antes de iniciarse el acto operatorio 1 c.c. de la solución débil y tres cuartos de hora antes de iniciar la intervención, se repite la dosis de un c.c. de la fórmula débil, en las mujeres y sujetos delgados. En los hombres fuertes se da como segunda inyección 1 c.c. de la solución fuerte. Inútil nos parece repetirlo —por ser evidente — que si la sensibilidad del paciente para esta fórmula es excepcionalmente exagerada no se debe practicar esta segunda inyección.

Cuando los enfermos llegan a la mesa de operaciones están completamente indiferentes, en un estado de sueño crepuscular. Durante la intervención, si la técnica de la anestesia local es buena, los pacientes dormitan indiferentes al acto operatorio que realiza el cirujano con entera libertad. La cantidad de novocaína puede ser disminuida considerablemente, al punto que intervenciones que requerían 300 o 500 c.c. de novocaína al medio por ciento se practican perfectamente con la mitad de la cantidad en c.c. antes utilizada y con una mayor dilución, como ser un tercio y un cuarto por ciento.

La amnesia en la intervención es frecuente.

Como modificaciones frecuentes hemos notado únicamente una ligera aceleración del pulso, coexistiendo con un facies bien coloreado. La respiración es amplia y la presión arterial algo aumentada.

Proyectamos un cuadro conteniendo 50 observaciones esquematizadas de intervenciones realizadas con este procedimiento, en los meses de diciembre, enero, febrero y marzo.

De los tres casos de muerte, ninguno es imputable al sedante utilizado (meningo-encefalitis, gangrena pulmonar, bilateralización tuberculosa aguda).

En ninguno de estos enfermos se han producido lesiones renales, siendo además raros los vómitos posoperatorios. Una nueva ventaja del procedimiento radica en que la acción analgésica perdura varias horas, siendo innecesario utilizar morfina en las primeras horas para calmar los dolores de los operados, detalle a tener en cuenta, principalmente en los toracoplastiados, que exigen dosis de 4 a 6 centigramos de morfina en las primeras 24 horas.

La mezcla preconizada por Clairmont significa, a nuestro entender, un progreso real y efectivo, en el momento en que el enfermo debe abandonar-

---

combinación en anestesiología obstétrica fue propuesto por primera vez por Richard von Steinbuchel en 1902 y fue recogido y desarrollado por Carl Gauss en Freiburg, Alemania, a partir de 1903. El método llegó a conocerse como Dämmerschlaf ('sueño crepuscular') o el "método de Friburgo". Se extendió con bastante lentitud y diferentes clínicas experimentaron con diferentes dosis e ingredientes; en 1915, el *Canadian Medical Association Journal* informó: "el método [estaba] realmente todavía en un estado de desarrollo". Se siguió utilizando ampliamente en los Estados Unidos hasta la década de 1960, cuando la creciente quimofobia y el deseo de un parto más natural llevaron a su abandono (Wikipedia).

se para ser sumergido en lo desconocido, permitiendo practicar sin dolor la casi totalidad de las intervenciones corrientes que, por diversas razones, no pueden practicarse bajo anestesia general sin correr el peligro de riesgos aún mayores.

Para concluir, diremos que, según nuestra experiencia, la mezcla de escopolamina-eucodal-efetonina, presenta las siguientes ventajas:

1°. Vuelve menos dolorosa la confección de la anestesia local.
2°. Permite operar bajo anestesia local a enfermos nerviosos y en idénticas condiciones como los sujetos a sensibilidad normal, sin *shock* emocional importante.
3°. Reduce la cantidad de anestésico utilizado, haciendo eficaces diluciones superiores a las utilizadas corrientemente.
4°. El posoperatorio es menos riguroso, disminuyendo las dosis de morfina habituales.

La anestesiología en la cirugía de tórax[109]

La cirugía de tórax, como otras disciplinas quirúrgicas, atravesó diversas etapas en cuanto a las condiciones en que se actuaba con la anestesia y la analgesia de los pacientes.

Desde aquellas intervenciones que se practicaban con anestesia local, para hacer grandes resecciones costales en las toracoplastias, hasta más avanzado el siglo XX, la introducción de la anestesia al éter o al cloroformo, aplicado por un aparato de Ombredanne, por ejemplo, suministrada por una monja, la más de las veces, una enfermera, o en el *summum* de la perfección, por un practicante externo que había debido rendir en su concurso de oposición para el externado una bolilla que refería a la anestesia, los signos para reconocer el plano y los cuidados elementales.

Tardaría muchos años, hasta bien avanzados los cincuenta del siglo XX, la generalización de la anestesia por gases, introducida por Eduardo C. Palma, quien más tarde sería profesor de Clínica Quirúrgica, y por Helmut Kasdorf, quien con los años sería el primer profesor de Oncología en la Facultad de Medicina de Montevideo.

Alfredo Pernin fue el primer anestesiólogo académico, formado en los Estados Unidos, cuando el profesor Estenio Hormaeche lo estimuló para que se iniciara en esa disciplina, al apreciar sus valores en el desempeño de su cargo docente como jefe de Clínica en la Clínica Quirúrgica del profesor Juan Carlos del Campo. Fue Pernin quien, a su regreso de los Estados Unidos, habiendo

109 Este apartado está basado en Pernin, A. y Vega, D. E. *Historia de la anestesia en Uruguay. Etapa moderna*. Disponible en http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/comision_historia/uruguay/etapa_moderna.htm.

hecho una residencia en el Massachussets General Hospital, realizó el primer curso para anestesiólogos, por 1954, al cual asistieron varios que luego serían destacados docentes y algunos idóneos que pudieron mejorar sensiblemente su práctica diaria.

El Instituto del Tórax del Hospital Saint Bois fue el que primero incorporó la anestesiología profesional a su tarea, como lo venían haciendo sus integrantes en la práctica privada. Fundamentalmente, Armand-Ugón llevó a colaborar con él a Antonio Cañellas, Juan Carlos Scasso, Antonio Trilla y Walter Fernández Oria. Este último fue el que más tiempo estuvo vinculado a la tarea en este hospital, permitiendo al equipo quirúrgico ensanchar sus intervenciones en profundidad y duración.

María Julia Salsamendi fue quien se formó en anestesiología académica, en el Departamento de Anestesiología y Gasoterapia, como se denominaba en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela la unidad que dirigía Alfredo Pernin, donde comenzaron a formarse los grado 2 y grado 3 de la especialidad, aun antes que hubiera una cátedra formal en la Facultad de Medicina, cuyo primer profesor, Antonio Cañellas, tardaría muchos años en ser designado.

En la práctica privada existían los "equipos", que eran grupos de anestesiólogos que funcionaban consorciados para servir los actos quirúrgicos de determinados cirujanos o desempeñaban su tarea en algún sanatorio en particular.

Así llegamos al período que abre el resurgimiento del espíritu de crítica y de investigación, análisis y evaluación de lo anteriormente realizado, nuevos planteos y adaptación a los requerimientos que surgían. En esta etapa, la científica, aparece entre nosotros una brillante personalidad, el entonces doctor Eduardo Palma, que habría de llegar al profesorado de Clínica Quirúrgica. Basta citar algunos de sus trabajos para reconocer que no solo marcan hitos en la especialidad, sino que también despiertan inquietudes, hacen nacer vocaciones.

Por el año 1935, a raíz de la visita del profesor Hug, de Toxicología, de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, al Instituto de Medicina Experimental que dirigía el profesor Héctor Rosello, Palma comprendió la importancia creciente que la anestesiología tendría, necesariamente, si la cirugía seguía progresando. Aun cuando no pensaba dedicarse a la especialidad, juzgó de alto interés concurrir al Hospital San Carlos, de Casilda (Provincia de Santa Fe), donde actuaba el doctor Teófilo Meana y el anestesista especializado era Owen Elder. Allí Palma comenzó a estudiar los problemas anestesiológicos, conjuntamente con Rodolfo Rocatagliata y José Antonio Sugasti de Buenos Aires y Rosario, respectivamente.

El 28 de mayo de 1947 la Sociedad de Cirugía dedicó una sesión a celebrar el centenario de la primera anestesia realizada en el Uruguay. Habían transcurrido cien años desde la anestesia de Patricio Ramos. El boletín de esta sociedad, en su volumen XVIII, contiene aportes fundamentales que consolidan

la especialidad y marcan el comienzo de su moderna evolución.[110] Alfredo Pernin, luego de su residencia en el Departamento de Anestesia de Wisconsin General Hospital, con Waters, se refiere a la existencia de la Cátedra de Anestesiología y a la enseñanza impartida por el jefe del Departamento como asociado al profesor de Cirugía. Menciona la enseñanza de postgraduados que luego son controlados por el Board of Anesthesiology, que les otorga el título o diploma. También habla de trabajos de investigación, cursos teórico-prácticos para estudiantes de medicina o nurses e información general sobre oxígenoterapia, nebulizaciones y reanimación. Finaliza mencionando la información bibliográfica y las reuniones periódicas de tipo científico que realizaba el departamento dirigido por Waters.

Años antes se había asistido a la instalación de los barbitúricos como agentes de inducción con la introducción en el mercado del pentotal sódico de Abbott. Ello significó la eliminación de la sensación angustiosa del comienzo del sueño que provocaban los agentes inhalatorios como el éter, el ciclopropano y el protóxido.

No hay documentación escrita en Uruguay sobre el hecho, pero debemos mencionar dos contribuciones presentadas en la reunión del centenario.

Una pertenece a los bachilleres Ignacio Villar y Atilio García Güelfi[111] sobre anestesias de larga duración con pentotal para neurocirugías de tres horas y un caso de seis horas. Utilizaban un aparato para inyección intermitente del barbitúrico que había sido ideado por Italo Nunziatta, de Buenos Aires, y que ellos "habían logrado con pequeños implementos". Aparece por primera vez la técnica de intubación de los enfermos despiertos con anestesia tópica de tetracaína al 1% "para ahorrar anestésico, evitar espasmos y anestesias profundas innecesarias". Las dosificaciones alcanzaban hasta 4,5 gramos por operación. Al final, inyectaban analépticos y hacían aspiración de secreciones.

El otro trabajo pertenece a los también bachilleres Walter Fernández Oria y Antonio Cañellas[112] y es sobre enema de pentotal en niños. Los autores hacen una recopilación histórica del método de las anestesias rectales mencionando a Gwathemey, sin citar la bibliografía nacional (Sacco Ferraro). Presentan 16 casos y señalan que el procedimiento "evita la aprensión operatoria, tan manifiesta en niños, en quienes el simple hecho de ser transportados a una sala de operaciones o ser sometidos a una inyección produce, frecuentemente, una ansiedad o un terror inmensos".

110 Sierra, R. Neumonectomìa y lobectomía en el absceso crónico a propósito de 14 casos. *Bol. Cir. Uruguay*, 1947, 18.

111 Villar, J. y García Güelfi, A. Técnica de anestesia endovenosa en intervenciones de larga duración. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020, 18(3): 248-255. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/867.

112 Ardao, H. El enema de pentothal como anestesia de base en niños: nota previa. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020, 18(3): 271-279. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/869.

El trabajo de Larghero, Kasdorf, Cardeza y Lucas[113] sobre dos casos de resucitación tiene una gran importancia, porque por primera vez en la literatura médica nacional aparecen los conceptos sobre lo que más tarde iba a transformarse en el otro gran aspecto de la especialidad: la reanimación. Los autores presentan dos casos de detención cardíaca brusca durante la anestesia tratados con masajes cardíacos, uno con muerte a las pocas horas y otro con recuperación completa. Comenta la presentación Stajano, llevando a colación un caso de masaje cardíaco que había practicado con éxito en 1919. Pero los comentarios más significativos estuvieron a cargo de Ricardo Yannicelli. Era evidente que el comienzo resultaba azaroso, como ocurre, en general, con la instalación de nuevas técnicas. Yannicelli afirmaba que "estaríamos frente al acrecentamiento de estos accidentes con detención cardíaca…" y que "con el mejoramiento de la técnica de la anestesia, asistimos a un mayor número de estos accidentes, sin que pueda imputársela a ella". Se le contestó que ahora trascenderían más que antes los accidentes y que el progreso de la anestesia había permitido una cirugía más compleja y de mayor riesgo.

Como se había generalizado el uso del laringoscopio y de los tubos orotraqueales, la práctica de la intubación era exitosa luego de una impregnación anestésica abundante, pero con relativa frecuencia ocurría el accidente del laringoespasmo, que creaba una expectativa muy especial en la sala de operaciones. Yannicelli comentaba: "tenemos un momento de suspenso, que no estamos acostumbrado del todo a pasar tranquilo, mientras el anestesista hace la intubación". A pesar de las vicisitudes del comienzo, la evolución técnica de la anestesia se había puesto en marcha aquí como en todos los países de la América Latina.

En la reunión del centenario hubo dos nuevas contribuciones de gran interés. Correspondió a Fernández Oria, Scasso y Cañellas[114] documentar por primera vez en nuestro medio la introducción de los relajantes musculares en la técnica anestésica. La experiencia inicial de Griffith y Johnson se había llevado a cabo en 1942 y constituyó en la historia general de la anestesia un acontecimiento fundamental. Los autores presentan 89 casos utilizando la intocostrina. Hacia 1945 llegó el curare al Uruguay, Intocostrin (d-tubocurarina Squibb) (extracto purificado de curare). Las observaciones de tipo clínico comprendían "la posibilidad de obtener inmejorables condiciones del punto de vista de la relajación y silencio abdominal y la posibilidad de ser sometido a un procedimiento anestesiológico muy poco agresivo, por la superficialidad del plano, por la gran cantidad de oxígeno que se administra…". Facilitó la in-

113 Larghero Ibarz, P.; Kasdorf, B.; Cardeza, H. y Lucas, O. Dos casos de resucitación. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020, 18(3): 280-297. Disponible en https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/870.

114 Fernández Oria. W.; Scasso, J. C. y Cañellas, A. Curare en cirugía general. *Bol. de la Soc. de Cirug del Uruguay*, 1947, XVIII: 298-307.

tubación laringotraqueal eliminando los riesgosos espasmos y cambió la tensión muscular en la cirugía abdóminopelviana.

En 1947 aparece el primer trabajo sobre curare y tórax abierto, de Fernández Oria, Scasso y Cañellas, y luego otro en 1948, de los mismos autores, con los títulos *Curare y tórax abierto*[115]y *Curare en cirugía general*.[116] Los autores introducen y documentan un nuevo concepto técnico de importancia fundamental. En la anestesia para tórax abierto aparece el concepto de respiración controlada. El circuito cerrado había permitido el dominio del anestesista sobre la respiración. La aplicación del curare permitió la inmovilidad respiratoria con alivio de los trastornos mecánicos que produce la apertura del tórax: respiración paradojal y balanceo mediastinal.

Referentes uruguayos de la anestesiología en cirugía torácica

María Julia Salsamendi[117]

María Julia Salsamendi (1925-2003).

Nacida en Solís de Mataojo (departamento de Lavalleja) el 6 de junio de 1925, egresó de la Facultad de Medicina en enero de 1960. Ella misma relató cómo fue su iniciación en la anestesiología.

Contó: Soy una persona muy ansiosa y siento la necesidad de actuar ya. Es un hecho que lo nota cualquier persona que me trata cinco minutos. Soy muy ansiosa y muchas veces pongo ansioso al ambiente, ¡porque no sé esperar! ¡Todo tiene que ser ya! Entonces, yo trabajaba en la Clínica del Prof. Del Campo, como ayudante de clase, y me quedaban dos materias para recibirme, una de las cuales era Clínica Médica —te estoy hablando del año 59 —. Entonces, el día que fui a dar Clínica Médica, que era una de las materias más difíciles y de las que llevaba más tiempo preparar, quise "darme corte" aunque no fue más que orgullo —lo que hice no tiene otro calificativo posible —. Como el examen se daba en el mismo Hospital de Clínicas, fui como todos los días a trabajar y le dejé un papelito al Prof. Del Campo sobre su escritorio, que decía: "Profesor, bajo a dar Clínica Médica y subo enseguida". ¡No había pedido ni medio día de licencia! Entonces, cuando volví, el Prof. Del Campo me dijo: "Se demoró un poquito, ¿no?" —sobrándome, ¡claro!—. Y yo, que todavía no caía, le contesté: "¡No, doctor, recién ter-

115 Fernández Oria, W. Curare y tórax abierto. *Bol. Cir. Uruguay*, 1947, 298-308.

116 *Idem*.

117 Scarlato, S. *Fuera de consulta*, tomo IV. Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina. Montevideo: SMU-Ediciones de la Banda Oriental, 2000, pp. 131-146.

minó el examen!". Ese día estaba allí mi actual marido [Aníbal Ulises Sanjinés Bros] y me preguntó qué especialidad iba a seguir. Yo le dije que andaba entre Radiología y Psiquiatría y él me preguntó por qué no hacía Anestesiología. Yo no sabía ni lo que era; entonces él me explicó algunas cosas y me dijo que tenía un amigo, que era el doctor Fernández Oria, con quien podía ir a hablar sobre la especialidad y ver si me gustaba. Mi marido en aquel momento acababa de estar en los Estados Unidos y allí había podido apreciar más de cerca la importancia y el rol asistencial fundamental que tenían los anestesistas. Bueno, acá ves bien claro mi temperamento: le pregunté dónde podía ubicar al doctor Fernández Oria y no había terminado de contestarme cuando yo ya estaba saliendo para hablar con él.

Walter Fernández Oria.

Entonces me fui a hablar con el doctor Fernández Oria, que estaba en ese momento en el mismo Hospital de Clínicas. Y ya me gustó porque me marcó muchas exigencias de entrada. Primero me dijo que tenía que estudiar mucho, por qué había que estudiar, qué era la anestesiología, cuál era el deber de un anestesiólogo —era un hombre de mucha experiencia y muy inteligente—. Después me pidió que lo acompañara a la sala de operaciones. Me hizo vestir y una vez que entramos me dijo: "Una vez que Ud. empieza una anestesia tiene que cuidarse mucho de no poner en riesgo a sus enfermos, porque mire que los puede poner en riesgo y muy seriamente". Yo le respondí que eso ocurría con cualquier especialidad, pero él me respondió que no era tan así y que después me iba a explicar. Terminó ahí. Salimos, entonces me empezó a explicar cómo había que estudiar primero muy bien al enfermo y después empezar la anestesia adecuada, para que al salir de la anestesia el enfermo tuviera la reacción esperada, sin admitir otra posible. Es decir, el paciente debe salir necesariamente en determinadas condiciones con la seguridad de que no debe marchar mal por razones anestesiológicas. Entonces el doctor Fernández Oria me dijo: "Bueno, a Ud. le queda una materia para recibirse, así que después que se reciba vuelva a hablar conmigo; antes no la recibo para enseñarle nada". Luego de esto nos despedimos, bajé a la clínica de Del Campo y les dije que ya había hablado con el doctor Fernández Oria y que iba a seguir Anestesiología. ¡Se me quedaron mirando estupefactos!

Por otra parte, el doctor Fernández Oria me había sugerido que pidiera mesa especial para dar enseguida la materia que me faltaba, "porque no podíamos andar despacio". Y yo me dije: ¡Me gusta este hombre que anda todo rápido! ¡Eso me encantó! Entonces di el examen de Clínica Quirúrgica, lo salvé y enseguida me puse en contacto con él; y el mismo día que festejé mi recibimiento vino Fernández a mi casa con un gran ramo de rosas a decirme que

con él podía empezar mañana mismo, pero que no podía dejar de presentarme al concurso de Jefatura de Clínica y que no lo podía perder. ¡Eran todas exigencias!, como ves. Y bueno, me preparé para el concurso, lo di y ahí seguí. Esa es la historia completa.

¿Era muy distinta la enseñanza de la medicina en aquel entonces?

La organización de la enseñanza de la especialidad era realmente muy distinta. Porque en aquel momento Fernández Oria era lo que se llama ahora profesor adjunto, junto con el profesor Cañellas. Después había jefes de Clínica y por encima del escalafón no había nadie más. Entonces, había un curso de graduados que estaba medianamente organizado, en la medida de lo posible, porque había muy pocos docentes. Además, no había mucha gente interesada en la especialidad. Ahora la cosa cambió totalmente. No solo hay muchos interesados, sino que, además, hay buenos docentes y una cátedra organizada con profesores agregados y bien preparados, si bien yo sé todas las penurias por las que está pasando el Hospital de Clínicas y la enseñanza en la Universidad de la República. De manera que el interés es otro, el desarrollo de la especialidad es otro, con todas las deficiencias que pueda tener, pero bueno, sin duda tiene otra tónica que la que tenía en aquel momento. En aquel momento era más el esfuerzo individual según quien te estuviera dirigiendo.

Fernández Oria era un excelente técnico, un hombre hiperactivo —lo cual me venía bárbaro para mi ansiedad—, tremendamente exigente —lo cual también me gustaba—. En aquella época empecé a ir al Saint Bois —a donde él iba— y un día el doctor Armand-Ugón, que era el jefe de Servicio de allí, le dijo a Fernández Oria que había unos cargos vacantes en el Ministerio de Salud Pública y que yo podía aspirar como interina. Pero yo no quise aceptar, porque tuve miedo de no poder seguir yendo al Saint Bois, donde, por supuesto, mi cargo era honorario. Así es que seguí honoraria hasta que más tarde me nombraron interina. Di el concurso de Jefatura de Clínica y después entré en el Hospital de Clínicas, hice el concurso para Salud Pública, fui profesora agregada, hasta que la dictadura me destituyó. Pero como el doctor Cañellas, profesor de Anestesiología del Hospital de Clínicas, había pasado a ser ministro,[118] cuando se enteró, hizo no solo que me restituyeran, sino que, además, apareciera publicada la noticia en el mismo lugar donde había figurado mi destitución. Para mí fue un acto muy noble, en tanto se hizo responsable de mi caso —cosa que no todos hacían—. Yo por mi parte no pensaba

118 Antonio Cañellas Martínez (1916-1984) fue ministro de Salud Pública desde el 1 de setiembre de 1976 hasta el 1 de setiembre de 1981. Fue precedido por el profesor doctor Mario Arcos Pérez, que había ocupado la cartera desde el 14 de enero de 1976, y sucedido por el contador Luis Givogre. Véanse sus semblanzas realizadas por Luis Alberto González Míguez (http://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2018/11/ANTONIO-CA%C3%91ELLAS-MART%C3%8DNEZ-1916-1984.pdf) y por Enrique Barmaimon (https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/canellas.pdf).

gestionar absolutamente nada, tenía la conciencia tranquila, pero sabía que siempre iba a perder. El doctor Cañellas fue muy criticado por aceptar el cargo de ministro. Yo supe, mucho más tarde, que defendió a escondidas a un gran número de médicos —algo que ni ellos mismos sabían—, pero cuando aceptó el ministerio muchos lo consideramos de derecha, lo cual en ese momento era como una mancha de tinta negra encima.

Esto me llevó a reflexionar mucho después, desde el punto de vista político. Me empecé a cuestionar si en ese contexto tan injusto que se estaba viviendo, no participamos nosotros también con conceptos erróneos. Para mí, una de las consecuencias que tuvo la dictadura en este sentido fue que me hizo pensar muchísimo en los que estábamos afuera y en las injusticias que también cometíamos. Cuando el doctor Cañellas me dijo que iba a ser ministro, yo le dije: "Mire, doctor, si usted va de ministro se va a enterar de que hay una lista circulando por ahí, en la cual se solicita que cuando usted vaya al Hospital de Clínicas ni lo saluden. Sepa que esa lista la saqué yo. Le aviso de antemano". Se sonrió y efectivamente después entró de ministro y siguió yendo al Hospital de Clínicas. Un día, tiempo más tarde, le pregunté por qué había entrado de ministro —yo lo seguía estimando muchísimo y no me cerraba el concepto que yo tenía de él con que hubiera aceptado el ministerio—. Entonces él me dijo: "Mire, cuando las épocas son difíciles, si uno tiene la certeza de que no se va a transformar en lo que uno no quiere ser, debe meterse a actuar si puede ayudar en algo. Porque puede ser que de diez cosas que uno quiera hacer desde allí, pueda hacer tres. Yo fui con esa intención, a meterme en el medio de situaciones injustas, para salvar al menos las que pudiera. Si de diez puedo salvar tres, bueno, fueron tres menos". Es una posición que hoy respeto.[119] Discutible, sí. A mí me hizo pensar mucho. Si van a morir diez y se pueden salvar tres, ¿yo renuncio a salvarlos? Es bravo. Esto influyó mucho en mí. Fue una época muy dura, tremendamente dura, y se vivía con muchas tensiones. Yo siempre fui muy drástica y toda esta etapa me hizo cuestionarme y reflexionar muchísimo después.

Antonio Cañellas Martínez (1916-1984).

En otra oportunidad, estando el doctor Cañellas de profesor, se había llamado para un cargo de adjunto de Clínica y entre los inscriptos estaban el doctor Arén y el doctor D'Este, ambos presos. Entonces, en el Clínicas se formaron dos bandos: uno encabezado por el doctor Homero Peri, excelente persona y gran amigo mío, que, en solidaridad con los dos médicos presos, sostenía que no había que presentarse al concurso, y otro, con el cual yo estaba de acuerdo, que sostenía, por el contrario, que el concurso había que darlo. Discutimos mucho. Yo le decía a mi amigo Peri que, de acuerdo al concepto

119 Esta entrevista tuvo lugar el 9 de setiembre de 1992.

que yo tenía de ambos médicos, para ellos iba a ser tremendo salir mañana de la cárcel y que alguien les reprochara que por su culpa no pudo concursar y se le arruinó la carrera. Hasta el día de hoy no sé quién tiene razón, si Peri o yo. Pero lo que te quiero decir es que la dictadura nos obligó, de una manera indirecta a algunos y más directa a otros, a estar pensando permanentemente en qué se debe hacer y qué se puede hacer para no ser injusto […].

Y mirá cómo todo viene encadenado… yo hice anestesiología y después de treinta años de haberla ejercido me puse a pensar si no era cierto lo que decían muchos amigos míos: "que yo no hacía anestesiología…".

¿Cómo es eso?

Medio raro, ¿no? Pero te lo voy a explicar con un ejemplo para que se comprenda mejor. Para hacer una anestesia es necesario conocer muy bien las características del enfermo: las médicas, las quirúrgicas y aun las psíquicas. Entonces, para yo conocer al enfermo tenía que verlo no bien sabía que se iba a operar y en ese momento me contactaba con él para conversar. Después, llegaba el día de la operación y le hacía la anestesia correspondiente. Y más tarde lo seguía viendo por unos cuantos días —pasaba visita todos los días— hasta que el paciente estaba por ser dado de alta, momento en que ya me despedía y ahí terminaba mi vinculación con él. Quiere decir que yo entraba en comunicación con el enfermo lo más rápidamente posible y me despedía de él lo más tardíamente posible.

Entonces, en varias oportunidades, más de un colega me dijo que lo que yo hacía no era anestesiología, porque todas las visitas que yo le hacía al paciente no correspondían con lo propio de la especialidad. En ese momento yo no les daba importancia a esos comentarios y consideraba sencillamente que era mi manera de trabajar. Pasó el tiempo y ya cuando me estaba por jubilar, empecé a darme cuenta de que aquello tenía más peso del que yo le había dado y que, efectivamente, yo no ejercía mi especialidad de la manera en que normalmente se hacía, y que lo que yo pretendía hacer, en realidad, era medicina interna y dentro de la medicina interna, anestesiología. Yo misma me fui creando naturalmente, sin querer, un rol para con el enfermo, que era el que yo sentía, y lo hice así toda mi vida. Hubo solo un lugar donde no pasé visita, que fue el Saint Bois, porque era un medio muy específico donde solo se hacía cirugía torácica y el personal que había era de una vasta experiencia, tanto que puedo decir, sin ninguna vergüenza, que más de una vez me diagnosticó por anticipado una nurse acertadamente a un paciente. Entonces yo llamaba por teléfono de tarde y cuando me decían que el paciente estaba bien, yo sabía que me podía quedar absolutamente tranquila.

Seguí trabajando hasta el año 88, cuando, a pedido del MSP y de la Sociedad de Anestesiología, pasé al MSP como encargada del Departamento de Anestesiología. ¿Qué me atrajo a este cargo? Bueno, lo mismo de siempre: ver

si podía hacer algo para cambiar todas las deficiencias que había en el MSP en anestesiología, que yo las conocía "al dedillo". Entonces acepté y rápidamente elaboré un plan y me fui a hablar con el ministro, que en ese momento era Ugarte. Él me escuchó y me pidió que le llevara el plan por escrito, lo cual a los dos días estuvo hecho. Resultado: después de dos años, cero sobre cero. Entonces apareció todo este conflicto reciente con los anestesistas. Y a mí me dolió mucho tener que escuchar comentarios en la prensa en los que se afirmaba que los anestesistas solo se preocupaban por el dinero. Porque no te voy a explicar todo lo que fue mi experiencia en el ministerio en el correr de esos dos años —te prometo que no—, pero se hicieron como cinco planes en los cuales ¡en ningún momento se pidió un aumento de salario ni de un peso! ¡Nada! Hubo uno de los planes que fue aceptado por la Asociación de Anestesiología en el que se priorizaba el concurso. Pero el concepto sobre el que se basaban las propuestas estaba fundado en la necesidad de una asistencia con ciertas garantías y seguridades mínimas. Es decir, que un anestesista tuviera a un consultante permanentemente para decidir ciertos casos en favor del enfermo, que tuviera tiempo de estudiar al enfermo en profundidad, que en el momento de la operación contara con el equipamiento mínimo indispensable, en fin, todas exigencias con respecto a la calidad de la asistencia. Al mismo tiempo, habíamos planificado una cobertura con estas características en todo el territorio nacional. Entonces, como te digo, nunca se pidió un centésimo más de lo que ganaban los demás médicos y aun en algunos casos íbamos a ganar menos de lo que estábamos ganando. ¿Por qué el ministerio no aceptó? Es otra de las experiencias importantes que tuve… Me acuerdo que la última de las veces que llevé uno de los planes al ministro, había que invertir un millón de pesos más mensualmente. Pero este incremento era generado porque entraba un mayor número de técnicos y porque se cubría todo el territorio nacional. Además, se había agregado la existencia de escalafón dentro de nuestra especialidad y la organización de lo que se llama la "anestesia ambulatoria". Es decir, se proponía trabajar con una mejor calidad de asistencia. Después de que se sucedieron durante dos años cinco propuestas diferentes, bueno, ya no había ninguna posibilidad de seguir adelante y no quedaba otra salida que mandarse mudar. Entonces se llegó a una situación límite, porque no hay nada peor para un médico que el ser consciente de que está actuando mal profesionalmente. Y eso fue lo que generó todo el conflicto reciente. Es decir, se estaba poniendo en riesgo la vida de los pacientes y esto tampoco se podía salir a decir porque solo iba a alarmar a la gente sin mediar soluciones.

¿Podemos hacer referencia a la evolución de la especialidad de la anestesiología en nuestro país?

Bueno, lo que yo te puedo contar es acerca de mi experiencia. Cuando yo ingresé era un poco, digamos, personalista, o sea, se desempeñaba en forma

personalista. Había individuos que sabían mucho para la época, que hacían una excelente asistencia, y había otros que sabían menos y la asistencia que hacían no era tan buena. Era de acuerdo a la capacidad de cada especialista. Había tres personas que en aquel momento sobresalían con gran notoriedad, que eran el doctor Cañellas, el doctor Fernández Oria y el doctor Chertkoff. Eran los tres anestesistas que más se destacaban y los tres estaban en el Hospital de Clínicas, pero, además de ser excelentes técnicos, eran excelentes personas. Entonces, en ese momento, el que se iniciaba en la especialidad empezaba a ir al Hospital de Clínicas conjuntamente con alguien que le iba enseñando, se trabajaba todavía con aparatos muy viejos y la anestesiología iba progresando fundamentalmente a través de estas tres grandes figuras que te nombré. Los alumnos seguíamos también esa tendencia personalista en la que cada uno progresaba de acuerdo a como podía. No había una información general previa de lo que era la especialidad —como sí había en otras especialidades—; se entraba sin conocer previamente absolutamente nada. La anestesiología recién tomó un carácter propio, una identidad, cuando empezó a ingresar más gente que tenía inquietudes, que era estudiosa y que le fue dando a la especialidad un tono distinto. Y aquí sí hay muchos nombres para mencionar, entre ellos el profesor [Martín] Marx,[120] un hombre joven, excelente técnico y muy bien informado, quien actualmente tiene excelentes profesores agregados. Una vez que falleció Fernández Oria, Chertkoff se fue para Paysandú y Cañellas pasó al ministerio. Pero ya había gente nueva que venía con muchas inquietudes, bien formada, quienes son hoy día los profesores agregados. Además, también son excelentes los profesores adjuntos y actualmente la especialidad se ha difundido de otra manera, ha cobrado otra solidez y se sigue desarrollando con una gran rapidez para los pocos años que lleva desde sus inicios. Otro excelente anestesista fue el doctor [Homero] Peri,[121] ya fallecido, y hay un plantel de gente joven muy bien preparada que no te nombro porque son muchos y me voy a olvidar de más de uno.[122]

120 Martín Marx Strauss (1936-2013). Turnes, A. L. *Martín Marx Strauss (1936-2013)*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/m-marx-strauss.pdf.

121 Homero Peri Pertusso (1932-1987), falleció a los 54 años. Fue el primer paciente asistido en el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas, fundado en agosto de 1971.

122 En este recuerdo faltó la mención al doctor Enrique Barmaimon, que, habiendo sido grado 2 y grado 3 de Anestesiología, migró al Perú en el segundo semestre de 1966, donde ocupó diversos cargos de jerarquía, entre ellos profesor de Anestesiología y Medicina Intensiva, decano y de la Facultad de Medicina Cayetano Heredia y vicerrector de dicha universidad. También actuaron en ese tiempo los anestesiólogos doctores Enrique Bzurovski, Tabaré González Vázquez, Iszo Grunwald, Federico Schletter, Samuel Liondas, Martín Marx y Vera Wornikov, de amplia y destacada actuación, que recorrieron los mismos grados académicos. De actuación destacada también fueron los doctores Osvaldo Lucas y Raúl Suárez, que se desempeñaron en el hospital universitario y en otros del ámbito privado.

Es decir, se ha ido formando la conciencia asistencial, la información y la formación científica de la especialidad, y esto es lo que yo te puedo contar a partir de mi propia experiencia [...].

Neder Beyhaut[123]

¿Cómo fue el origen de su vinculación con la cirugía de tórax? ¿Qué lo motivó a acercarse al Hospital Saint Bois?

Neder Beyhaut.

Cuando comencé, por 1988 o 1989, yo venía de trabajar como laboratorista en el Saint Bois, y me inicié como residente de Anestesiología. Entonces estaba al frente el doctor Juan Darío Quiróz Centurión, que había nacido en 1934 y llegó a ser grado 4 de Anestesiología y, a su vez, había trabajado junto a la doctora María Julia Salsamendi. Él había sido destituido y luego reintegrado con la democracia. Quiróz era muy competente y muy seguro, pero era un poco bohemio. Andaba en una camioneta medio destartalada, la que debía dejar en marcha cuando bajaba, para poderla arrancar, o la dejaba en bajada en el hospital, para poder volver. Generalmente íbamos juntos, y hacíamos largas jornadas.

Se trabajaba mucho, había un equipo integrado por Mario Brandolino, Valentín Crosa Dorado, José Luis Martínez y Jorge Nin Vivó. En determinado momento tomó la dirección del servicio por facultad el doctor Juan Chifflet. Se habían incorporado también otros más jóvenes: Jorge Pomi, Guillermo Carriquiry, Salisbury, Hugo Bertullo, Ernesto Pérez Penco; después vino Gerardo Bruno, que comenzó como interno.

Una cosa que me llamó la atención fue los agentes que utilizaban para la anestesia, el Trilene, que pasábamos con Quiróz a levantarlo de una pinturería en la calle Miguelete. Recuerdo cuando íbamos a comprar el producto en ese lugar, mientras él quedaba en la camioneta, yo bajaba, para que no se le apagara el motor. El vaporizador era un frasco con tapa rosca, como de dulce de leche. Teníamos un respirador Engström, que era un aparato enorme, del que en el Saint Bois había dos.

¿No era muy arriesgado asumir esas cirugías complejas en un medio hospitalario que no contaba con un servicio de medicina intensiva?

No; no teníamos CTI, y el postoperatorio era seguido por los enfermeros y enfermeras, que eran muy competentes y tenían amplia experiencia, de muchos

123 Entrevista realizada el 18 de mayo de 2020.

años de trabajo, y controlaban muy bien los drenajes, los tubos, los sangrados y cualquier cosa comunicaban. Pero allí, terminada la labor quirúrgica, se retiraban los profesionales y el médico de guardia que había en el hospital no podía resolver los problemas que se le presentaban, porque no era del equipo. Si se complicaban las cosas, llamaban. Si algún enfermo se complicaba a tal punto que requería atención en un CTI, lo trasladábamos a un hospital que tuviera ese servicio y así se solucionaba. Pero eso era excepcional. Lo más frecuente es que no fuera necesario siquiera tenerlos en cuidados intermedios, los pacientes iban directamente a su habitación o a sala.

¿Cómo fue el avance de la cirugía, a través del perfeccionamiento de la anestesiología, que permitió cada vez mayores desafíos?

Me contaba Quiróz que María Julia Salsamendi era una anestesióloga muy segura, que había trabajado largos años con Armand-Ugón y que estaba en todos los detalles, en la preparación del enfermo y en la conducción anestésica. Quiróz y la doctora Nylda Cassinelli Vázquez, que trabajó con él muchos años, siguieron el camino que ella trazó. Cuando Quiróz se retiró, progresivamente fuimos teniendo más actividad y se fueron mejorando las técnicas, con la incorporación de las sondas de doble luz y otros elementos que fueron permitiendo realizar cada vez mayores intervenciones con menor riesgo, operando de un lado y ventilando el otro pulmón, etcétera. Pasamos de las sondas traqueales de caucho rojo, tipo White, Carlens o Robertshaw, a los catéteres traqueales de cloruro de polivinilo o de doble luz, que ampliaron mucho el panorama quirúrgico. La patología más frecuente era el cáncer de pulmón y progresivamente fue levantándose aquel viejo concepto de que los mayores de 70 años no se operaban. Ahora pasaron a operarse con cualquier edad y con buenos resultados, por el avance de las técnicas anestésicas, que permiten cirugías con más seguridad para el paciente. Desde luego que contribuyeron todos los progresos propios de la cirugía, como la cirugía videoasistida y la mediastinoscopía, la incorporación de la sutura mecánica y otras técnicas que fueron pasos gigantescos.

Tuve conocimiento de que había un anestesiólogo que trabajó durante mucho tiempo en el Saint Bois, vinculado largamente a la cirugía de tórax, Walter Fernández Oria, pero no lo conocí. Fue el que inició a María Julia Salsamendi en la anestesiología. Él había trabajado durante muchos años con todos los cirujanos de tórax del Saint Bois, especialmente con Armand-Ugón.

¿Cómo fue su recorrido por la anestesiología? ¿Cuáles fueron los avances que se registraron en la cirugía del tórax?

Cuando terminé el grado 3 en Anestesiología, en el Hospital de Clínicas, me dediqué casi exclusivamente a la cirugía de tórax. Para entonces, habíamos logrado que muchas otras personas se acercaran, residentes jóvenes, y con-

seguimos que se perdiera ese halo de misterio que tenía la anestesiología. Logramos que todos los anestesistas estuvieran capacitados para resolver una cirugía de urgencia en tórax, un politraumatizado o alguna situación similar, sin esperar a que llegara el que estaba dedicado a esa rama de la especialidad. Eso fue una ganancia para todos.

Desde luego, fueron muchas las cosas que se pudieron hacer y cambió fundamentalmente la técnica quirúrgica, primero con la videocirugía y más adelante con la cirugía mínimamente invasiva, que permitió eliminar aquellas incisiones que eran una "hemicuerpotomía" que se hacía para abordar el tórax, abordando un espacio intercostal desde el extremo vertebral hasta el esternón, a veces solo para obtener una biopsia o una intervención por un tumor benigno. Hoy día se hacen intervenciones más complejas, por mediastinoscopía, por laparoscopía, con incisiones mínimas y con el abordaje más directo de los procesos.

Es claro que en aquella época inicial se hacía mucha cirugía de tórax sin contar con CTI. Pero realmente la experticia del equipo quirúrgico hacía que eso no fuera necesario, porque las complicaciones eran mínimas y se hacían operaciones complejas. Esto es así en el mundo, aún hoy, donde la mayor parte de las cirugías de tórax no requieren sino pasar por la habitación común luego de la operación, sin recurrir para nada a los servicios de terapia intensiva. Aquella práctica era muy segura en manos de aquel conjunto humano.

Cuando el servicio se instaló en el Hospital Maciel, allí la situación cambió, fundamentalmente porque era un hospital de alta complejidad y tenía un servicio de medicina intensiva que era un gran apoyo. Pero eso pasó después del año 2002.

¿Qué recuerdos tiene de los cirujanos más jóvenes?

De los cirujanos más jóvenes, destaco el brillo de Ernesto Pérez Penco y de Guillermo Carriquiry, que, con diversas experiencias en cirugía general, llegaron a trabajar y se proyectaron muy alto. A Ernesto daba gusto verlo operar, porque era de una delicadeza exquisita.

¿Cuál siente que fue su aporte personal a la cirugía de tórax?

Creo que si hay algo que hizo mi generación por la anestesia y la cirugía de tórax fue desmitificarla. En particular, yo que me dediqué a eso. El misterio que había sobre la sonda de doble luz y todas esas cosas lo desmitifiqué y lo puse arriba de la mesa. Se lo ofrecimos a todo el que quiso y a todos los estudiantes que se formaron, para que fuera una técnica sabida por todos. Quizás ese haya sido el aporte que yo siento que pudimos hacer. Si no lo hubiéramos hecho nosotros, hubieran sido otros. Fue el momento y me tocó a mí hacerlo, sacar el misterio que existe en la medicina con respecto a algunas cosas.

Capítulo 12
Broncoscopía y cirugía torácica

Entre los años 1955 y 1975, la broncoscopía rígida fue practicada en Uruguay como elemento de primer orden entre los métodos auxiliares para diagnóstico y terapéutica. Debemos recordar a los primeros que practicaron esta disciplina: el otorrinolaringólogo Julio César Barani López, el anestesiólogo Dardo E. Vega y el tisiólogo Juan Carlos Dighiero Urioste.

La técnica se empleaba en múltiples instancias. En el caso de Dardo Vega, realizó una enorme serie de intervenciones para extraer cuerpos extraños de las vías aéreas, de lo cual dejó una colección que se puede apreciar en el Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Pero tal vez el que mayor casuística pudo reunir fue quien se consagró por entero a esta disciplina, Eduardo Casamayou.

Eduardo Casamayou Etchandy[124]

Eduardo Casamayou Etchandy (1912-1976).

Montevideano de toda la vida, nació el 3 de diciembre de 1912 y falleció el 22 de setiembre de 1976. Fue el menor de los cuatro hijos de Ana Etchandy y Juan Casamayou. Perdió a su madre a muy corta edad y a su padre en la adolescencia, cumpliendo un papel muy importante en su cuidado y formación su hermana María Inés y sus hermanos Enrique y Roberto.

Frecuentó durante su juventud múltiples ambientes y círculos sociales, intelectuales y artísticos de Montevideo, pasando por una etapa bohemia que retrasó sus estudios (pero fue, por ejemplo, campeón de carambola en el Café Tupí Nambá). Con esta experiencia de vida y su avidez por la lectura y el saber, construyó una sólida formación cultural que continuó enriqueciendo a lo largo de su existencia, destacándose su pasión por la historia, el

124 Agradecemos la colaboración de los hijos del Dr. Eduardo Casamayou: Adriana, Luis Eduardo, Ana Elena, Guillermo, Marcela e Inés Casamayou del Pino, por haber contribuido con la semblanza de su apreciado padre. Y muy especialmente a su querido colega Alberto, quien, en sus últimos días de vida, supervisó la redacción definitiva de este capítulo.

conocimiento y el gusto por las artes plásticas y la música, tanto culta como rioplatense, resultando también buen bailarín de tango y milonga.

El encuentro con quien sería su compañera de vida, Elena del Pino Sienra, marcó el fin de esa etapa bohemia, planteándose "sentar cabeza" y formar con ella una familia. Tras retomar sus estudios y comenzar el internado, se casaron el 4 de marzo de 1943. Sus siete hijos crecieron en un ambiente estimulante que promovía la responsabilidad, marcado por un profundo sentido de justicia social, respeto y tolerancia. Sus valores fueron la inspiración para el compromiso social de sus hijos, cuyas opciones, si bien a veces no compartió, siempre respetó. Aunque su actividad laboral no le dejaba mucho tiempo para pasar con los niños, las visitas a museos eran un paseo frecuente los domingos, así como eran habituales en las comidas compartidas las charlas sobre historia, arte y literatura. Fue un excelente narrador de historias de todo tipo, entreteniendo a los niños tanto con episodios de la *Odisea* como con cuentos criollos.

Culminó sus estudios en la Facultad de Medicina el 12 de junio de 1946, recibiendo en julio el título de médico cirujano. Se desempeñó entre 1946 y 1950 como adjunto y médico auxiliar en la Clínica Médica del doctor Raúl Piaggio Blanco en el Hospital Pasteur, y como adjunto, asistente y médico colaborador especializado en la Clínica Semiológica del doctor Pablo Purriel entre 1949 y 1955, en el mismo hospital y en el recién inaugurado Hospital de Clínicas. Consideraba a ambos profesores como sus maestros, así como al doctor Víctor Armand-Ugón en el Saint Bois, ya que fueron fundamentales en su formación y actividad profesional. En 1959 fue electo para integrar la Asamblea del Claustro de su facultad, en representación del orden de egresados.

Atendió en el consultorio en su casa, en el barrio La Blanqueada, hasta 1961, y durante muchos años en un consultorio con equipo de radioscopía en la calle Paraguay. En ese edificio céntrico del doctor Urioste funcionó también el Laboratorio Dighiero. Aunque tempranamente se dedicó a la tisiología y la neumología, siguió atendiendo a pacientes y familiares como médico general durante toda su vida. Cuando se formó la Escuela de Graduados de Facultad de Medicina, le fue otorgado el título en su especialidad por competencia notoria.

Se inició en la endoscopía respiratoria en Buenos Aires, donde se radicó transitoriamente para interiorizarse en su teoría y práctica. Durante más de veinte años trabajó con esta técnica en el Hospital Saint Bois, así como también en otras instituciones públicas y privadas y en el ejercicio libre de su profesión. Compartió esta actividad con su amigo el doctor José Piñeyro, con quien realizaba broncoscopías y esofagoscopías, sumando fibroscopías cuando esa tecnología llegó al Uruguay. Se distinguió por su paciencia y pericia en la realización de estos estudios bastante invasivos, logrando con su actitud y palabra tranquilizar a pacientes ansiosos y con miedo.

En la familia, se recuerda la anécdota sobre un hipnotizador ruso que presenció una broncoscopía y comentó que, sin saberlo, Casamayou empleaba una "inducción de hipnosis consentida". También fue durante muchos años guía médico en laboratorios farmacéuticos como Gerardo Ramón, Lazar y SADEF.

Participó en numerosos congresos y jornadas médicas en nuestro país y en la región, como por ejemplo en el 6.º Congreso Argentino de Broncoesofagoscopía de 1957, en Mendoza, del que fue relator oficial. Publicó artículos científicos, en general integrando equipos con colegas. Se encuentran publicaciones suyas en *El Tórax* y *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades,* entre 1950 y 1975.

Siempre formó parte del SMU, participando en actividades gremiales y científicas. En algunos períodos de la década del cincuenta formó parte del Comité Ejecutivo y del Consejo Arbitral.

Vivió digna y modestamente, persona íntegra y solidaria cuya mayor recompensa fueron tanto el cariño y reconocimiento de pacientes y colegas como la admiración de sus hijos. Fue un médico humanista dedicado a su profesión, cuyas prioridades fueron la atención a sus pacientes y el estudio permanente para avanzar en el conocimiento y mantenerse actualizado.

Publicaciones

- Casamayou, E. Broncoscopía y cirugía torácica (1975). *Revista Cirugía del Uruguay,* 45(4): 357-375.
- Piñeyro, J. A.; González Maseda, M. y Casamayou, E. (1969). Biopsia transbróniquica dirigida por radioscopía. Estudio preliminar. *Hoja Tisiológica*, 26(1): 103-112.
- Armand-Ugón, V. y Casamayou, E. (1956). Adenoma bronquial: tratamiento. *El Tórax*, 15(3-4): 123-132.
- Purriel, P.; Muras, O.; Piovamo, S. y Casamayou, E. (1954). Nuevas observaciones de casectomía química obtenida por la hidracida del ácido isonicotínico y evolución de casos observados durante dos años. *El Tórax,* 3(1): 5-20.
- Casamayou. E.; Sánchez Cestau, R. y Piovano, S. (1953). Enfisema localizado. *El Tórax,* 2(1): 97-100.
- Purriel, P.; Casamayou, E.; Muras, O.; Piovano, C. y Ruggiero, C. (1953) Casectomía química obtenida con la hidracida del ácido isonicotínico, rimifon, con aparición de defectos mecánicos, alteraciones neumáticas. *El Tórax,* 2(2): 115-132.
- Piaggio Blanco, R. A.; Mosera R. y Casamayou, E. (1950). Mixedema secundario por hipopituitarismo (mixedema pituitario). *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades,* 37(2): 157-166.

- Mosera, R. y Casamayou, E. (1950). Pigmentación, como síntoma único de enfermedad de Addison. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades,* 36(5): 407-413.

La experiencia del broncoscopista[125]

Por Dr. Eduardo Casamayou

Hemos trabajado en tareas de broncoscopista por más de veinte años en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois.

A este servicio especializado llega un gran contingente de pacientes que tienen como común denominador una enfermedad pulmonar, muchas veces sin diagnóstico o solo con diagnóstico presuntivo. Para llegar a la certidumbre o, por lo menos, acercarse lo más posible a ella, se hace necesario poner en marcha una serie de estudios donde la broncoscopía representa una etapa fundamental.

Toda nuestra labor fue cumplida con los métodos e instrumental clásicos,[126] cuyos principios fueron establecidos hace ya muchas décadas por Chevalier Jackson. El advenimiento del broncofibroscopio, notable adelanto técnico instrumental que todavía no ha llegado a nuestras manos, amplía las posibilidades diagnósticas y terapéuticas en una dimensión sensiblemente mayor. Dejemos aclarado que no son dos métodos que se oponen. La broncoscopía clásica y la broncofibroscopía persiguen el mismo objetivo: la visualización de la tubería bronquial y la puesta en práctica de procedimientos auxiliares de diagnóstico y terapéutica. Pero la ventaja parece indudable para la broncofibroscopía: con menor incomodidad para el paciente permite un examen más completo en precisión y profundidad.

Colaboración del broncoscopista en el diagnóstico

El endoscopista puede dar muchas veces información precisa sobre la existencia de una lesión bronquial, sospechada o insospechada por la clínica y la radiología, su exacta topografía, su etiología asegurada por la toma biópsica y las posibilidades operatorias en lo que respecta a una exéresis pulmonar.

Destacamos que decimos muchas veces, lo que dista mucho de afirmar que siempre proporcionará información valiosa.

Con riesgo de insistir sobre nociones que pueden parecer elementales, queremos señalar sumariamente cuáles son las posibilidades y las limitaciones del examen endoscópico bronquial.

125 Transcripción de la exposición realizada por Eduardo Casamayou en el marco del homenaje realizado a los dos años del fallecimiento de Víctor Armand-Ugón, llevado adelante en la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Casamayou, E. Broncoscopía y cirugía torácica. *Cirugía del Uruguay*, 45(4): 359-361.

126 Hace referencia a la broncoscopía rígida.

Podemos dividir todo el conjunto tráqueo-bronco-pulmonar en tres sectores.

Un sector central constituido por la tráquea, bronquios principales y bronquios lobares hasta su división. Este es el campo accesible a la broncoscopía clásica, sea por visión directa o por la ayuda que le prestan ópticas de visión angulada. Es en esta área que podrá afirmar con precisión y topografiar exactamente la presencia de lesiones que comprometen la luz bronquial, total o parcialmente, sean de naturaleza tumoral, inflamatoria, cicatricial o por compresión extrínseca de formaciones vecinas. Podrá informar sobre las alteraciones de la pared bronquial las dislocaciones provocadas por procesos parenquimatosos retráctiles o por derrames pleurales o por lesiones expansivas mediastinales, hiliares o parenquimatosas. En este sector podrá estudiar la dinámica bronquial en la secuencia inspiración-espiración o durante la tos. Además este es el sector accesible a la toma biópsica, clave del diagnóstico etiológico, fundamental no solo para el cirujano sino también para la terapia actínica y citostática. La comprobación de un espolón traqueal ensanchado y rígido, la proximidad de una lesión tumoral a la tráquea, la rigidez marcada de un árbol bronquial como expresión de una peribronquitis de carácter maligno, la compresión ejercida sobre la pared mediastinal de un bronquio principal por una adenopatía tumoral, son elementos que el cirujano valora, generalmente, para decretar la inoperabilidad del caso.

Un sector medio, que va desde las divisiones de los grandes bronquios hasta los bronquios segmentarios inclusive. Inaccesible, excepto en su porción más proximal, a la exploración broncoscópica clásica, sus posibilidades de exploración se han transformado en realidad con el advenimiento del broncofibroscopio flexible. Con él es posible la toma biópsica bajo control visual en bronquios subsegmentarios, el cepillado (*brossage*) de los mismos o la aspiración selectiva de secreciones para examen citológico o bacteriológico.

Un sector periférico, cuya visualización escapa aún al fibroscopio. En este sector periférico se presenta una gran parte de la patología pulmonar. Dejemos de lado las lesiones difusas que son dominio de la patología médica o la carcinomatosis linfática y detengámonos brevemente en las lesiones localizadas, susceptibles de tratamiento quirúrgico.

En nuestro medio el quiste hidático, tan frecuente, se diagnostica con bastante precisión por otros procedimientos de examen; la broncoscopía no solo es inútil en la gran mayoría de los casos, sino que puede estar formalmente contraindicada.

La sospecha de la etiología neoplásica de una lesión periférica raramente se ve confirmada en el examen broncoscópico, que resulta negativo en la casi totalidad de los casos; en nuestra experiencia la toma biópsica en el bronquio que corresponde al lóbulo que contiene la lesión moneda siempre ha dado resultado negativo; no la practicamos más. A nuestro entender la broncoscopía solo se justifica si las radiografías sugieren la presencia de propagación a los

ganglios hiliares o intertraqueobrónquicos. En cambio, en procesos periféricos menos limitados, con el profesor José A. Piñeyro y con la colaboración radiológica del doctor González Maseda hemos practicado biopsias transbrónquicas con la pinza flexible de Hollinger y pudimos aclarar algunos diagnósticos dudosos. Indudablemente también en este sector la broncoscopía dirigida por la telerradioscopia se traducirá en un sensible aumento del porcentaje de aciertos diagnósticos.

El lavado bronquial frente al bronquio drenaje de una lesión periférica es un procedimiento muy digno de tenerse en cuenta para el diagnóstico, pues proporciona material para el citólogo y el bacteriólogo. En nuestra experiencia esto ha sido particularmente útil en tuberculosis, en pacientes en que reiteradas baciloscopías negativas en la expectoración planteaban otras posibilidades diagnósticas.

Colaboración del broncoscopista en la terapéutica

El cirujano solicita a veces la ayuda del broncoscopista para la preparación preoperatoria de un paciente con una supuración broncopulmonar. Se incluyen en esta categoría los abscesos crónicos, las supuraciones difusas de uno o más lóbulos y, sobre todo, las bronquiectasias. La aspiración sistemática de secreciones, los lavados bronquiales, eventualmente el depósito de antibióticos o quimioterápicos, permiten que llegue al cirujano un paciente con mucho menor riesgo operatorio.

En el postoperatorio la aspiración de secreciones que inundan el árbol traqueobrónquico amenazando de asfixia al paciente requiere la broncoscopía en algunas ocasiones. Como a menudo no bastará una sola aspiración será mejor recurrir a la intubación o la traqueostomía que permiten la reiteración de las aspiraciones con mayor facilidad y menos traumatismo. En cambio, la secreción espesada, solidificada, adherente, impactada en el bronquio como un tapón y determinando la atelectasia de un lóbulo o de porciones importantes de pulmón, solo tienen solución satisfactoria por la aspiración selectiva por medio de la broncoscopía.

La broncoscopía postoperatoria también suministra datos sobre el estado del muñón bronquial, la presencia de una fístula broncopleural, la dislocación del árbol bronquial determinada por la operación con la consiguiente perturbación ventilatoria y del drenaje de las secreciones, todos datos que pueden llevar al cirujano a tomar la decisión de reintervenir quirúrgicamente al paciente.

En apretada síntesis hemos enumerado las funciones que cumple el endoscopista en un servicio de cirugía torácica, señalando las posibilidades y limitaciones de la broncoscopía tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Breve reseña de la endoscopía respiratoria en Uruguay

Por Luis M. Piñeyro

Prof. Dr. Luis M. Piñeyro.

Como en muchos aspectos de la medicina y de otras disciplinas, nuestro país fue pionero en Latinoamérica en endoscopía respiratoria, perdiendo ese lugar con el correr de los años.

La técnica endoscópica, rígida en su inicio, comenzó en los años sesenta del siglo pasado. Los precursores fueron Dardo Vega, José A. Piñeyro, Eduardo Casamayou y Juan Carlos Dighiero. Lo llamativo de esta lista es que Vega era anestesista y los demás, destacados neumólogos. Además de Dardo Vega, no hubo endoscopistas que no practicaran la neumología, hasta la década del ochenta, cuando varios otorrinolaringólogos se iniciaron en la técnica flexible (Fugazot, Ramos, Leiva y otros).

Situándonos en los comienzos de la endoscopía respiratoria, debemos referirnos, en primer término, a la rígida, técnica por demás invasiva, ya que se practicaba con anestesia tópica. Este hecho hacía que el endoscopista dedicara mucho tiempo al aprendizaje de la anestesia local y luego tuviera una técnica muy depurada para explorar la canalización bronquial con ópticas de varios ángulos de visión para acceder a la exploración de todos los bronquios lobares y segmentarios. En esos años se trataba de una técnica exclusivamente de diagnóstico y para procesos de la canalización principal.

Dr. José A. Piñeyro.

Por motivos obvios, recuerdo que José A. Piñeyro hizo una pasantía en París con el doctor [Jean Marcel] Lemoine, donde se perfeccionó en las afecciones clínicas respiratorias, así como en endoscopía, de la cual Lemoine fue uno de los pioneros mundiales.

En 1975, siendo director de la Cátedra de Neumología el profesor Miguel Mello Aguerre, junto a José A. Piñeyro consiguieron que el gobierno de Japón donara un fibroscopio. A los pocos años, Japón planteó un programa de cooperación técnica que comprendía varias becas de entrenamiento en la reciente endoscopía flexible o fibrobroncoscopía y otras técnicas relativas al diagnóstico precoz del cáncer pulmonar.

La pasantía consistía en una estadía de tres meses en el National Cancer Center de Tokyo, donde el jefe del servicio de endoscopía era el profesor

Shigeto Ikeda (1925-2001), quien inventó y desarrolló la técnica que revolucionó la materia de endoscopía que nos ocupa.[127]

Así pasaron por el programa Justo Alonso en 1978, Luis M. Piñeyro en 1979 y luego varios neumólogos uruguayos, no solo para perfeccionarse en fibrobroncoscopía sino también en otras disciplinas concernientes al cáncer de pulmón, como la anatomía patológica y la inmunología.

Terminado el programa, se recibió en la cátedra un valioso equipamiento donado por el gobierno de Japón. Consistió en varios fibrobroncoscopios, un equipo de laser Yag-Neodimio, que se empezaba a utilizar para el tratamiento paliativo de tumores endobronquiales inoperables, un laboratorio de Inmunología y otro de anatomía patológica. Esto permitió que los exbecarios pudiéramos comenzar a formar a otros neumólogos en Uruguay.

La endoscopía rígida fue abandonada, siendo sustituida, con enormes ventajas, por la fibrobroncoscopía. Cabe destacar que algunos de los pioneros en endoscopía rígida no pudieron adaptarse al endoscopio flexible, ya que las maniobras eran totalmente distintas, y abandonaron la práctica endoscópica.

En esa época, Uruguay era destacado en América Latina en este campo y muchos médicos uruguayos éramos convocados a otros países de la región, principalmente Brasil y Argentina, para instruir a colegas y mostrar los resultados obtenidos.

Adelantos siguientes

A finales de los noventa, se introdujo la videoendoscopía, que presenta varias ventajas sobre la fibroscopía clásica:

1. Al no estar constituida por fibras de vidrio, sino por sistemas eléctricos, su vida útil es mucho mayor.
2. La exploración se hace siguiendo la maniobra en una pantalla, lo que amplifica la imagen, mejorando las posibilidades diagnósticas, y a su vez permite que varios médicos participen de la maniobra, facilitando notablemente la docencia.
3. Permite la grabación del procedimiento en CD o *pendrive* de todos los hallazgos, lo que hace que el médico tratante y eventualmente el cirujano dispongan de toda la información resultante del estudio.
4. En su contra, se debe señalar el costo, varias veces superior al de la fibrobroncoscopía tradicional, lo que se equilibra, parcialmente, con la mayor duración y calidad del estudio.

Desde el inicio de la fibrobroncoscopía, se abrió la posibilidad de acceder a imágenes periféricas, combinando el estudio endoscópico con la visión bajo pantalla fluoroscópica. Para tal cometido, utilizamos generalmente un

127 Ikeda, S. *Atlas de broncofibroscopia flexible*. Barcelona: Regas, 1976.

arco en "C", ya que nos brinda la posibilidad de desplazamiento y diversos enfoques.[128]

El rendimiento de esta técnica depende de la localización de la imagen a biopsiar, disminuyendo su rendimiento cuanto más periférica es la lesión. En nuestra experiencia, el rendimiento global se sitúa entre 60-65%.[129]

Imagen nodular periférica.
La pinza se aproxima a ella y hará la biopsia.[130]

Hace aproximadamente diez años se comenzó a utilizar un equipo de TAC que, mediante un *software*, permite una mejor aproximación a la imagen a biopsiar. Sin embargo, esta técnica no prosperó ya que su costo no justifica una maniobra que muchas veces termina en una resección quirúrgica del proceso patológico.

En los últimos años, en cambio, han prosperado otras técnicas que mejoran el rendimiento de los procedimientos asociados a la fibrobroncoscopía.

1. La endoscopía asociada a ecografía (EBUS). Mediante ella se facilita el acceso a lesiones periféricas, pero principalmente permite la punción de adenopatías mediastinales con aguja de Wang.

128 Piñeyro, J. A.; González Maseda, M. y Casamayou, E. Biopsia transbrónquica dirigida por radioscopia. *Hoja Tisiológica*, 1969, XVI: 103; Wang, K. P. (ed.). *Biopsy techniques in pulmonar desordenes*. Nueva York: Raven Press, 1989.

129 Piñeyro, J. A.; Piñeyro Gutiérrez, L. M.; González Maseda, M. y De Stefani, E. Diagnóstico de las afecciones pulmonares periféricas por biopsia transbrónquica a través del fibrobroncoscopio. *Archivos de Medicina Interna*, 1979, 1(1): pp. 4-11.

130 *Idem*; Piñeyro Gutiérrez, L. Broncoscopíaa intervencionista. *Archivos de Medicina Interna*, 1997, XIX(1): pp. 1-10.

Endoscopía asociada a ecografía (EBUS).

2. Más recientemente, se desarrolló la realización de criobiopsias de procesos centrales y periféricos, que permiten obtener muestras mucho más representativas que las biopsias con pinzas habituales.

Volviendo a la endoscopía rígida y la endoscopía terapéutica, tuvimos la oportunidad de acceder, en 1989, a una beca en Marsella, en el servicio del profesor Jean François Dumon, quien fue pionero y desarrolló la técnica que, utilizando el láser Yag-Neodimio, permite la resección de tumores endobronquiales irresecables o en etapa prequirúrgica, con fines desobstructivos.[131]

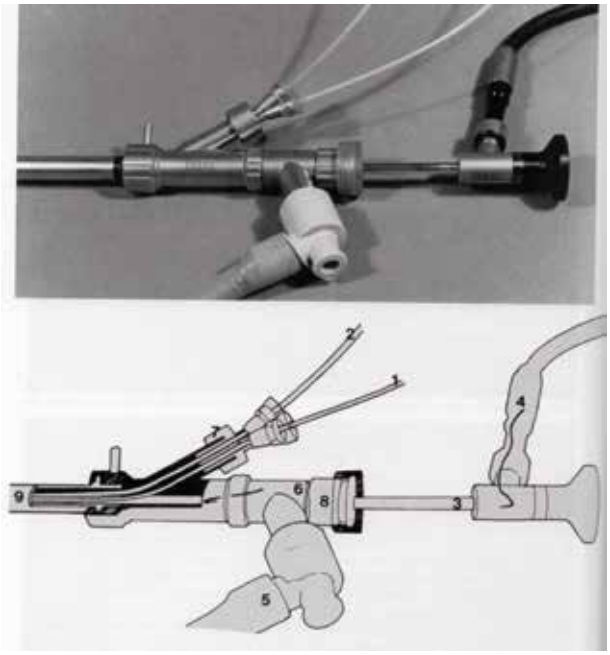
Jean François Dumon.

Para tal técnica, Dumon desarrolló un broncoscopio rígido con la particularidad de tener un cabezal removible con una entrada para la fibra láser y otra para la aspiración.

El láser Yag-Neodimio brinda enorme precisión en su impacto, "vaporizando" los tejidos patológicos. La técnica se complementa, muchas veces, con la introducción de una prótesis de silicona que evita que el tumor, al crecer, vuelva a obstruir el bronquio. Es por eso que el cabezal del endoscopio rígido se remueve y, sin desintubar al paciente, se introduce el portaprótesis con ella "cargada". Una vez en la posición deseada, se eyecta la prótesis con un

131 Dumon, J. F. y Díaz Jiménez, J. P. *Endoscopía respiratoria y láser*. Barcelona: Tecnograf S.A., 1991; Dumon J. F.; Rebaud, E.; Garbe, L. y Meric, B. Treatment of tracheobronchial lesions by laser photoresection. *Chest*, 1982, 81: 278-284.

émbolo. Este procedimiento se conoce como la técnica de Dumon, que da seguridad y evita complicaciones severas.[132]



Broncoscopio Dumon-Harrel.[133]

Sin embargo, en Estados Unidos los endoscopistas no dominan los instrumentos rígidos, por lo que realizan las maniobras con el fibrobroncoscopio utilizando prótesis metálicas autoexpandibles.

Además de su utilización en la patología tumoral, las prótesis tienen gran aplicación en las estenosis traqueales luego de dilatadas.

Dado que el láser Yag-Neodimio es de elevado costo y difícil reparación, actualmente se sustituye por un electrocauterio, menos preciso, pero de gran utilidad y con las mismas indicaciones del láser.

Situación actual

El momento actual muestra un panorama auspicioso en nuestro país. En el Hospital Maciel se logró una sala de endoscopía con las condiciones necesarias para realizar todo tipo de técnicas endoscópicas. Debe destacarse que se

132 Dumon, J. F.; Rebaud, E.; Garbe, L. y Meric, B. Treatment of tracheobronchial lesions by laser photoresection. *Chest*, 1982, 81: 278-284; Dumon J. F.; Shapshay, S. M.; Bourcereau, J.; Cavaliere, S.; Meric, B.; Gharbin, N. y Beamis, J.F. Principles for safety in application of de neodynium-Yag laser in broncology. *Chest*, 1984; 86: 163-168.

133 Dumon, J. F. y Díaz Jiménez, J. P. *Endoscopía respiratoria y láser*. Barcelona: Tecnograf S.A., 1991.

han adquirido un equipo de EBUS y otro de criobiopsias, lo que nos sitúa en un lugar de privilegio que habíamos perdido.

También merece destacarse que varios colegas se han perfeccionado en el exterior en los más variados procedimientos endoscópicos. Para mencionar, solo en el último año, Nicolás Arechavaleta en Estados Unidos, Ana Gruss en Barcelona, Eduardo Quintana en Porto Alegre, centro de referencia para la colocación de válvulas endobronquiales unidireccionales en algunos casos de enfisema, técnica que ya se ha utilizado en Uruguay.

Queda en el debe, según nuestro criterio, la creación de una Diplomatura en Endoscopía Respiratoria, que permita destacar y distinguir a los endoscopistas capacitados.

Entrevista al profesor Luis Piñeyro Gutiérrez

Por Nicolás Arechavaleta

Tengo el honor que me dio Gerardo Bruno de poder entrevistar a quien fue mi mentor, el profesor Luis Piñeyro, para ver qué es lo que ve hoy día en la endoscopía y en el Instituto del Tórax, porque reúne tanto a cirujanos de tórax como a neumólogos y resulta de gran interés el punto de vista de alguien que ha estado en todo el proceso y es referente nacional e internacional de la endoscopía.

Cuando yo comencé a ir al Instituto del Tórax en el año 1975, como interno, luego di el grado 2 en 1976 o 1977, funcionaba espléndidamente. Los referentes neumólogos se reunían con todos los grados menores y con los referentes cirujanos tres veces por semana, y veían todos juntos a los pacientes. Eso aconteció en el Hospital Saint Bois. Luego, en el Maciel, con el profesor Juan Chifflet, continuamos en esa situación, que poco a poco se fue desmembrando, y los cirujanos y médicos nos fuimos abriendo un poco. Creo que es fundamental que médicos y cirujanos vuelvan a ver en común a los pacientes.

Como he mencionado, fui testigo, cuando empecé, de que solo había broncoscopía rígida. Luego el gobierno del Japón donó, después de varias becas, un equipamiento con broncoscopios flexibles, y tuve la oportunidad de ir a aprender con Shigueto Ikeda. Ya teníamos nosotros uno acá, pero fui a perfeccionarme y, sobre todo, a ver la infraestructura de un buen servicio de endoscopía flexible. La endoscopía flexible desplazó totalmente a la endoscopía rígida durante mucho tiempo, hasta que por el advenimiento del láser me fui a formar a Marsella con el profesor Jean François Dumon, que fue el creador de la cirugía endoscópica con láser y trabajaba con un endoscopio desarmable que había inventado él mismo, por el cual se podía introducir la fibra óptica y un catéter de aspiración simultánea.

También el láser puede ser hecho con fibroscopía, pero, a mi criterio, es mucho más riesgoso, ya que luego de hacer la fotocoagulación los restos son mucho más fácilmente removibles con el broncoscopio rígido que con el flexi-

ble. No obstante, la fibroscopía de diagnóstico, no la terapéutica de la que estamos hablando, ha evolucionado con base en el fibrobroncoscopio, que, a mi manera de ver, debería ser un instrumento manejado por todos los neumólogos, o, preferentemente, por los neumólogos que conocen la patología a la que van dirigidos. No las broncoaspiraciones, que pueden ser hechas por otras especialidades. Pero la fibrobroncosopía de diagnóstico debe ser hecha por alguien que conozca la patología torácica que está investigando.

Porque en este país tenemos gente muy bien formada…

En este momento, yo llevo siete años alejado de la cátedra y no puedo opinar sobre estos últimos años. Pero tengo entendido que hay gente muy bien formada. El servicio de endoscopía por el cual nosotros bregábamos, de acuerdo a lo que habíamos visto en el exterior, no lo pudimos lograr; no podíamos hacer la endoscopía bien hecha, no teníamos anestesia general; no podíamos hacer endoscopía rígida en el lugar que teníamos asignado. Y cuando yo me fui, por circunstancias que no vienen al caso, quedó libre lo que era la unidad cardiológica y el director del hospital en ese momento, el doctor Álvaro Villar, tuvo la lucidez de entregarlo al Instituto del Tórax. Allí, en un ambiente donde se podía hacer cirugía menor, se instaló el servicio de endoscopía, donde se puede hacer anestesia y métodos invasivos, que nosotros teníamos que hacer en sala de operaciones forzosamente. Además, el doctor Villar facilitó la compra de los últimos equipos que hay en endoscopía, como el EBUS, que hace simultáneamente la ecografía para poder puncionar los ganglios mediastinales y las criobiopsias, que obtienen un material de tamaño mucho mayor y facilitan el diagnóstico. Por lo tanto, sí creo firmemente, conociendo el ambiente de la endoscopía en el Uruguay, que el servicio de endoscopía del Hospital Maciel que dirige el doctor Nicolás Arechavaleta (el entrevistador) es el mejor servicio, que cuenta con los mejores elementos para hacer las endoscopías terapéuticas y diagnósticas en el Uruguay en este momento.

Creo que es uno de los logros y es importante recalcar lo que ya explicaste. Nosotros somos producto de todo eso que se venía armando y tuvimos la suerte de encontrar ese lugar físico, así como mi formación quirúrgica, junto con la formación de una neumóloga como la doctora Grus hoy, que es de las pocas que veo con esa formación de neumología intervencionista.

Tengamos en cuenta que la doctora Grus se formó con un alumno de preferencia del profesor Dumon, que es Juan Pablo Díaz, al que tuve el gusto de conocer e invitar a Montevideo; estuvo acá más de una vez invitado por nosotros a dar su experiencia. Y la doctora Grus estuvo un año en Castelldefells, en su centro endoscópico. Por lo tanto, ella está formada al mejor nivel mundial que puede haber en este momento, porque hace la parte endoscópica terapéutica y diagnóstica perfectamente.

Hoy en día veo al servicio de endoscopía como propiamente lo que es nuestra visión del Instituto del Tórax: la unión de dos especialidades, respetando lo de cada uno. Yo me apoyo mucho en la doctora Grus, sobre todo en las patologías que necesitan más orientación neumológica, y ella se apoya en mí en lo que hace a la orientación quirúrgica. Y creo que entre los dos, en esa sinergia, obtenemos unos resultados que hoy en día son excelentes. Creo que eso es a lo que debe apuntar el Instituto del Tórax.

Esa es una excelente combinación. Y, además, lo que subrayaría francamente es que todos los posgraduados, los estudiantes de posgrado, tanto de Neumología como de Cirugía de Tórax, deben pasar por ese servicio, aunque no la adopten como técnica de uso diario, para ver las posibilidades que tiene y no tiene la endoscopía respiratoria, y entender cuándo usar un equipamiento y cuándo usar otro. Espero, y sé, que incluso mucha gente del interior viene, concurre periódicamente a Montevideo a seguir formándose, lo que le da un gran destaque, una vez más, al servicio de endoscopía del Hospital Maciel.

Una última reflexión: desde el punto de vista humano, ¿cómo ves tú, que fuiste mi mentor, lo que estamos haciendo?, ¿lo ves como una extensión de lo que era tu pensamiento?

Totalmente, te conozco desde antes de que fueras médico, eres una persona a la vi formarse, te enseñé todo lo que pude y creo que estás en las mejores condiciones para desempeñarte en todos los aspectos de la endoscopía. Y, como ya dije, la doctora Grus ha dedicado un año de su formación a especializarse en todas estas técnicas. Por lo tanto, soy ampliamente optimista con respecto a que la endoscopía respiratoria en el Uruguay va a seguir superándose, en la medida en que los jefes de servicio le dediquen y le den la importancia que esta técnica tiene, así como puede haber otras técnicas, como la exploración funcional, que también son importantes. Pero la endoscopía es vital para la mayoría de los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos que tienen una patología neumológica.

Basado en lo que dice el profesor Bruno, que es mi profesor en cirugía torácica, siempre tengo presente las tres columnas: la columna neumológica, la de la cirugía de tórax y la de la endoscopía, como parte del funcionamiento de toda la patología torácica, sin desmerecer al funcional respiratorio, pero la importancia que tiene la columna de la endoscopía, en toda la patología torácica, es muy destacada.

Estamos totalmente de acuerdo. El funcional respiratorio es una técnica que tiene mucha importancia en la evaluación de un paciente, pero está hecha por un técnico y luego el médico ve los resultados y hace el informe. No requiere una habilidad especial como sí la requiere la endoscopía respiratoria. Por lo tanto, estoy totalmente de acuerdo con que esas son tres columnas básicas

en la asistencia y el tratamiento de los pacientes. Porque no solamente debemos considerar la endoscopía como técnica diagnóstica, sino que también, en este momento, con base en las dilataciones bronquiales en pacientes con enfisema o con lesiones cicatriciales bronquiales, estos pueden mejorarse francamente con los balones intrabronquiales. O sea que también forma parte del armamento terapéutico de la neumología.

Por último, ¿qué esperás del futuro de todo esto?, ¿lo ves encaminado, en esta sinergia que desde hace muchos años se está tratando de lograr a través del Instituto del Tórax?

Creo que pasamos por un momento, como lo dije anteriormente, en que esto decayó un poco. Pero veo que ahora está en óptimas condiciones para seguir el mejor camino viable en la endoscopía y lograr los resultados óptimos, contando cómo lo hemos hecho, gracias al doctor Villar, con el apoyo incondicional en todo lo que es adquisición de técnicas nuevas. Y en la medida en que haya interesados en salir al exterior… No es que no se puedan formar acá, hay técnicos más que reconocidos, pero la visión que da trasladarse a otro ambiente, convivir con especialistas de otros países, es un poco diferente y creo que es muy importante.

Para terminar, quería, para finalizar esta semblanza a quien fue mi mentor, expresar que para mí es un enorme honor estar aquí y entrevistar a quien respeto y admiro, y soy producto de toda esa información que me dio. Y creo, al igual que el doctor Bruno, que es fundamental conocer nuestro pasado para poder entender nuestro futuro. Si bien la tecnología ha avanzado enormemente y tenemos un mundo totalmente diferente, el ir hacia atrás y ver a nuestros maestros, nuestros mentores realmente brinda un enriquecimiento que para nada es despreciable para poder actuar hoy en día y en el futuro. Por lo tanto, yo creo que es de un enorme valor que ustedes, y sobre todo Bruno en este libro, puedan dar esta información de lo que es la historia de la patología torácica, para que los jóvenes entiendan todo lo que vivió este país, que realmente fue pionero en este campo.

Doctor Arechavaleta: primero que nada, agradezco enormemente tu reconocimiento. Cuando el profesor Gerardo Bruno me ofreció escribir el texto incluido antes de esta entrevista, yo acepté porque considero que tuve el privilegio de ver la endoscopía prácticamente desde sus inicios hasta lo máximo a que se ha llegado hoy. Y, por lo tanto, creo que estamos en un camino muy bueno y que debería seguir profundizándose.

Muchísimas gracias, Luis, es un placer, como siempre.

Capítulo 13
La mediastinoscopía

En el siglo XXI la mediastinoscopía es un recurso diagnóstico corriente en la cirugía torácica. Pero es necesario conocer que fue introducida desde 1959 por un broncoscopista sueco, integrante del equipo de Clarence Crafoord en el Karolinska Institut de Estocolmo, Suecia.

En Uruguay, entre 1967 y 1970, cirujanos generales como Mario Camaño, Jorge C. Pradines, Juan Carlos Castiglioni y Luis Bergalli hicieron diversas publicaciones con sus primeras realizaciones clínicas, así como con los estudios anatómicos que le daban fundamento, todo lo cual se expone a continuación.[134]

Erik Carlens (1908-1990)

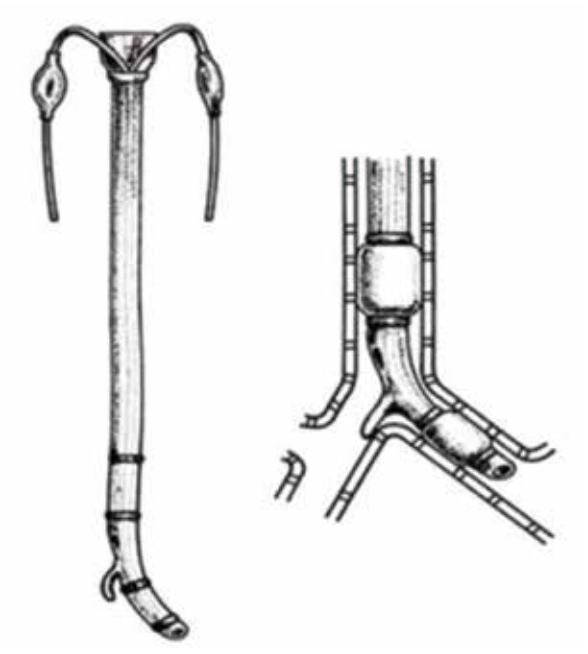
Erik Carlens (1908-1990) fue otro miembro del equipo Crafoord en el Hospital Sabbats Berg que hizo importantes contribuciones a la anestesia torácica temprana. Como broncoscopista, desarrolló, entre otras cosas, un tubo de doble luz para la ventilación separada de los pulmones. El tubo de Carlens es otro equipo que ha ganado reconocimiento y uso en todo el mundo.

Erik Carlens.

La nueva clínica de cirugía torácica en el Hospital Karolinska fue inaugurada en 1957 y toda la cirugía torácica del área metropolitana de Estocolmo se concentró allí. Gran parte de la clínica fue diseñada para el tratamiento quirúrgico de pacientes con tuberculosis broncopulmonar, evidencia de lo cual aún se puede ver hoy en las grandes terrazas para el tratamiento al aire libre de estos pacientes. Gracias al desarrollo de una terapia farmacológica tuberculostática eficaz, pronto se hizo evidente que la necesidad de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis había disminuido drásticamente, pero, por otro lado, la incidencia de cáncer de pulmón mostraba un marcado aumento, lo que requería una cirugía intensificada en pacientes con tumores pulmonares. Los métodos de diagnóstico nuevos y

134 Cortesía del doctor Mario Camaño, comunicación personal de diciembre de 2020.

más precisos hicieron posible seleccionar pacientes con tumores de pulmón operables con mayor precisión. Erik Carlens introdujo la mediastinoscopía, proporcionando acceso al mediastino y los ganglios linfáticos regionales de los pulmones, y así se pudieron tomar y analizar biopsias con este método simple, evitando toracotomías exploratorias innecesarias. El método también resultó útil como procedimiento de diagnóstico en otras enfermedades, por ejemplo, sarcoidosis. Björn Nordenström introdujo en el Departamento de Radiología Diagnóstica la biopsia con aguja directa de tumores pulmonares, con la ayuda de fluoroscopía biplano, y permitió un diagnóstico más fiable de tumores poco característicos a los que no se podía acceder mediante broncoscopía.[135]



Sonda de intubación selectiva de Carlens.

135 *Thoracic and cardiovascular surgery at the Karolinska Institut*, Suecia, 1979.

Mediastinoscopía

Por Mario C. Camaño[136]

Mario C. Camaño.

En las décadas del cincuenta y sesenta del siglo XX hubo un salto cualitativo en la cirugía torácica y con él los intentos de tratamientos quirúrgicos del cáncer de pulmón. Con excelentes técnicas quirúrgicas, los resultados fueron afectados por diagnósticos peroperatorios tardíos de irresecabilidad. Ello era frecuente por metástasis de las estaciones ganglionares centrales, peri-tráqueo-brónquicas y este fue el fundamento para que Carlens (1959) propusiera su procedimiento de exploración mediastinal.

La mediastinoscopía tuvo gran difusión en Europa y nosotros nos propusimos llevarla a cabo en nuestro país. Con estudios cadavéricos, consideramos que era posible hacer la inspección y biopsia mediastinal. Diseñamos e hicimos construir un mediastinoscopio con el que hicimos la primera mediastinoscopía en Uruguay, el 26 de abril de 1967, que se publicó en la *Revista de Cirugía del Uruguay* en 1968 (volumen 38, número 1-2, páginas 100-101).

En 1968 publicamos con Jorge Pradines en *La Hoja Tisiológica* la primera serie de observaciones. La investigación previa de fundamentos anatómicos de la mediastinoscopía la mostramos en el 21.er Congreso Uruguayo de Cirugía, el 9 de diciembre de 1970, y fue publicada en *Cirugía del Uruguay* en 1971 (volumen 41, número 3, páginas 310-313).

Cincuenta años después, la práctica de la mediastinoscopía es muy limitada, sobre todo por los enormes avances de la imagenología.

Hubo un hecho particular que respondió a la realidad de esa época. La mediastinoscopía, así como la cirugía torácica, también la hacíamos los cirujanos generales en nuestros servicios.

136 Mario Camaño, exjefe de Clínica y asistente de las clínicas quirúrgicas de Pedro Larghero y Walter Suiffet, ha enviado desde Entre Ríos, donde reside hace más de cuarenta años, esta contribución, relacionada con la técnica de mediastinoscopía que realizó junto a Jorge Pradines, Luis Bergalli y Juan Carlos Castiglioni en los años sesenta y setenta, y que mereció oportunas publicaciones en revistas médicas uruguayas.

Mediastinoscopía. Nota previa[137]

Por Mario C. Camaño,[138]
Juan Carlos Castiglioni[139]
y Jorge C. Pradines[140]

Prof. Dr. Jorge C. Pradines y Prof. Agdo. Dr. Juan Carlos Castiglioni.

Introducción

Carlens (1) en 1959 describió la mediastinoscopía como un método para la inspección y biopsia del mediastino superior. Fundamentó su técnica, dirigida al estudio de pacientes con carcinoma broncopulmonar, en el alto porcentaje de toracotomías exploratorias en situaciones presumiblemente favorables para la terapéutica quirúrgica. Las cifras varían en distintas estadísticas (1, 2), pero en general un 40% de los operados tiene lesiones irresecables. La toracotomía exploratoria realizada en esas condiciones patológicas tiene una mortalidad de 10% (1, 2, 3).

Posteriormente, las indicaciones se extendieron a afecciones de orden médico, broncopulmonares y mediastínicas (sarcoidosis, linfomas, etcétera).

Con la mediastinoscopía se demuestran metástasis mediastinales en un 30% (4), 32% (5) o 37% (6) de cánceres broncopulmonares presumiblemente operables, a veces contralaterales, que pasarían desapercibidas durante la exploración quirúrgica.

El procedimiento ha tenido difusión mundial, sobre todo en Europa. En Argentina, Loro Marchese lo ha usado y difundido ampliamente (7).

137 Trabajo de la Clínica Quirúrgica del profesor W. Suiffet, Hospital Pasteur, presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de abril de 1967 y publicado en *Cirugía del Uruguay*, 1968, 38(1-2): 100-101.

138 Asistente de Clínica Quirúrgica.

139 Adjunto de Clínica Quirúrgica.

140 Profesor adjunto de Clínica Quirúrgica.

Con base en la experiencia mundial, hemos creído conveniente realizar el método de Carlens para la exploración mediastínica, con el deseo de aportar elementos clínicos de valor en el estudio de los enfermos con afecciones pleuropulmonares y del mediastino.

Limitaciones

La mediastinoscopía permite explorar toda la región pretraqueal, paratraqueal derecha e izquierda, subcarinal, así como los bronquios fuentes. La palpación también puede reconocer elementos de vecindad. El mediastino posterior y la logia tímica están fuera del campo mediastinoscópico.

Ventajas

- Bien tolerada.
- Sin complicaciones.
- Exploración bilateral.
- Aporta material para estudio anatomopatológico.
- Precede a la toracotomía sin interferir con ella.
- Reúne las ventajas y elimina inconvenientes de las biopsias y exploraciones tipo Daniels (8), Harken (9), Radner (10) o Stemmer (11).

Instrumental y método

Debe ser realizada por un equipo quirúrgico, en sala de operaciones, con anestesia general y con intubación endotraqueal.

Hemos usado un mediastinoscopio de fabricación nacional hecho con base en modelos extranjeros (1).

Se hace una cervicotomía transversa supraesternal y se llega al espacio peritraqueal por debajo del istmo tiroideo. Con disección roma se llega hasta la parte distal de la tráquea. Por el túnel se introduce el mediastinoscopio y, previa punción, se hace la toma biópsica.

Se cierra sin drenaje.

Complicaciones

Las molestias posoperatorias son mínimas.

En la literatura consultada sorprende el escaso número de complicaciones. Hay casos aislados de hemorragia, venosa o arterial, neumotórax, herida de esófago, paresias o parálisis recurrenciales.

Observaciones

Corresponden a los dos primeros pacientes en los que hemos aplicado el procedimiento.

OBSERVACIÓN n.º 1.- I. R., 62 años. Historia Clínica 24.781. Supuración crónica de pulmón de siete meses de evolución. Radiología: Cavidad de paredes gruesas, con brotes en el interior. Broncoscopía: no aportó datos positivos.

Mediastinoscopía (7 de abril de 1967): Exploración negativa, no hay ganglios. Biopsia del tejido subcarinal que no mostró anormalidades.

Operación (13 de abril de 1967): Se hizo una bilobectomía superior derecha por carcinoma de lóbulo superior adherido al lóbulo medio. No se encontraron adenopatías y no hubo dificultades imputables a la mediastinoscopía realizada.

OBSERVACIÓN n.º 2.- E.C., 70 años. Sala 7, Hospital Pasteur. Historia de tres meses de evolución con tos, disfonía y toque del estado general. Disminución de respiración en el hemitórax izquierdo. Broncoscopía: masa sangrante en bronquio fuente izquierdo no pudiéndose realizar biopsia.

Mediastinoscopía: Se encuentran ganglios paratraqueales y se hace biopsia a derecha.

Resumen

Se destaca el valor de la mediastinoscopía. Se presentan las dos primeras observaciones realizadas por los autores en nuestro país.

Bibliografía

1. CARLENS, E. Mediastinoscopy: A method for inspection and tissue biopsy in the superior mediastinum. *Dis. Chest.,* 36: 343, 1959.
2. BOEREMA, I. Discusión en (4).
3. CARLENS, E. La mediastinoscopie dands le carcinoma bronchogenique. *Les Bronches,* 15: 486, 1965.
4. PEARSON, F. G. Mediastinoscopy: A method of biopsy in the superior mediastinum. *J. Thorac. & Cardiovasc. Surg.,* 49: 11, 1965.
5. MAASSEN, W. *Les Bronches,* 15: 480, 1965.
6. REYNDERS, E. Mediastinoscopy. *J. Internat. Coll. Surgeons,* 39: 597, 1963.
7. LORO MARCHESE, J. Comunicación personal.
8. DANIELS, A.C. A method of biopsy useful in diagnosing certain intrathoracic diseases. *Dis. Chest.,* 16: 360, 1949.

9. RADNER, S. Supraesternal node biopsy in lynphspreading intrathoracic diseases. *Acta Med. Scand.,* 152: 413, 1955.
10. MARKEN, D. E., BLACK, H., CLAUSS, R. y FERRAND, R. E. A simple cervicomediastinal exploration for tissue diagnosis of intrathoracic diseases. *New England J. Med.,* 251: 1041, 1954.
11. STEMMER, E. A., CALVIN, J. W., CHANDOR, S. B. y CONNOLLY, J. E. Mediastinal biopsy for indeterminate pulmonary and mediastinal lesions. *J. Thoracic. & Cardiovas. Surg.,* 49: 405, 1965.

***

En 1970, Mario C. Camaño y Luis A. Bergalli publicaron los fundamentos anatómicos de la mediastinoscopía.[141]

141 Trabajo presentado en la Mesa Redonda de Temas Libres del 21.er Congreso Uruguayo de Cirugía, 9 de diciembre de 1970.

Capítulo 14
El origen de la cirugía cardíaca: una historia poco conocida

Hay un hecho poco sabido y es que la cirugía cardíaca y cardiovascular nació como un desprendimiento de la cirugía torácica, aunque en varios países, como Estados Unidos y algunos de Europa, se mantienen juntas, conformando el área cardiotorácica.

En Uruguay, la cirugía torácica atravesó períodos de transformación: 1) desde la incursión de los cirujanos generales en la cirugía de urgencia y trauma, pasando por la cirugía de la tuberculosis en hospitales como el Fermín Ferreira y el Saint Bois, a la cirugía cardiovascular, que en su momento muchos cirujanos practicaron, hasta irse perfilando como especialidades independientes; 2) la dedicación exclusiva a la cirugía torácica. En el Hospital Saint Bois se hacía cirugía cardíaca y fue también Armand-Ugón un pionero en ella, junto a su discípulo Aníbal Sanjinés.

Fueron cirujanos torácicos quienes iniciaron el largo camino para dar lugar a los tratamientos quirúrgicos de las malformaciones congénitas y los defectos adquiridos. Esto ocurrió en la primera mitad del siglo XX. Pero ya a fines del XIX los cirujanos se habían atrevido a tratar las heridas cardíacas, como inicio también de la cirugía del trauma y las emergencias quirúrgicas. Contrariaban así algunas predicciones funestas que habían pronunciado algunos académicos.

Desde la antigüedad, las heridas del corazón se consideraron fatales y fuera del alcance de la cirugía. Con el advenimiento de la anestesia (el éter fue introducido por William Morton en 1846) y de la cirugía antiséptica (la primera publicación de Joseph Lister fue en 1867), hubo una explosión en la cirugía de la cavidad abdominal, el tórax, el cráneo y las extremidades. No obstante lo cual el corazón fue considerado por los líderes como el área del cuerpo "prohibida". Theodor Billroth, profesor de cirugía en Viena y pionero de la cirugía moderna (realizó la primera gastrectomía parcial exitosa para el carcinoma de estómago en 1881), escribió "el cirujano que intentara suturar una herida del corazón debería perder el respeto de sus compañeros". En Londres, Stephen Paget, en 1896, escribió:

> Ningún método nuevo y ningún descubrimiento nuevo pueden superar las dificultades naturales que acompañan a una herida del corazón. Es cierto que la sutura se ha propuesto vagamente como un procedimiento posible

> y se ha realizado en animales, pero no puedo encontrar que alguna vez se haya intentado en la práctica.[142]

Pese a estas ominosas advertencias, las heridas cardíacas comenzaron a tratarse.

En 1893, el doctor Ludwig Rehn, un cirujano de Frankfurt, fue el primero en suturar con éxito una herida en el corazón en un paciente de 22 años que había sido apuñalado.[143] En 1908, Frederic Trendelenburg fue el primero en realizar una embolectomía pulmonar, mediante apertura directa y succión en la arteria pulmonar, lo que se conocería como operación de Trendelenburg. En los años treinta y cuarenta, comenzó el tratamiento de las cardiopatías congénitas, fundamentalmente el cierre de ductus y la coartación de aorta. El desarrollo posterior de la circulación extracorpórea y las medidas de protección cardíaca, el descubrimiento de la heparina y el avance en las técnicas quirúrgicas han permitido llegar a la cirugía cardíaca moderna.

En Uruguay, Manuel Benito Nieto operó un paciente con herida de corazón y pericardio cerca de 1904, lo que constituye una innovación latinoamericana. Iniciaba así la cirugía de urgencia, publicando en 1907 en Uruguay[144] y en 1908 en Francia[145] los primeros casos de intervenciones de heridas toracoabdominales y los abordajes que comprendían tórax, abdomen y diafragma.[146] Él, como cirujano y director del Hospital Maciel, dio comienzo en febrero de 1912 al primer equipo de cirujanos de urgencia, que integró con Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat.

Fueron cirujanos formados en el Hospital Maciel quienes iniciaron la cirugía cardíaca y cardiovascular años más tarde. Nos referimos a Víctor Armand-Ugón, formado en la clínica de Horacio García Lagos y Pedro Larghero Ybarz, que lo hizo en la clínica de Alfredo Navarro. Ellos comenzaron operando ductus arteriosos.

En la Policlínica Cardiológica del Hospital Pereira Rossell, a raíz del estudio de 172 cardiopatías congénitas, se diagnosticaron 35 conductos arteriosos persistentes, de los cuales se operaron 22. Uno fue operado por Larghero y 21 por Armand-Ugón sin mortalidad operatoria. Esta casuística fue presentada en el Congreso Uruguayo de Cirugía en 1954.

---

142 Ellis, H. Suture of a stab wound of the heart. *Journ. Perioper. Pract.*, 2015, 25(7-8): 144.

143 Rehn, L. On penetrating cardiac injuries and cardiac suturing. *Arch. Klin. Chir.*, 1907, 83: 723.

144 Nieto, M. B. De la intervención en las heridas toracoabdominales. *Rev Med. Uruguay*, 1907, 10: 329.

145 Nieto, M. B. De l'intervention dans les plaies thoraco-abdominales par les voies abdominale trans-pleuro-diaphragmatiques. *Rev. Gynec. Chirug. Abdom.*, 1908, 12: 453-468.

146 Mañé Garzón, F. *El cuarteto de urgencia*. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2002, pp. 19-20.

La primera estrechez mitral fue operada por Armand-Ugón en el Sanatorio Español, según datos que le proporcionara Mario Brandolino a Jorge Nin Vivó.[147]

En el Hospital Saint Bois, Aníbal Sanjinés, cirujano de tórax formado junto a Armand-Ugón, realizó estudios en cirugía cardíaca en los Estados Unidos. A su retorno operaría las primeras comisurotomías mitrales como forma de resolver las estenosis de la válvula mitral subsecuentes a la fiebre reumática. Roberto Rubio, que había formado parte de la clínica de Larghero, luego de una pasantía en Estocolmo y Londres, abriría un nuevo frente para la cirugía cardíaca, integrando con Sanjinés y Juan Carlos Abó, quien también se formó como cirujano general primero y luego se especializó con Michel DeBakey, el primer equipo de cirugía cardiovascular que operó coartaciones de aorta y cardiopatías congénitas. Todo esto se vio incrementado luego de las visitas registradas a Uruguay por Clarence Crafoord y su equipo, que realizaron varias demostraciones en el Hospital Saint Bois. Esto no habría podido hacerse si antes los pacientes no hubiesen sido adecuadamente estudiados por cardiólogos como Jorge Dighiero y Orestes Fiandra, sobre todo cuando se contó con una máquina para circulación extracorpórea.

> En diciembre de 1953 Clarence Crafoord visita el Uruguay acompañado por integrantes de su equipo, del Hospital Karolinska y del Hospital Sabasbergs: Sennig, que será su sucesor, el cardiólogo Ben Johnson, el radiólogo, nuestro compatriota, Alberto Barcia, el anestesista Friberg, nurses e instrumentista.
>
> Realiza un curso sobre afecciones cardiovasculares. La parte médica de la actividad se desarrolla en el Hospital de Clínicas. La parte quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Saint Bois.
>
> Se estudiaron 80 pacientes con afecciones cardiovasculares, realizándose además 9 cateterismos cardíacos.
>
> Se intervinieron en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois 11 pacientes: 3 coartaciones de aorta, 2 operaciones de Taussig-Blalock por enfermedad de Fallot, 1 canal arterial, 1 hidatidosis cardíaca localizada en la aurícula derecha además de una hidatidosis hepática, 1 comunicación inter auricular, 1 valvulotomía por estenosis pura de la pulmonar según la técnica de Brook, 1 válvuloplastia por estenosis mitral y 1 resección pulmonar por absceso.
>
> Se dictaron durante el curso las siguientes conferencias: en la Facultad de Medicina, "Adelantos en Cirugía Torácica", a cargo de Crafoord; en la Agrupación Universitaria, "Coartación de la aorta", también a cargo de Crafoord, "Reanimación", por Senning, y "Anestesia en cirugía torácica", por Friberg.
>
> En julio de 1953 se recibe la visita de Philip Allison, profesor de Cirugía Torácica en Leeds. Durante una semana, 23 al 30 de julio, concurre al Servicio de Cirugía participando del estudio clínico de los pacientes, sesiones de ateneo,

147 Nin Vivó, J. Comunicación personal, 10 de diciembre de 2019.

> discusión de casos clínicos. Realiza varias intervenciones, dictando conferencias con los siguientes temas: "Cirugía de la estrechez mitral" y "Estado actual de la cirugía torácica en Inglaterra".[148]

Hamlet Suárez Gallego informó que

> El equipo del Saint Bois recibió un espaldarazo, porque vino Clarence Crafoord, el gran cirujano sueco, que era el súper capo, y quedó enloquecido con el Saint Bois. Estuvo operando allí. El concepto de cuidado intensivo eran dos camas y dos camas, con una nurse permanente en el medio, cuidando todos los tubos aquellos de drenaje de tórax; manejaba todo, consultando a los médicos por teléfono. No existía ni el concepto de centro de cuidado intensivo. Crafoord quedó maravillado. Vino al Cono Sur a operar y se encontró con eso.[149]

En el año 1953, el profesor inglés Philip Allison dictó en el Instituto del Tórax un cursillo intensivo sobre cirugía torácica (cardiovascular especialmente). La actuación de Allison y sus colaboradores comprendió intervenciones quirúrgicas y sesiones de ateneo.

En 1954, Sanjinés hizo una presentación en la Sociedad de Cirugía del Uruguay sobre cirugía de la estrechez mitral. Al final, intervino Armand-Ugón y en esa intervención se percibió claramente su conocimiento del tema. Por ello, la transcribimos en forma textual:

> Dejando de lado las interesantes consideraciones fisiopatológicas que hizo el Dr. Sanjinés, que le permite clasificar mitrales, me voy a detener en tres puntos, sobre los cuales puso el acento de las patomorfológicas que más interesan al cirujano y son: la trombosis auricular, la calcificación de las valvas y la estenosis subvalvular.
>
> Desgraciadamente creo que no tenemos para la trombosis auricular y para la estenosis subvalvular, ningún criterio que nos permita hacer el diagnóstico preoperatorio, no así de las calcificaciones que se visualizan a veces a los rayos X.
>
> Cuando hay una trombosis auricular, no hay ningún procedimiento que nos ponga a cubierto del accidente que puede significar la movilización de un émbolo.
>
> Hemos visto al Prof. Allison cuando operó en la Colonia Saint Bois dejar salir un chorro de sangre al cortar la orejuela y salir así un grueso trombo. Él dijo que lo había hecho, pero que esta maniobra no le daba ninguna seguridad de eliminar el peligro del émbolo, émbolo que no se puede evitar con la técnica de hacer ligadura provisional de las arterias que van al cerebro, ni la compresión digital del cuello, porque si nos pone a cubierto del émbolo cerebral, no impide el renal, mesentérico, etc., que son tanto más graves que el cerebral y que desgraciadamente no tienen una visualización objetiva tan evidente.

148 Di Bello, R.; González Puig, R.; Fogel de Korc, E.; Tejedor, A. y Feldman, S. Calcificación de la aurícula izquierda. *El Tórax*, 1964, XIII(1), pp. 53-56.

149 Entrevista a Hamlet Suárez Gallego, realizada por el autor el 22 de agosto de 2022.

> Digo esto porque no tenemos ningún criterio para ponernos a cubierto de la embolia y por eso hizo muy bien el Dr. Sanjinés de hablar de la trombosis en los distintos casos por ellos analizados.
>
> La calcificación, también confieso que cuando he notado una válvula mitral calcificada no es sin mucho temor que yo insisto en agrandar el agujero, porque nadie sabe dónde va a parar ese pequeño calcio que se encuentra en la punta del dedo y que se puede movilizar.
>
> En cuanto a la estenosis subvalvular, salvo por dos casos que he visto, creo que es condición tan grave que debe hacer meditar antes de hacer desgarrar el collar valvular esclerosado. Porque si bien vamos a combatir la estrechez mitral, podemos crear una nueva enfermedad tan importante como la estrechez mitral, cual es la insuficiencia mitral, por el desgarro que se hace.
>
> Estas consideraciones justifican la operación precoz y quiero felicitar al Dr. Sanjinés por la brillante estadística que nos ha presentado, pues tiene una mortalidad global del 8%, que es de las más bajas que conozco de las estadísticas mundiales, lo que hace honor a su talento de cirujano.[150]

En marzo de 1964, Raúl Di Bello, Raúl González Puig, Eva Fogel de Korc, Ary Tejedor Gatti y Sima Feldman, publicaron en *El Tórax* "Calcificación de la aurícula izquierda", a propósito de un paciente de 52 años que en el año 1953 había sido operado por Armand-Ugón por una estenosis mitral, habiendo tenido hasta ese momento una buena evolución.[151]

Mientras que Sanjinés continuó trabajando en cirugía torácica, tanto en el Hospital Saint Bois como en el ámbito privado, los demás cirujanos se ocuparon exclusivamente del tórax y aquellos trabajos iniciales no fueron continuados en el ámbito de la cirugía cardíaca.

Un camino similar, pero inverso, recorrieron diversos cirujanos torácicos en el mundo. El propio Crafoord se había iniciado como cirujano torácico y se consagró en la cirugía cardíaca, luego de ser el primero en el mundo en operar una coartación de aorta. Sir Clement Price Thomas, en Inglaterra, siguió esa misma dirección. En Brasil, Euclides do Jesus Zerbini y su continuador Adib Jatene, iniciados como cirujanos de tórax, se consagraron en la cirugía cardiovascular. Todos ellos tuvieron contactos frecuentes con los cirujanos torácicos uruguayos.

Estos cirujanos se iniciaron en la cirugía cardíaca con las estenosis mitrales y las comisurotomías, las coartaciones de aorta y los ductos arteriosos, para encarar luego las cardiopatías congénitas tratadas con la asistencia de la bomba corazón-pulmón y un equipo de hemodinamia. Debe señalarse que

---

150 Sanjinés, A.; Dighiero, J.; Hazán, J.; Canabal, E. J.; Horjales, J. y Aguirre, C.Tratamiento quirúrgico de la estrechez mitral. Nuestra experiencia. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 1955, XXVI(4-5): 524-566.

151 Di Bello, R.; González Puig, R.; Fogel de Korc, E.; Tejedor, A. y Feldman, S. Calcificación de la aurícula izquierda. *El Tórax*, 1964, XIII(1): pp. 53-56.

Uruguay se inició más tempranamente en el uso de la bomba corazón-pulmón que la vecina República Argentina, luego de la segunda visita de Crafoord.

También en el Hospital Italiano, encabezado por José Luis Roglia, actuando con Jorge Dubra Tafernaberry, realizarían esa clase de cirugía con perfusión externa similar. Posteriormente, se instaló en Uruguay Alberto Barcia Capurro, que había trabajado en Suecia con Crafoord, y por unos años fue el principal imagenólogo para el estudio de las cardiopatías congénitas y la circulación coronaria.

Estos primeros cardiocirujanos fueron asistidos luego por otros cirujanos más jóvenes: Ricardo Caritat Theoduloz, Víctor Zerbino, Pablo Matteucci Rinaldi, entre otros. La asistencia en hemodinamia fue dada con el apoyo de Orestes Fiandra y Norberto Tavella. Zerbino se radicó luego en Nueva York, donde fue jefe de residentes en cirugía cardíaca, y cuando retornó a Uruguay en 1979 fue el primer director del Fondo Nacional de Recursos, cuyo funcionamiento comenzó en 1980. Caritat y Matteucci se dedicaron a la cirugía y la terapia intensiva el primero, y a la cirugía general el segundo.

Otro período relevante es el de la cirugía cardíaca con corazón abierto y el de la circulación extracorpórea. Durante él se perfeccionaron notablemente las operaciones indicadas en el segundo y se asiste al comienzo y rápido desarrollo de los trasplantes de corazón y pulmones.

Debemos reafirmar que aunque la primera corrección de un canal arterial fue realizada en 1945 por Pedro Larghero Ybarz (1901-1963), un gran cirujano de urgencia y eminente profesor de Clínica Quirúrgica, formado junto a Alfredo Navarro Benítez (1868-1951), la mayor casuística nacional la tuvo en su tiempo Víctor Armand-Ugón (1900-1972), que, luego de una excelente formación con Horacio García Lagos (1873-1956), inició la cirugía cardíaca para su época y fue quien abrió el surco de la cirugía torácica, dedicándose exclusivamente a ella y siendo el pionero en su desarrollo en el servicio del Hospital Saint Bois, que condujo hasta su muerte.

Aníbal Sanjinés Bros (1917-2011), discípulo de Armand-Ugón, fue quien continuó esta obra, dedicándose más a lo cardíaco y formándose en el exterior, sin abandonar la cirugía torácica. Fue primero cirujano general, formado junto a Juan Carlos del Campo (1896-1978); luego se formó en cirugía cardíaca junto a Charles Bailey (1911-1993), en Filadelfia, y desarrolló esa actividad en un equipo que integró junto a Roberto Rubio Rubio (1918-2011), Juan Carlos Abó Costa (1921-2013) y Orestes Fiandra Cuculic (1921-2011). En ese tiempo realizaron gran número de intervenciones para la corrección de las cardiopatías congénitas más graves, incluyendo trilogía y tetralogía de Fallot, comunicación interauricular e interventricular, coartaciones de aorta y estenosis de la arteria pulmonar. Fue también cirujano de tórax, junto a Víctor Armand-Ugón, sucediéndole en la dirección del Instituto del Tórax.

José Luis Roglia (1903-1961), por su parte, inició la cirugía cardiovascular en el Hospital Italiano, luego de haber realizado una prolongada estadía en

Europa con sir Clement Price Thomas (1893-1973) en Inglaterra y con Clarence Crafoord (1899-1984) en Estocolmo. En 1952 fue el primero en operar con éxito una coartación de aorta, y con el equipo que conformó junto a Anuar Urtubey, Saúl Caviglia Staricco, Raúl Di Bello y Jorge Dubra Tafernaberry realizaría, hasta su muerte en 1961, más de cuarenta intervenciones de corazón a cielo abierto.

Capítulo 15
Los hospitales Fermín Ferreira, Saint Bois y Maciel

Víctor Armand-Ugón y el Hospital Fermín Ferreira

El Hospital Fermín Ferreira debe considerarse la cuna de la cirugía de tórax, a través de la cirugía de la tuberculosis.

En lo que hoy constituye un lugar elegante, donde en 1985 se inauguró el Montevideo Shopping Center, existió desde 1891 la Casa de Aislamiento, que, a partir de 1911, pasó a denominarse Hospital Fermín Ferreira, homenajeando de este modo a un médico ilustre. Ese centro asistencial se consagró desde el inicio para la atención de los pacientes tuberculosos, y más adelante también de los pacientes leprosos. Estaba construido en un amplio predio limitado por las actuales avenidas Dr. Luis Alberto de Herrera, General Fructuoso Rivera y 26 de Marzo. Al fondo corría el arroyo de los Chanchos, que desembocaba en el Puerto del Buceo, cerca de la Aduana de Oribe.[152]

Hospital Fermín Ferreira.

Era el lugar a donde enviaban desde el Hospital de Caridad, desde 1911 denominado Hospital Maciel, a los pacientes tuberculosos, no bien se hacía el diagnóstico, para limitar la posibilidad de contagio a los demás pacientes y al propio personal sanitario. La construcción estaba realizada con base en

152 Turnes, A. L. *La cirugía del tórax en Uruguay*. Montevideo: Granada, 2020, pp. 83-94.

numerosos pabellones aislados, levantados con paredes de madera y techos de zinc, en medio de un amplio parque arbolado con enormes eucaliptos, vinculados por senderos que al comienzo fueron de tierra y luego bituminizados. Llegó a tener una dotación de mil doscientas camas, todas ellas ocupadas por pacientes de pobre condición socioeconómica, principalmente del interior y de la periferia montevideana.[153]

Con el paso de las décadas y el avance de los tratamientos eficaces para combatir la tuberculosis y la lepra, el Hospital Fermín Ferreira fue reduciendo notablemente su población de pacientes. Entre 1966 y 1968 se inició el traslado de los pacientes remanentes al Hospital Saint Bois, que también había visto mermada su ocupación. Se concentraron allí los pacientes, los médicos y todo el personal sanitario.

El gobierno del presidente Jorge Pacheco Areco promovió la Ley n.º 13.728, del Plan Nacional de Viviendas, promulgada el 17 de diciembre de 1968. En ese marco, se convocó y proyectó el Plan Piloto 70, que incluía el fraccionamiento y urbanización del predio que fuera del hospital, con servicios de pavimento, iluminación, alcantarillado, etcétera, con el propósito de realizar una extensa construcción de viviendas, lo que estuvo quince años detenido, más allá de la infraestructura ejecutada. No se levantó un solo ladrillo. Al finalizar la dictadura, se negoció el predio y luego se levantó allí rápidamente el primer *shopping center* de Montevideo, inaugurado a comienzos de 1985. Con los años se ha diversificado este valioso territorio ciudadano, con las torres de oficinas conocidas como World Trade Center. Pocos habitantes conocen estos antecedentes, que forman parte de la historia de la salud pública uruguaya, del progreso urbanístico y de uno de los más altos valores inmobiliarios de la capital uruguaya.

Debajo de los cimientos de estas modernas construcciones, imagen de la modernidad, los negocios y el consumo, yacen los recuerdos (y los bacilos) de miles de tuberculosos y leprosos que poblaron por ocho décadas esta extensa superficie urbana, desde 1891 hasta 1968.

En el Hospital Fermín Ferreira tuvo su sede la Cátedra de Tisiología, cuyo primer titular fue el profesor doctor Juan B. Morelli (1868-1947), con quien trabajó y colaboró por muchos años Pablo Purriel (1905-1975).

153 *Ibid.*

El Hospital Saint Bois

Por Jorge Nin Vivó

Hospital Saint Bois.

En la década del treinta, la capacidad del Hospital Fermín Ferreira estaba totalmente desbordada y se decidió construir un nuevo hospital que pudiese albergar la demanda no satisfecha de camas para pacientes con tuberculosis pulmonar. En 1930 los doctores Víctor Armand-Ugón y Valeriano Macri presentaron una nota al cuerpo técnico del Servicio de Asistencia y Prevención Antituberculosa (SAYPA) y este la elevó al presidente del Senado, doctor Juan B. Morelli, el 9 de julio. En ella se señalaba la urgente e imperiosa necesidad de ampliación de los servicios hospitalarios dedicados a la curación de la tuberculosis.

En agosto de 1935 fue inaugurado en la Colonia Saint Bois por el ministro de Salud Pública Eduardo Blanco Acevedo el primer pabellón para niños bacilares, con base en el traslado de los pabellones Docker de la antigua Colonia de Vacaciones que se encontraba ubicada en Villa Biarritz, a los cuales se agregó una edificación de material para tisanería y comedor.

El sector hombres quedó a cargo del profesor García Otero, con quien colaboraban Alfonso Crisci, José María García Pardo, Enrique Badaraco y Osiris Cesconi; los pacientes provenían del Sanatorio Montevideo. El sector mujeres estaba a cargo del doctor Alfredo Nario, con quien colaboraba Raúl Diez; las primeras pacientes provenían de una quinta de la calle Burgues arrendada por Salud Pública.

El 5 de octubre de 1937 fue inaugurado el Servicio de Cirugía por Armand-Ugón. Su primera intervención fue un Jacobeus. El 15 de noviembre de ese año Armand-Ugón realizó la primera toracoplastia, ayudado por el doctor Rogelio Risso y el practicante Prevettoni.

El Hospital Saint Bois, una obra sin precedentes en nuestro país en materia de lucha antituberculosa, fue de las más importantes en América del Sur en aquel momento y está indisolublemente unida a la figura de Armand-Ugón.

Víctor Armand-Ugón trabajó en el Hospital Saint Bois por más de 35 años. No solo inauguró su *block* operatorio allá por el año 1937, sino que creó el Servicio de Cirugía, que en 1948 pasó por ley a ser el Departamento de Cirugía Torácica del Ministerio de Salud Pública en el Hospital Saint Bois.

Conocido por unos como la Colonia Saint Bois y por otros como Hospital Saint Bois, tuvo que hacerse cargo de la atención de otras patologías por carencias que tenía el país en camas para tuberculosos.

El Pabellón Martirené del Hospital Saint Bois fue inaugurado el 22 de noviembre de 1942. Se trataba de una estructura escalonada en seis plantas, de las cuales cinco tenían amplias terrazas para cura, orientadas al noreste y perfectamente protegidas del sol por aleros de hormigón armado en forma tal que todos los enfermos del pabellón podían tener sus sillones y reposeras al aire libre y a la sombra, sin corrientes de aire.

Los pisos estaban organizados con dormitorios de ocho camas como máximo, otros de seis, tres y una cama respectivamente, evitando los dormitorios bipersonales. En el quinto piso estaban el *block* quirúrgico, el Servicio de Recuperación posoperatoria, la sala para radiografías y comodidades para el personal técnico. El cuarto piso estaba destinado a cirugía tuberculosa y a maternidad, que disponía de sala de partos y de operaciones aisladas de los dormitorios. El tercer piso era para cirugía no tuberculosa. El primer y segundo pisos estaban ocupados por los Servicios de Medicina. La planta baja tenía, con entrada independiente, todas las secciones de consultorios externos, dispensarios, laboratorios, radiología y broncoesofagoscopia. En el subsuelo estaban el laboratorio de anatomía patológica, la sala de autopsia y la morgue.[154]

En noviembre de 1947, los legisladores Manuel Rodríguez Correa, César Piffaretti y Oscar Bonilla García presentaron en la Cámara de Representantes un proyecto de ley solicitando la creación del Departamento de Cirugía Torácica del MSP en la Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois. En la exposición de motivos que acompañaba el proyecto de ley, señalaban los mencionados legisladores:

> Los progresos de la Cirugía Torácica han sido extraordinariamente importantes en estos últimos diez años [...] los servicios de cirugía del Fermín Ferreira y del Saint Bois, realizan desde hace tiempo el tratamiento quirúrgico de diversas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar. Esta es una cirugía especializada, que como tal requiere para su realización un equipo de cirujanos especializados que deben actuar en un medio quirúrgico especialmente adaptado para esta clase de intervenciones [...]. La evolución de la cirugía torácica en el mundo es acompañada con el mismo ritmo en nuestro país,

154 Turnes, *op. cit.*, pp. 95-119.

> en nuestro medio quirúrgico, y especialmente en el Servicio de Cirugía del Saint Bois. En este Servicio de Cirugía creado para el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, se han practicado no menos de un centenar de intervenciones quirúrgicas intratorácicas, con todas las dificultades técnicas de un servicio no adaptado para ello. Esta cirugía requiere para su éxito, un metodizado y bien disciplinado equipo quirúrgico. Al lado de este equipo quirúrgico, deben trabajar en estrecha armonía, *nurses* especializadas y personal especializado.

Este proyecto de ley de creación del Departamento de Cirugía Torácica fue aprobado con algunas variantes por ambas ramas del Poder Legislativo, pasando para su promulgación al Poder Ejecutivo, el cual, con la firma del presidente Luis Batlle Berres y sus ministros Claveaux y Arroyo Torres, lo convirtió en la Ley n.º 11.071 del 18 de junio de 1948.

Armand-Ugón planificó, organizó y dirigió este departamento con esa visión propia reconocida nacional e internacionalmente, llevándolo a ser referencia en América. Lo dotó del equipamiento e instrumental necesario para realizar absolutamente todas las técnicas mayores en cirugía torácica y consiguió los recursos humanos para prestar una asistencia del más alto nivel. En ese departamento realmente modelo se formaron los cirujanos torácicos uruguayos y vinieron a formarse cirujanos de países vecinos.

Revisando la publicación *Anales de la Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois*, del año 1951, tuvimos acceso a la integración de su cuerpo técnico.

> Pabellón Martirené
>
> Servicio de Medicina: Pablo Purriel, Olga Muras, Dante Tomalino, Célica Perdomo de Fernández, Dora Carlotta, Juan Dubourdieu, Eduardo Casamayou, Célica Piovano, Perla Temesio, José Piñeyro, Santiago Vaccaro.
>
> Servicio de Cirugía: Víctor Armand-Ugón, Alejandro Victorica, Hamlet Suárez, Ramón Sierra, Dionisio Pérez, Alfredo Ruiz Liard, José Rádice, Valentín Crosa Dorado, José Suárez Meléndez, Osiris Cesconi, Juan Carlos Lorenzo, y los anestesistas Juan Carlos Scasso, Walter Fernández Oria, Antonio Cañellas, Antonio Trilla y Julio Castiglioni.

El programa de la sesión operatoria realizada para los concurrentes al 2.º Congreso Uruguayo de Cirugía, llevado adelante en el Hospital Saint Bois, nos confirma su prestigio y nos recuerda las patologías dominantes en la época:

> Centro de Cirugía Torácica - Prof. Víctor Armand-Ugón -Hora 8
>
> 1. Toracotomía por quiste hidático de pulmón.
>
> 2. Neumectomía por cáncer de pulmón.
>
> 3. Apicolisis extrafascial.
>
> 4. Apicolisis extrafascial.
>
> 5. 2º tiempo de toracoplastia.

En 1951, el Hospital Saint Bois recibió la visita del profesor Jorge Lehmann, descubridor del ácido paramino salicílico (PAS) y de su aplicación en el tratamiento de la tuberculosis. Lehmann participó del Ateneo Médico del tercer piso, dirigido por el profesor Purriel.

En 1952, los directores de los departamentos de Cirugía, Armand-Ugón, y de Medicina, Pablo Purriel, se pusieron de acuerdo para integrar los dos departamentos y, con la firma del ministro de Salud Pública Federico García Capurro, se creó el Instituto de Enfermedades del Tórax, con Víctor Armand-Ugón como director y Pablo Purriel como subdirector. Transcribiremos fielmente los considerandos y la resolución ministerial, por considerarla de tremenda importancia en el desarrollo futuro del instituto y en el prestigio que adquirió tanto dentro como fuera de fronteras.

> CONSIDERANDO:
>
> Que los adelantos alcanzados en materia de diagnóstico y terapéutica de las enfermedades del tórax, exigen en la mayoría de los casos, una íntima relación y actividad conjunta entre la medicina, cirugía y ramas auxiliares de la actividad médica.
>
> Que de hecho esta situación se ha producido entre los servicios de Cirugía y Medicina del Pabellón Martirené, dirigidos actualmente por los profesores Víctor Armand-Ugón y Pablo Purriel, quienes han percibido la necesidad de complementarse constantemente, a los fines de poder atender los requerimientos impuestos por el tratamiento especializado de las enfermedades del tórax que debe prestar Salud Pública.
>
> Que para favorecer el adelanto de esta especialidad médico quirúrgica, es conveniente que esta interrelación y colaboración de hecho, se oficialice mediante una resolución ministerial.
>
> Que ella repercutirá beneficiosamente sobre la calidad de la asistencia que presta Salud Pública en materias tan complejas y especializadas como son las afecciones del tórax, y reunirá en una organización única, todo lo necesario para perfeccionar y especializar las capacidades técnicas de los auxiliares que colaboran en esta materia.
>
> Que los Sres. Jefes de los Servicios de Cirugía y Medicina del Pabellón Martirené, así como la Dirección de la Colonia Saint Bois, desean y así lo han manifestado, que se dicte resolución en ese sentido.
>
> Por tales fundamentos:
>
> EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA RESUELVE
>
> 1º Los Servicios de Cirugía y Medicina que funcionan en el Pabellón Martirené de la Colonia Sanatorial "Gustavo Saint Bois", dirigidos por los profesores Dr. Víctor Armand-Ugón y Pablo Purriel, a partir del presente decreto, actuarán conjuntamente como única unidad sanitaria, dedicada al tratamiento médico quirúrgico de las enfermedades del tórax, denominándose INSTITUTO DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

> 2° La Dirección y Sub Dirección del mismo serán ejercidas por los profesores Dres. Víctor Armand-Ugón y Pablo Purriel.
>
> Montevideo 11 de octubre de 1952

El Hospital Saint Bois, gracias a la tarea de Armand-Ugón y su equipo, pasó a ser conocido internacionalmente como referencia en Latinoamérica en cirugía de tórax. Se recibían pacientes de Montevideo, del interior, algunos particulares y de mutualistas, del exterior, principalmente del sur de Brasil y del litoral argentino. Fueron recibidos también becarios de países vecinos, que venían a completar su formación en cirugía torácica atraídos por el prestigio de Armand-Ugón y su servicio.

El profesor de Clínica Quirúrgica doctor Delfor del Valle, del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires, luego de una visita al Hospital Saint Bois de Montevideo, expresó el 16 de junio de 1947 en una carta dirigida al delegado interventor en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires:

> El Dr. Armand-Ugón por sus conceptos clínicos y fisiopatológicos, por su técnica depurada y por su experiencia basada en una estadística excepcional, es un cirujano de tórax que hace honor a la ciencia médica del Río de la Plata. Considero de suma utilidad para nuestra cultura universitaria la concurrencia del Dr. Armand-Ugón a nuestras aulas para dictar conferencias y realizar operaciones [...]

Como ya mencionamos en la introducción de este capítulo, las figuras más representativas en cirugía torácica del mundo visitaron el Departamento de Cirugía Torácica de Armand-Ugón.

En diciembre de 1952, por ejemplo, Clarence Crafoord visitó Uruguay acompañado por integrantes de su equipo del Hospital Karolinska y del Hospital Sabasbergs: Sennig, su sucesor, el cardiólogo Ben Johnson, el radiólogo, compatriota nuestro, Alberto Barcia, el anestesista Friberg, *nurses* e instrumentista. Crafoord impartió un curso sobre afecciones cardiovasculares. La parte médica de la actividad se desarrolló en el Hospital de Clínicas y la parte quirúrgica en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois.

Se estudiaron ochenta pacientes con afecciones cardiovasculares y se realizaron además nueve cateterismos cardíacos. En el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois fueron intervenidos once pacientes: tres coartaciones de aorta, dos operaciones de Taussig-Blalock por enfermedad de Fallot, un canal arterial, una hidatidosis cardíaca localizada en la aurícula derecha además de una hidatidosis hepática, una comunicación interauricular, una valvulotomía por estenosis pura de la pulmonar según la técnica de Brook, una valvuloplastia por estenosis mitral y una resección pulmonar por absceso.

Se dictaron durante el curso las siguientes conferencias: en la Facultad de Medicina "Adelantos en cirugía torácica", a cargo de Crafoord; en la Agrupa-

ción Universitaria, "Coartación de la aorta", también a cargo de Crafoord, y "Reanimación" y "Anestesia en cirugía torácica", por Friberg.

En julio de 1953 se recibió la visita de Philip Allison, profesor de Cirugía Torácica en Leeds. Durante una semana concurrió al Servicio de Cirugía, participando del estudio clínico de los pacientes, sesiones de ateneo y discusión de casos clínicos. Realizó varias intervenciones, dictando conferencias con los siguientes títulos: "Cirugía de la estrechez mitral" y "Estado actual de la cirugía torácica en Inglaterra".

En 1954, se realizó en Madrid la XII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis.[155] El 28 de setiembre, Crafoord de Estocolmo hizo el relato "Indicaciones y elección de las intervenciones quirúrgicas en los tuberculosos pulmonares tratados por los antibióticos y la quimioterapia" y el correlato lo hizo Armand-Ugón.

Días después de la referida conferencia de 1954, en el Congreso de Enfermedades del Tórax en Barcelona, Pablo Purriel hizo una disertación sobre equinococosis cardíaca, Olga Muras sobre tránsito hepatobrónquico y José Piñeyro y Sélika Piovano sobre quiste hidático de pulmón y sus complicaciones.

En 1956 viajaron a Uruguay provenientes de Francia Jean Mathey, cirujano torácico ya mencionado en estas páginas; Georges Brouet, profesor de neumotisiología y años después decano de la Facultad de Medicina de París, y Jean Marcel Lemoine, endoscopista, y de Suiza, Cardis de Lausana. A último momento no pudieron viajar los profesores Montanini, de Italia, y Orie, de Holanda. Colaboraron financieramente con esta embajada científica los gobiernos de Francia y Suiza, que se hicieron cargo de los traslados. Los visitantes concurrieron al Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois, participando por varios días de las actividades del servicio. También en este marco se realizó un curso de patología respiratoria en el Hospital de Clínicas, al cual concurrieron médicos y residentes de la vecina orilla, atraídos por el prestigio de los exponentes.

Emilio Navarini, de Rosario, Argentina, que fue uno de los asistentes al curso y relató el impacto que tuvieron en ellos los casos presentados por Mathey, fundamentalmente en lo que se refería a cirugía de tráquea y bronquios. En este contexto, se produjo un intercambio muy productivo y, como uno de sus resultados, José Piñeyro fue invitado a viajar a Francia para ver de primera mano la realidad endoscópica francesa en patología respiratoria.

155 Turnes, A. L. *Pablo Purriel. Medicina y pasión (1905-1975)*. Montevideo: Granada, 2020, p. 338.

El Servicio de Cirugía Torácica del Saint Bois en primera persona

Por Jorge Nin Vivó

Jorge Nin Vivó.

En una mañana del año 1962, el profesor Piquinela, a cuyo servicio concurría, me planteó que el profesor Armand-Ugón le había pedido un cirujano joven que quisiera formarse en cirugía torácica. Le respondí que me interesaba hacer una estadía de algunos meses en cirugía torácica, como un complemento en mi formación de cirujano general, similar a otros períodos como el que ya había hecho en el Servicio de Urología del profesor Emilio Bonecarrère.

Al día siguiente, concurrí al Hospital Saint Bois y en el Servicio de Cirugía del Pabellón Martirené me recibió el profesor Armand-Ugón. Le expliqué que mi intención seguía siendo ser cirujano general y que mi interés en cirugía torácica era para completar mi formación en cirugía general. Estuvo de acuerdo y a partir de ese momento comencé mi actividad en cirugía torácica para no abandonarla más. Gravitó para ello lo que me transmitieron fundamentalmente Armand-Ugón, Alejandro Victorica y Hamlet Suárez, en cuanto a querer, respetar y valorar las posibilidades de una especialidad nueva pero tan necesaria para la gente.

El *staff* quirúrgico liderado por Armand-Ugón estaba formado por Alejandro Victorica y Hamlet Suárez, los tres, con distintas características personales, fueron fundamentales en mi formación como cirujano torácico. Actuaban además los siguientes cirujanos: Alfredo Ruiz Liard, Aníbal Sanjinés, Julio Mezzera, Valentín Crosa Dorado, a quienes recuerdo con gratitud y afecto. En 1964 se incorporaron José Luis Martínez y Mario Brandolino, con quien establecimos una relación de afecto, de estudio y de colaboración, tanto para discutir los pacientes como para solucionar los desafíos quirúrgicos. Horacio Etchemendy se integró al grupo de cirujanos cuando cerraron el Hospital Fermín Ferreira. También concurría en forma más esporádica Juan Casal, a quien recuerdo participando y opinando en las reuniones médicas, pero no actuando en cirugía.

Como apoyo médico colaboraban, en la mañana, José Fossemale y José A. Rádice, quien a veces entraba al *block* operatorio y ayudaba en algunas operaciones. En anestesia actuaban Walter Fernández Oria y María Julia Salsamendi. Posteriormente se incorporaron Nylda Cassinelli y Darío Quiróz. Por la tarde funcionaba el Servicio de Medicina, con la presencia de Pablo Purriel,

Dante Tomalino, Olga Muras, entre otros. En la policlínica cardiológica actuaban Luis Korytnicki, Manuel Peluffo y Juan José Pereyra.

El *block* operatorio funcionaba en el quinto piso del hospital, con dos salas para cirugía mayor y una para cirugía menor. Enfrente, a pocos metros del *block*, había una estación de enfermería desde donde se dominaba a ambos lados una sala para el despertar anestesiológico de los pacientes y otra para el control posoperatorio, en la que permanecían hasta que pudieran ser trasladados a piso al cabo de dos o tres días. Esta sala estaba provista de aparataje para asistencia ventilatoria mecánica, con varios respiradores de Engström. La *nurse* responsable, Apesteguy, manejaba un grupo de auxiliares muy bien preparados y tremendamente eficientes. En ese momento, todavía no había centros de tratamiento intensivo en Montevideo.

El *block* operatorio era dirigido por la *nurse* Márquez, *nurse* rígida, severa, que manejaba el *block* y a su personal de modo excepcional. No puedo dejar de mencionar a los enfermeros Ruben Ayala y Alaniz, que llevaban años trabajando en los pisos quirúrgicos. Eran verdaderos expertos en curaciones, en el manejo de los tubos pleurales, en drenajes posturales y en lavados pleurales. Cuando el doctor Crosa Dorado organizó en la Asociación Española la atención posoperatoria de sus pacientes, hizo jornadas de preparación de los recursos humanos en el Sanatorio de la Asociación Española y en el Hospital Saint Bois, y muchas de estas personas de enfermería del Saint Bois estuvieron a cargo de la instrucción del futuro personal.

Al lado del vestuario médico había un salón de estar médico, donde nos reuníamos los cirujanos y en cuyo fondo había un espacio destinado para comedor, que era utilizado también como dormitorio cuando la situación médica de un operado requería el control cercano por la eventualidad de una reintervención.

Los días de operaciones eran los martes, jueves y sábado (posteriormente se sustituyó el sábado y en su lugar se operaba los viernes). Se llegaba al hospital temprano, nos vestíamos para entrar a la sala de operaciones, se hacía la descubierta al paciente, se iniciaba la anestesia y se empezaba a operar a las ocho de la mañana.

Armand-Ugón era de los primeros en llegar. Sentado en el estar médico, nos apuraba para que estuviese todo pronto para comenzar a operar en hora. Un día le avisamos por la *nurse* que fuera, que estaba todo pronto para empezar a operar. Para nuestra sorpresa, nos mandó decir que se suspendía la intervención. Recién cuando dejábamos el hospital nos comunicó el motivo de la suspensión: había llegado un colega (no recuerdo su nombre) cuya visita se asociaba a días con graves complicaciones en sala de operaciones.

Lo recuerdo a Armand-Ugón después de haber realizado una intervención quirúrgica no habitual, sentado en el estar médico. Mientras analizaba la operación, nos explicaba lo que se hacía en ese momento en los principales cen-

tros quirúrgicos del mundo y el porqué de su decisión, pensando siempre en obtener el mejor resultado para el paciente.

Mientras se operaba los sábados, antes de ir al hospital pasábamos por el puerto de Montevideo. En el vapor de la carrera llegaban cirujanos argentinos que compartían ese día operatorio con nosotros y por la noche, al salir del hospital, los llevábamos de nuevo al puerto para embarcar de regreso a Buenos Aires.

Durante la semana se recibía la visita de colegas de Montevideo y del interior del país, que venían a presenciar operaciones, participar de los ateneos clínicos, consultar dudas y a veces a traer enfermos. Recuerdo, entre otros, la frecuente presencia de los hermanos Franco y Juan José [de Dios] Gómez Gotuzzo, de Artigas; Hugo Méndez Aserito y Yamandú Porras, de Mercedes; Gonzalo González Simois, de Minas; Ariel Quintero, de Rivera; Washington Lamancha, de Melo; Daniel Mautone, de San Carlos; César Piffaretti, de Las Piedras.

Puedo decir, sin temor a exagerar, que para hacer una cirugía torácica mayor no había en ese momento en Montevideo un sitio que diese más garantías al paciente que el Servicio de Cirugía del Hospital Saint Bois. Por ello, pacientes del mutualismo y a veces particulares se operaban en él.

Es indudable que en aquel Saint Bois había una mística de la cual participábamos todos los funcionarios que en él trabajábamos. Queríamos y nos sentíamos orgullosos de trabajar en ese hospital, éramos conscientes del alto nivel asistencial que se ofrecía. Además, dentro del Servicio de Cirugía Torácica y dentro del hospital había un gran compañerismo. En cuanto a ser integrantes del equipo de Armand-Ugón, era para nosotros un privilegio y un motivo de orgullo.

En el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), trabajaba un transfusionista, Lino Rodríguez Peralta, que había llegado años antes a Montevideo a estudiar medicina. Su familia tenía un importante comercio en la ciudad de Carmelo, en la esquina de las calles Uruguay y Solís. Dificultades económicas que surgieron en el comercio de su padre lo llevaron a no recibirse y a trabajar como practicante y como transfusionista como medio de subsistencia. Había sido practicante del Sanatorio de Navarro, en la calle Agraciada, y transfusionista del Saint Bois por muchos años. Como yo en ese momento concurría al Servicio de Armand-Ugón, cuando nos encontrábamos en el Sanatorio n.º 1 del CASMU me contaba anécdotas de su período en el Saint Bois y de su convivencia con el equipo de cirugía.

Eran frecuentes sus citas llenas de admiración y respeto por Armand-Ugón, Alejandro Victorica y Hamlet Suárez. Asimismo, me describía lo que habían sido el hospital y el Servicio de Cirugía antes de mi llegada, con menciones a otros cirujanos como Alfredo Ruiz Liard, Aníbal Sanjinés, Ramón Sierra, Valentín Crosa Dorado, Julio Mezzera, Dionisio Pérez Davant, entre otros. Recorda-

ba con gran respeto y cariño a los anestesistas Juan Carlos Scasso, Antonio Cañellas, Walter Fernández Oria, Antonio Trilla y Julio Castiglioni.

Los días de operaciones era frecuente que los cirujanos y anestesistas se quedasen algunas horas más para vigilar el posoperatorio inmediato, la recuperación y la eventualidad de un sangrado que pudiese obligar a una reintervención. Acompañados por transfusionista, radiólogo y otros colaboradores, se almorzaba, se hablaba de los pacientes, de las posibilidades de complicaciones, de temas generales. A veces, cuando la situación de un paciente preocupaba y obligaba a quedarse por más tiempo, se formaban verdaderas peñas que eran muy concurridas y de indudable interés. Había compañerismo y amistad.

Hamlet Suárez gustaba de organizar campamentos en interior del país, que duraban unos días y en los que participaban médicos, cirujanos, anestesistas y diferentes colaboradores. Visitaban en esas ocasiones estancias de personas conocidas donde eran muy bien recibidos, como en la estancia de Santiago de Brum Carbajal, en Rocha.

Con el paso del tiempo, la demanda asistencial por tuberculosis bajó sustancialmente. Las patologías dominantes pasaron a ser otras, como las diferentes variedades de tumores torácicos, el enfisema, la miastenia, en desmedro de la cirugía de la hidatidosis y de la tuberculosis.

El número de cirugías de hidatidosis disminuyó en el servicio por dos razones: por un lado, había menos hidatidosis en el país, cuestión atribuible al éxito de las campañas de prevención, y, por otro, esta cirugía era hecha en otros lugares, lo que determinó que llegaran al servicio menos quistes no complicados y más complicaciones de operaciones efectuadas por cirujanos no especializados, que eran anotadas minuciosamente por Alejandro Victorica en una libreta negra.

Con referencia a la tuberculosis, el éxito del tratamiento médico, agregado a los factores sanitarios, económicos y sociales, hizo que aquella realidad que nos avergonzaba en 1926 por el alto índice de mortalidad fuera superada y podemos decir hoy que el Uruguay solo es aventajado en América por Estados Unidos y Canadá en esa materia.

Año	Población nacional estimada	Número de defunciones por tuberculosis	Tasa cada 100.000 habitantes
1942	2.194.281	2.351	107,1
1951	2.449.081	1.299	53,0
1962	2.935.640	443	15,1

Evolución de defunciones por tuberculosis en Uruguay (1942-1062).

En 1968, llegó al Hospital Saint Bois el doctor Semy Seineldin, enviado desde Rosario, Argentina, por el profesor Oscar Cames, con la idea de especiali-

zarse en cirugía torácica. Estuvo alrededor de un año en el servicio y conserva un reconocimiento muy especial hacia Armand-Ugón y su equipo por todo lo que se le brindó en ese período. Cuando lo vi presentar trabajos en algún congreso, percibí la influencia que tuvo en su formación el período que pasó junto a Armand-Ugón. Como un hecho demostrativo de esto, en el 4.º Congreso de la Asociación Sudamericana de Cirugía Torácica, realizado en Uruguay en 1995, presentó "Resección de ampollas de enfisema y remodelación pulmonar con la técnica de Crosa Dorado", que, como se sabe, fue uno de los discípulos de Armand-Ugón.

El 8 de octubre de 1972 falleció Armand-Ugón y fue encargado de manera interina de la dirección del Instituto de Enfermedades del Tórax el doctor Hamlet Suárez. Al poco tiempo de estar en ejercicio de este cargo, se diagnosticó a sí mismo un cáncer de pulmón. Un equipo integrado por Ruiz Liard, Sanjinés y el suscrito le efectuó una lobectomía superior derecha con resección de algunos ganglios laterotraqueales derechos comprometidos. Tuvo un posoperatorio complicado, que requirió un pasaje por la Unidad de Tratamiento Intensivo, con evolución posterior satisfactoria. Después, con ese sentido del humor tan característico en su persona, nos contaba cómo se había entretenido durante su estadía en el CTI.

Con respecto a Victorica, en los últimos años su salud se había deteriorado y ya no operaba. Tampoco manejaba su auto, razón por la cual, con Hamlet Suárez y Ruiz Liard, solíamos ir a buscarlo a su casa de la calle Juan Carlos Gómez, donde vivía con su hermana, muy cerca de la bahía de Montevideo, frente a un cabaret. Pasaba la mañana en el hospital, enriqueciéndonos a todos con su señorío, su bonhomía, su sentido clínico y sus jugosas anécdotas. Preocupado por el número de yatrogenias posoperatorias que se recibían, se había provisto de una libreta de color negro en donde anotaba cuidadosamente cada una de ellas.

La desaparición física de Armand-Ugón y, luego, la de Purriel, a las que se agregaron los progresivos problemas de salud de Victorica y de Suárez, originaron un enorme vacío en el instituto y en el Servicio de Cirugía en particular. Ya no estaban sus directores, que habían sabido fundar el instituto y lo habían hecho funcionar, incluso antes de su creación. Ya no estaban ni Victorica ni Suárez. La relación que había existido entre Armand-Ugón y Purriel era de respeto personal, pero también de respeto técnico, por lo que cada uno de ellos representaba. A su vez, Victorica demostró siempre, además de amistad, respeto por los valores de Armand-Ugón y de Purriel. Suárez, como cirujano, acompañaba a Armand-Ugón desde hacía muchos años y era evidente el respeto personal y técnico que por él sentía. A Purriel le reconocía sus valores como médico y tisiólogo, respetaba sus opiniones, pero era claro lo que disfrutaba cuando en el curso de una operación comprobaba una equivocación en algún diagnóstico que aquel había afirmado negando cualquier otra posibilidad. Si esto ocurría, en la tarde, Purriel tenía que soportar sus chanzas.

Desaparecidas estas personas y los vínculos que mantenían entre ellas, aparecieron las aspiraciones personales, que esta vez no estaban limitadas por sentimientos de amistad o de respeto técnico. La convivencia se hizo difícil y el 25 de octubre de 1974 el presidente de la República Juan María Bordaberry resolvió la transformación de los cargos de director y subdirector del Instituto de Enfermedades del Tórax en un cargo de médico cirujano de Tórax, jefe del Departamento de Cirugía Torácica, y un cargo de médico neumólogo jefe del Departamento de Medicina. La dirección del Saint Bois encargó de la Jefatura de Cirugía Torácica a Alfredo Ruiz Liard y, luego de su retiro, a Mario Brandolino.

Brandolino trabajó denodadamente por mantener el nivel de la atención quirúrgica, pero lo hizo solo, sin la colaboración adecuada de un *staff* quirúrgico que había perdido aquella mística de la época de Armand-Ugón, a lo que agregaba la incomprensión por parte del MSP.

Finalmente, el 16 de julio de 1993, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) emitió la siguiente resolución, pasando por arriba de la ley de 1948:

> 1°) Suspéndese la realización de Cirugía mayor de tórax en el Hospital Saint Bois.
>
> 2°) Dispónese que los usuarios del MSP que requieran de dicho tratamiento serán dirigidos a los Hospitales Maciel o Pasteur, respetando el mencionado orden de secuencia, o al Hospital de Clínicas, si así se resolviera.
>
> 3°) Establécese que los Médicos Cirujanos de la especialidad que revistan en padrones del Hospital Saint Bois, podrán optar mediante pase en comisión para desempeñar tareas en Centros Asistenciales de ASSE, con actividad quirúrgica.

No deseo calificar esta resolución, que desconoce la ley de creación del Departamento de Cirugía Torácica del MSP en el Hospital Saint Bois y la resolución ministerial de creación del Instituto de Enfermedades del Tórax de 1952, pero sí puedo decir que provocó la reacción de la Cátedra de Neumología, que, en nota del 26 de julio dirigida al decano de la Facultad de Medicina, Eduardo Touya, expresó, entre otros conceptos:

> Dicha resolución destruye totalmente los logros de la Escuela Uruguaya de Cirugía de Tórax al enviar nuestros enfermos a diferentes centros asistenciales. Mucho tememos que éste sea el primer paso para el cierre del Hospital Saint Bois, pilar fundamental para la asistencia de la amplísima zona norte de nuestra capital, y lugar de referencia de los pacientes neumológicos y con patología torácica de todo el interior de la República y de otras zonas de Montevideo.

La Sociedad de Cirugía de Tórax del Uruguay, reunida en asamblea extraordinaria en el Hospital Sanatorio Español, por su parte, emitió esta declaración:

1) Que reafirma la vigencia de la Cirugía de Tórax general como especialidad en el Uruguay y en el mundo entero.

2) Que el avance técnico de la Cirugía de Tórax en nuestro país está vinculado a la labor asistencial, científica, ética y formativa de cirujanos con dedicación exclusiva a la especialidad, formados en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois.

3) La conveniencia de la preservación del Departamento de Cirugía de Tórax del MSP.

Debo decir que los cirujanos torácicos de nuestro país reaccionamos ante las posibles consecuencias de la resolución de ASSE, reuniéndonos más que nunca, defendiendo lo mejor posible los logros de nuestro maestro y tratando de proyectar la especialidad al nivel más alto posible.

Si bien la cirugía torácica en su primera rama de desarrollo, o sea la pulmonar, había tenido algunos precursores entre nosotros, recién adquirió real jerarquía y posibilidades de acción cuando sus cultores y la mayoría de los enfermos posibles de tratamiento especializado se concentraron en el nuevo instituto, en un centro que disponía de laboratorios y de equipos adecuados para complementar un estudio clínico y funcional que permitía que fueran intervenidos con las garantías mínimas exigibles al adelanto técnico alcanzado.

La labor cumplida por Armand-Ugón y por sus colaboradores y discípulos situó a la escuela uruguaya de cirugía torácica al nivel de las más prestigiosas del continente. Los aportes a reuniones y congresos nacionales e internacionales facilitaron difundir los resultados alcanzados con algunas técnicas quirúrgicas originales, como aquella del quiste hidático del pulmón, que lleva su nombre y es utilizada actualmente por los especialistas de mayor renombre.

Este veloz relato, en el que cité solamente a muy pocas personalidades, escrito en un momento de esplendor de la cirugía torácica, nos invita a meditar sobre el gran esfuerzo brindado por cirujanos jefes, colaboradores y auxiliares para inventar y perfeccionar técnicas nacidas de conocimientos muy amplios de la medicina y de sus ciencias conexas. Esto implica una dedicación sin flaquezas, de horas, meses y años de pensamientos y acciones, intentando siempre el bien de los enfermos. El esplendor actual debe ser mirado con modestia, porque así como hoy nos parecen terribles algunas operaciones antiguas, ¿qué les parecerán las nuestras a quienes nos sucedan en el próximo siglo?

Capítulo 16
La cirugía torácica en el interior del país

Aunque la cirugía de tórax tiene muchos antecedentes en la capital del país, como se ha visto a través de la reconstrucción histórica incluida en este libro, con exponentes que incluso han tenido honda repercusión en la región desde la primera mitad del siglo XX, en el interior del país su presencia ha sido muy escasa. Cuando era requerida, la resolvían los cirujanos generales, sobre todo para los casos de heridas y trauma, registrándose en esta búsqueda las excepciones que mencionaremos más adelante como ejemplos de práctica relevante. La baja frecuencia de las patologías quirúrgicas del tórax no ha justificado, hasta el presente, la radicación de cirujanos especializados, que, en ocasiones, concurren al interior para compartir con colegas locales la atención de algún caso complejo. Pero sí existen actualmente algunos cirujanos de tórax reconocidos, desde hace años, fundamentalmente en Salto y Rocha.

Uno de los grandes desafíos que tiene por delante la Facultad de Medicina, al iniciar la tercera década del siglo XXI, es la formación de los cirujanos generales en el manejo de las principales patologías torácicas de solución quirúrgica, lo cual supone un reto para perfeccionar conocimientos a quienes ya ejercen en la práctica cotidiana al servicio de sus comunidades. Esto no obsta para que, en aplicación de la Ley n.º 19.666, que aprobó "Normas para la designación y funcionamiento de los centros o servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas", promulgada el 4 de octubre de 2018, el Instituto del Tórax que funciona en el Hospital Maciel y aloja a las cátedras de Neumología y Cirugía del Tórax sea el principal receptor de las patologías más complejas, que no puedan ser resueltas a nivel local. En este sentido, la experiencia acumulada en un centro de referencia nacional promueve las mejores expectativas para los pacientes en función del efecto centro y el efecto volumen, que se manifiestan cuando hay una concentración de la práctica científica en un país como nuestro Uruguay.

A continuación, a través del testimonio del doctor Néstor Campos Pierri, compartimos una perspectiva del desarrollo de la actividad de cirugía torácica en el interior y repasaremos los antecedentes que, aunque no involucren la totalidad del desarrollo de la cirugía torácica en el interior de Uruguay, brindan alguna pista de lo que hasta aquí pudo recogerse.

Pasado, presente y futuro de la cirugía torácica: una visión desde el interior del Uruguay

Por Néstor Campos Pierri[156]

Néstor Campos Pierri.

Esta es una reflexión, fundamentalmente, de un cirujano del interior, que ejerció la cirugía por más de 48 años, y de ellos 44 en el interior, en Salto. Fui uno de los pocos del interior del país que obtuve el título por actuación documentada, cuando se creó la especialidad en Cirugía Torácica (en nuestro país, en el año 2003. También en Rocha lo obtuvo el doctor Carlos Tarabochia en la misma época.

En este contexto, puedo comentar cómo era, cómo es y cómo creemos ver el futuro, ya que es nuestra obligación ética plantear los problemas, para tratar de ayudar en la asistencia de los pobladores fuera del área metropolitana, buscando la asistencia centrada en el paciente y acercándonos a la equidad.

Deseo agradecer al Ac. Dr. Antonio Turnes quien me facilitó muchos datos históricos y actuales.

Pasado de la cirugía torácica en el interior

Antes de que la cirugía torácica fuera reconocida como especialidad, era desarrollada por algunos cirujanos generales, que poseían cierta experiencia al respecto.

Nos vamos a referir al siglo XX y XXI.

Debe reconocerse que en el interior del país se han realizado ingentes esfuerzos a lo largo del tiempo para asistir a los pacientes que requieren intervenciones de cirugía torácica. Con notables resultados, aun contra la precariedad de los medios, como en el caso de Luis María Castagnetto (1878-1945)[157] en las primeras décadas del siglo XX en Tacuarembó. Castagnetto era discípulo de la clínica de Alfonso Lamas, donde tomó contacto con la técnica de Lamas y Mondino para el abordaje de los quistes hidáticos pulmonares, que practicó con éxito.

El tórax agudo (traumático e infeccioso, y la pérdida aérea) era resuelto frecuentemente con solvencia, porque en los servicios en los que se forma-

156 Cirujano torácico, integrante de la Academia Nacional de Medicina, docente libre de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina; excoordinador de la Facultad Medicina Salto, Regional Norte; presidente del Colegio Médico del Uruguay 2015-2018.

157 Turnes, A. L. *El Hospital de Tacuarembó: 90 años de su inauguración 1927-2017*. Montevideo: Administración de los Servicios de Salud del Estado, Dirección de Educación y Cultura-Intendencia de Tacuarembó, 2020, p. 58.

ban los cirujanos en general esto se trataba, lo mismo que el quiste hidatídico pulmonar. En aquellos departamentos donde no se resolvían las secuelas pulmonares de la tuberculosis o la cirugía oncológica, los pacientes eran derivados al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois o a cirujanos que se dedicaban más específicamente a esta patología, en general en la capital del país.

Con respecto a los casos de hidatidosis pulmonar, que, como decíamos, generalmente eran resueltos por los cirujanos generales, señalo algo trascendente: por el desarrollo generalizado educativo y las acciones de profilaxis de las últimas seis décadas, han disminuido en cantidades significativas los enfermos portadores, de modo que hoy se ven escasísimos casos y en algunos lugares no se observa ninguno.

En la década de los setenta, fui grado 2 asistente en la Clínica Quirúrgica B, en el piso 10 del Hospital de Clínicas, cuyo director era el doctor Jorge C. Pradines. En esa época, en el concurso para acceder al grado 2, se incluía, además del temario actual, todo lo correspondiente a la cirugía torácica y la cirugía vascular periférica.

En esa clínica, la cirugía torácica era frecuente, ya que Pradines había sido cirujano de tórax del desaparecido Hospital Fermín Ferreira, el que también, como el Saint Bois, era un hospital destinado fundamentalmente al tratamiento de la tuberculosis y, además, contaba con un leprosario en la misma área. Luego fue cerrado, quedando solo el Saint Bois para la tuberculosis y para el leprosario se construyó un edificio en un predio lindero a ese hospital.

En la Clínica Quirúrgica B también se realizaron las primeras mediastinoscopías guiadas. Uno de los asistentes que se dedicó a ella fue el doctor Juan Chifflet, que fue después profesor agregado de Cirugía Torácica.

A las clínicas quirúrgicas de la facultad concurrían honorariamente (por lo general) diferentes cirujanos que se dedicaban casi en exclusividad a áreas de la cirugía que después fueron reconocidas como especialidades. A la nuestra concurrían: el doctor Juan Carlos Abó (cirugía vascular), el doctor Enrique Pera Erro (cirugía plástica) y el doctor Valentín Crosa Dorado (cirugía torácica). Luego de su beca en Japón, también comenzó a visitarnos el doctor José Luis Martínez Apezteguía, que fue posteriormente profesor agregado encargado del Servicio de Cirugía de Tórax del Saint Bois.

José Luis Martínez, el Canario, nos preparó para el grado 2 de cirugía en los temas de cirugía torácica y en ese marco concurríamos al Saint Bois con mis compañeros a ver enfermos y a hacer los encares.

Lo conocía desde siempre, ya que, si bien era siete años mayor que yo, había sido compañero de mi hermana Nibia, odontóloga. Era salteño y a veces iba a operar a sus pagos.

Ya jubilado tuve que operar a una tía del Canario, una lobectomía pulmonar por cáncer. Él estuvo como observador, luego me llamó y me regaló los instrumentos que usaba para sus cirugías pulmonares, sobre todo los de di-

sección (pinzas, tijeras, etcétera). Con el tiempo, cuando mi hijo Atahualpa obtuvo el título de cirujano torácico, se los regalé a él.

Destaco además la concurrencia al piso 10 del doctor Oscar Vincent, neurólogo, quien se dedicaba mucho a la miastenia gravis y las miopatías, por lo cual en la clínica de Pradines se resecaban casi todos los timos, cuando la valoración así lo indicaba.

En Salto, el doctor Carlos Forrisi, cirujano general, que por problemas de conectividad estaba más en contacto fluido con los doctores Enrique y Ricardo Finochietto, de Buenos Aires (un instrumento separador ortostático que permite mantener el espacio intercostal abierto para el abordaje visceral del tórax lleva su nombre, muy usado hasta hoy, a nivel universal). Forrisi desarrolló la cirugía torácica compleja para la época, desde los cuarenta hasta los setenta del siglo XX, en el Hospital Regional de Salto, que hoy lleva su nombre.

A las cirugías más complejas concurría la profesora doctora María Julia Salsamendi, que integraba el equipo de cirugía de tórax del Saint Bois como coordinadora anestesiológica de la cátedra correspondiente de la Facultad de Medicina.

En mi formación, señalo mi pasantía, a fines de los setenta, en el Hospital San Juan de Dios, de la ciudad de La Plata, nosocomio de referencia de la provincia de Buenos Aires, el cual es un hospital exclusivo de cirugía torácica, tanto en el área pulmonar como cardíaca. El profesor de cirugía torácica era el doctor Castellano, con quien, además, concurría como ayudante a sus intervenciones en el ámbito privado, en el Instituto IPENSA, de la misma ciudad. Yo residía permanentemente en el hospital, incluso sábados y domingos, lo cual me permitió hacer experiencia no solo de la cirugía, sino también en el área de cuidados intensivos, siguiendo los posoperatorios y contravisitas, acompañando a la guardia de los cirujanos de tórax ya experientes en la temática.

Presente de la cirugía torácica en el interior

Vamos a analizar dónde estamos parados en 2021, cuando escribimos este texto.

Me jubilé a fines de 2013, Tarabochia está en actividad y hace la cobertura de cirugía de tórax en la región este del país, ya que vive en Rocha. En Paysandú está Javier Hornos, quien se graduó como cirujano torácico. El Centro de Referencia de ASSE está en el Servicio y Cátedra de Cirugía Torácica, en el Hospital Maciel, siendo su titular el profesor grado 5 doctor Gerardo Bruno, con el *staff* correspondiente.

A nivel de los prestadores privados, en general van al Sanatorio Americano los que integran la Federación de Prestadores de Medicina del Interior (FEPREMI), y hay cirujanos torácicos que dan la cobertura a determinadas instituciones. Otros prestadores tienen otros centros de referencia en la capital.

Futuro de la cirugía torácica en el interior

Sobre el futuro, vamos a entregar ideas que fueron reflexionadas con el profesor Bruno, por la necesidad de solucionar los casos de urgencia de la especialidad, desde la visión de un cirujano que desarrolló su práctica quirúrgica a quinientos kilómetros de la capital.

Hemos presentado en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina un anteproyecto para la discusión, basado en esta especialidad, pero que puede ser extrapolado a otras que presentan la misma problemática.

A continuación, trascribimos ese anteproyecto:

> A la búsqueda de soluciones para problemas asistenciales en el interior del país sobre especialidades médicas (anteproyecto para la discusión)
>
> *Introducción*
>
> La evolución de la medicina y sus diferentes especialidades, en los últimos 60 años, no es desconocida para nadie: población, gobiernos, médicos.
>
> En quienes más ha repercutido es en la población que necesita asistencia. Ya que la superespecialización hace que la gente no pueda asistirse donde vive, pero eso se hace vital cuando la misma debe ser de emergencia o urgencia.
>
> La superespecialización se produce por el aumento del conocimiento y de la tecnología, que hace que al médico se le torne muy difícil dominar todo. Pero por otro lado, una población progresivamente más envejecida con múltiples patologías, determina que, paradójicamente, se necesiten más generalistas cada vez mejor preparados.
>
> Hoy todos estamos de acuerdo en que la asistencia debe estar centrada en el paciente, este es el importante y a quienes todos nos debemos.
>
> Por lo anterior, las estrategias en salud deben tener esto como primer factor a tener en cuenta.
>
> Desde ya digamos que esta problemática existe en muchísimos países, ya que la mayoría de la población del mundo no vive en las grandes metrópolis, por lo cual esto ha sido resuelto de manera diferente en cada lugar.
>
> Si bien los centros de referencia son necesarios y han demostrado sus beneficios, hasta la llegada del paciente a esos centros es necesario entrenar a médicos que desarrollan determinada especialidad afín para que resuelvan algunos casos; es decir, determinando qué responsabilidad pueden adquirir a efectos de solucionar los problemas de los pacientes en donde viven y sobre todo los casos de urgencia y emergencia, a efectos no solo de salvar la vida, sino también haciendo intervenciones que mitiguen las secuelas.
>
> La sectorización de la cirugía general en el mundo, por ejemplo, en cirujanos hepato-bilio-pancreáticos, esófago-gástricos, colo-rectales, vasculares, torácicos, etc., ha determinado que se desarrollara en algunos países la especialización de la cirugía de emergencia (Estados Unidos), para que un cirujano

domine todo, el abdomen, tórax, incluido lo vascular, quedando la neurocirugía traumática y traumatología-ortopedia clásica, fundamentalmente ósea y del aparato locomotor, en manos de las especialidades respectivas.

Por otro lado, la judicialización de la vida en general y de la medicina en particular determina que nadie va a querer solucionar los problemas menores y urgentes que la población precisa lo más cerca de su domicilio, ya que no estaría dentro de sus competencias, hecho que además atemoriza al cirujano sin conocimientos adecuados para su acción.

Algunas especialidades se han percatado de este problema y plantean soluciones al respecto, que es el caso de este proyecto que lo pensamos para la cirugía torácica a solicitud del Prof. Dr. Bruno, quien tiene muy clara esta problemática; sin embargo, esto podrá servir como esquema para otras especialidades que presenten parecida situación.

Estamos de acuerdo en que lo ideal sería que especialistas se radicaran en las diferentes ciudades, pero por la cantidad (80) de especialidades y diplomaturas de nuestra Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Udelar, así como la baja frecuencia de actos médicos en algunas especialidades y la escasa población a asistir, ese tipo de especialistas no puedan o no quieran radicarse fuera del área metropolitana.

Proposición: anteproyecto

Desarrollar un programa a través de cursos de capacitación para la Cirugía Torácica, pudiendo acceder especialistas afines a la misma.

Se podría comenzar con especialidades troncales, en este caso cirujanos generales a quienes se les permitiría acceder al curso, aquellos que se desempeñan y residen en el interior del país, fuera del área metropolitana, observando las características que tiene el desempeño de esta especialidad en cada región o departamento.

A ellos se les debe dotar de conocimientos, habilidades y destrezas particulares de diferentes disciplinas, para poder desempeñarse con idoneidad en localidades donde no se cuenta con dicha especialidad o el acceso a la misma esté distante, para evitar "tiempo perdido prolongado", o solucionar patologías tiempo dependientes.

Esto permitirá evitar traslados innecesarios u omisiones asistenciales en lugares donde no se justifica disponer de todas las especialidades y recursos materiales, por el bajo número de usuarios, y el escaso número de actos médicos, como lo necesita la cirugía torácica más compleja y coordinada.

Estos cursos de capacitación permitirían realizar actos médicos de urgencia y emergencia, que con un entrenamiento básico puedan ser ejercidos por cirujanos generales.

En este curso capacitante, el programa delimitará la temática tanto teórica y práctica sobre los niveles de decisión y acción, es decir, sobre qué patología está limitado su accionar, y actuar en los casos de urgencia y emergencia, cuyo objetivo sea salvar la vida y mitigar posibles secuelas.

Se deberá dejar previsto que se debe recertificar cada tres años, mostrando lo actuado a través de un portafolio de desempeño, que en caso de ser suficiente no será necesario repetir el curso.

Muchos cursos que se realizan en el mundo son a término y deben repetirse por que en general su práctica es escasa y porque la población a asistir es baja.

La cátedra que lo realice deberá presentar a la Escuela de Graduados su aprobación, a efectos de que el grupo docente esté de acuerdo con sus contenidos y poder discutir con la cátedra respectiva el mismo, o bien la Cátedra de Cirugía de Tórax podrá realizar el curso *per se.*

Queda claro que este curso no es ni un título de especialista ni una diplomatura, sino un curso de idoneidad con una temática y vigencia finitas.

Cuando un especialista pueda radicarse en un lugar determinado, tendrá prioridad laboral respecto a los que posean cursos habilitantes, protegiendo a los especialistas que se radiquen en los centros del interior.

El servicio determinará el número de cupos para el curso y deberá tener una idea clara en cada localidad geográfica las necesidades asistenciales, por lo que tendrá la cátedra que relacionarse con los prestadores locales con dicho fin, que en definitiva son los que utilizan los recursos humanos y conocen las necesidades de los pobladores de la zona.

Se aconseja que por lo menos en cada lugar haya, dos técnicos con cursos de capacitación, a efectos de cubrir la asistencia los 365 días del año.

Centros de referencia en salud

Pasaremos a analizar, donde ya hay en nuestro país una ley al respecto y merece nuestra reflexión.

En septiembre de 2017, concurrimos a la ciudad de Tacuarembó, con motivo de la celebración de los noventa años del hospital público de la ciudad, realizándose unas jornadas sobre diferentes aspectos de la medicina y uno de los temas discutidos fue el de los centros de referencia. En la mesa redonda al respecto realicé una ponencia, basada en la misma y en el análisis posterior que paso a relatar.

Primero, cómo está definido en la ley el centro de referencia:

Artículo 1.º - (Ámbito objetivo) Facúltese al Poder Ejecutivo para habilitar y poner en funcionamiento Centros de Referencia destinados al diagnóstico y tratamiento de patologías especialmente complejas de alto costo o impacto social, tanto a nivel público como privado, cuando entienda que eso optimiza los recursos, tanto humanos como materiales, y mejora la calidad asistencial de los pacientes que sufren dichas patologías.

Artículo 2.º - (Definición) A los efectos de la presente ley, se entiende por Centro de Referencia los "servicios de atención especializada e interdisciplinaria de pacientes con enfermedades o necesidades de cuidados complejos, de alto costo o de alto impacto social".

Artículo 3.º - (Designación) La designación de los Centros de Referencia estará a cargo del Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública evaluará propuestas de creación de Centros de Referencia y para resolver sobre ellas, previo se oirá a la Comisión Técnica de Centros de Referencia. Serán considerados los siguientes aspectos:

1. Conocimiento y experiencia suficiente en el manejo de la patología, tecnología, técnica o procedimiento de que se trate.

2. Equipamiento y disponibilidad de recursos humanos y materiales suficientes para desarrollar la actividad de que se trate.

3. Sistemas de información que permitan evaluar la calidad de los servicios asistenciales.

4. Capacidad y disposición para la formación de recursos humanos profesionales en el área específica.

Continúan después 17 artículos más, en la ley que ya fue aprobada con el n.º 19.666, del 4 de octubre de 2018.[158]

La cirugía de tórax puede estar comprendida en esta definición, ya que muchas de las cirugías son complejas y de baja prevalencia.

Los requerimientos para su formación son la adecuada prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de elevado nivel de especialización, tanto en materia de recursos humanos como materiales, así como de experiencia acumulada que se alcanza preferentemente a través de ciertos volúmenes de actividad. Demandar recursos tecnológicos de alta especialización, que en atención a la ecuación costo-eficiencia precise de la concentración de un número mínimo de casos. Pero además todo lo relacionado a una cirugía compleja, es decir, el equipo de asistencia, por ejemplo, broncoscopistas, enfermería, anestesiología, medicina intensiva, fisiatría, etc.

"La experiencia histórica de desarrollo de centros de referencia ha permitido una mayor equidad en la asistencia, ha tenido y deberá tener implícito una posterior descentralización, ya que lo dinámico de los desarrollos asistenciales, y el objetivo de todo sistema sanitario debe ser alcanzar la universalidad del acceso, centrado siempre en el usuario, además de estimular la mejora continua de los prestadores y sus trabajadores."[159]

Indudablemente que la descentralización debe realizarse, no porque reivindicamos al interior, sino para evitar el traslado del paciente fuera de su ámbito. En estos casos se debe dar apoyo a las familias o acompañantes a través de casas de acogida para el paciente y sus familiares. Hay experiencia en Salto con respecto a la Casa Amiga, para los pacientes oncológicos y para los niños del CTI pediátrico, ambos servicios con estructuras desarrolladas en la ciudad. Así como la casa financiada por ayuda de particulares en Tacuarembó por ser centro de referencia en neurocirugía del norte de ASSE.

158 Disponible en http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19666-2018.

159 Ibargoyen, J. P., expresidente FEMI, *El Diario Médico*, 2017, abril.

Nosotros pensamos que los centros de referencia pueden ser para:

- Patologías de baja prevalencia, pero no precisan tecnología de alto precio, sino experiencia adecuada de los que la realicen; planteamos que podrían trasladarse los recursos humanos (sanos) a solucionar pacientes de otro departamento, por lo que los técnicos residiendo en las diferentes ciudades formarían un equipo aumentando el número y frecuencia de los casos a asistir.
- Necesitan de infraestructura con recursos materiales de alto costo, que es imposible costearlos, por lo que deberán estar centralizados en la capital; tal es el caso, por ejemplo, del centro de referencia del Hospital Militar sobre trasplante hepático y cirugía hepática compleja, de tal manera que el costo-eficiencia sea razonable.
- Algo similar pensamos para la cirugía torácica para los casos complejos, que, por baja frecuencia y necesidad de experiencia, deberá también instalarse en la capital.
- Con respecto a los centros de trauma, que interesa a la cirugía de tórax, creemos que se soluciona en parte con los cursos de capacitación, para resolver la emergencia en cada ciudad, dejando para un centro de Trauma de alto nivel como el Centro de Quemados (CENAQUE) radicado en la capital, con una clara normativa para su ingreso, para referir aquellos pacientes que sobreviven y necesitan luego de la primera o segunda semana en CTI, un centro de alta complejidad, ya que precisan la concurrencia de diferentes especialidades médicas y recursos materiales costosos.

La financiación de estos centros de referencia deberá realizarse dentro del Sistema Nacional Integrado en Salud, con aportes de cápitas y no por el pago directo de los prestadores de salud tanto públicos como privados, similar al régimen del Fondo Nacional de Recursos.

Ya hay en el país cierta experiencia en centros de referencia, aunque algunos no funcionan para todos los prestadores como, por ejemplo: CENAQUE, Hospital de Clínicas; Neurocirugia Hospital de Tacuarembó; Teletón; Transplante y Cirugía Hepática Hospital Militar; Cirugía Torácica Hospital Maciel; Centro Hemato-Oncológico del Hospital Pereira Rossell y su fundación de apoyo.

Otro tema relacionado con esto y no por ello menos importante: para que funcionen estos centros de referencia se deberá tener un adecuado sistema de traslados, con medios seguros, rápidos, eficientes y de calidad. Ya que podremos formar estos centros, pero si no se dispone de un buen traslado de los pacientes pueden fracasar en el fundamento de su instalación, la adecuada asistencia de los pacientes que los necesitan, tanto en lo técnico, humano y ético.

Ha sido mi intención en este texto ofrecer la mirada, como lo expresé al inicio, de un cirujano general y torácico que desarrolló la inmensa mayoría de su práctica en una ciudad muy distante de la capital.

Parte IV
Los referentes

Capítulo 17
El iniciador: Víctor Armand-Ugón

En este capítulo se comparten diferentes semblanzas de Víctor Armand-Ugón, la persona que creó la escuela uruguaya de cirugía torácica y que se proyectó en sus discípulos. Podrán encontrarse en él escritos de Jorge Nin Vivó, Aníbal Sanjinés Bros, Alfredo Ruiz Liard, Samy Seineldín, y homenajes póstumos. También se incluye la transcripción de la última clase dictada por el maestro.

Víctor Armand-Ugón (1900-1972)

Por Jorge Nin Vivó[160]

Víctor Armand-Ugón (c. 1940).

Hace un tiempo, recibí una carta de mis amigos Fernando Mañé Garzón y Antonio Turnes informándome de su propósito de darle continuidad a la obra de Horacio Gutiérrez Blanco, quien editara los dos primeros tomos de *Médicos uruguayos ejemplares*, una colección de biografías de destacados profesionales de todas las épocas. Considerando las afinidades de orden docente, de trabajo, familiares y espirituales que me vincularon con el doctor Víctor Armand-Ugón, en la nota solicitaban mi colaboración para la elaboración de su biografía. Esa solicitud significa una distinción que mucho valoro, pero también un desafío.

Víctor Armand-Ugón fue, desde el punto de vista de nuestra profesión, médico, cirujano general, pionero y creador de la cirugía torácica, y uno de los precursores de la cirugía cardíaca en nuestro Uruguay. Pero por sus cualidades humanas, su enorme sensibilidad para con la gente, su preocupación por los pacientes, por el desarrollo de la cirugía torácica, por la estabilidad, bienestar y progreso técnico de sus colaboradores y todas las enseñanzas que nos trasmitiera, fue para sus discípulos el maestro.

160 Nin Vivó, J. Víctor Armand-Ugón. En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006, pp. 315-332.

Mis primeros diez años en el Hospital Saint Bois fueron de trato diario con Armand-Ugón. Lo vivido en ese período, junto con lo que pude encontrar de su trayectoria médica, constituyen la base de esta reseña.

Entorno familiar de Armand-Ugón

Víctor Armand-Ugón nace el 14 de mayo de 1900 en Colonia Valdense, en el departamento de Colonia. Los valdenses provenían del Piamonte, una región situada en la vertiente oriental de los Alpes Cotios, entre el collado de Abries al norte y el de Traversette al sur. Corresponde a la cuenca del Pellice y parte de la del Clusona, ambos afluentes del Pó. El clima es muy duro, especialmente en los valles altos, con temperaturas que descienden en ocasiones a 18 °C bajo cero. En esa región se encuentra una pequeña aldea semioculta por grandes castaños, conocida como de los Hugon. En dicha aldea vivía en 1850 el matrimonio formado por Juan Santiago Armand-Ugón y Ana Eynard. El 18 de setiembre de 1851 nace Juan Daniel, el primogénito de la familia, quien será el padre de Víctor Armand-Ugón. Con dificultades, por la pobreza del entorno, según cuenta en sus cartas, termina sus estudios gracias a becas obtenidas en concursos muy severos.

Son tiempos muy difíciles para los valdenses. Recién en 1848 se les reconocen los derechos civiles y religiosos por el edicto de emancipación firmado por el rey Carlos Alberto. La miseria, agravada por sequías, malas cosechas y pestes, los lleva a emigrar. En noviembre de 1856 sale el primer grupo de valdenses hacia Uruguay y se instala en el departamento de Florida. Son perseguidos por razones religiosas y, finalmente, en 1858 se trasladan al departamento de Colonia, en las vecindades de la boca del arroyo Rosario, donde fundan la primera colonia, a la cual dan el nombre de La Paz.

En 1875 los colonos valdenses en Uruguay quedan sin conductor espiritual y la Mesa Valdense en Torre Pellice ofrece a Daniel Armand-Ugón el cargo en Colonia. Este acepta y se embarca con su esposa Alice Rivoir el 2 de noviembre de 1877. El 2 de diciembre comienza a actuar como pastor en Colonia Valdense. Preocupado por la enseñanza y compartiendo las ideas de José Pedro Varela —el reformador de la escuela pública uruguaya—, se dedica a mejorar la enseñanza primaria. Ese año llega también a Montevideo Thomas Wood, quien se hace cargo de la Iglesia Metodista de Montevideo. Crea escuelas gratuitas en diferentes barrios de la ciudad, que, con el paso del tiempo, quedan reducidas a dos: el Liceo Evangélico de Señoritas (futuro Instituto Crandon) y la Academia Norteamericana de Varones, que luego desaparece.

En Colonia, mientras tanto, con el impulso de Daniel Armand-Ugón se construyen nueve escuelas, llamadas *les petites écoles*, en ranchos con techos de zinc levantados por los vecinos, dotados de bancos y mesas. Durante la semana se estudian todas las materias curriculares. Los domingos, la Biblia y el francés. Años después, viendo la necesidad de disponer de estudios comple-

mentarios de primaria, en reunión con Wood se establecen las bases del Liceo Evangélico. El director será Wood, el subdirector, Armand-Ugón.

El 11 de junio de 1888 comienzan a difundirse por primera vez en el medio rural de Uruguay estudios complementarios de primaria. Al año siguiente se sanciona una ley que equipara a sus alumnos con los de la enseñanza oficial. El 19 de setiembre de 1893 recibe Armand-Ugón una carta enviada por un grupo de alumnos, de la que extraemos algunos conceptos:

> Nuestro querido profesor: Hemos sabido que hoy es el día de su cumpleaños; nos es imposible dejar pasar en silencio esta fecha… sin dedicarle un pequeño recuerdo como prueba de lo mucho que lo estimamos y del agradecimiento que sentimos por Usted. ¿Cómo olvidarnos de los múltiples consejos que hemos recibido de Usted encaminados a desarrollar nuestra inteligencia, y a favorecer nuestro adelanto moral? ¿Cómo no recordar hoy sus esfuerzos para hacernos conocer la virtud y para conducirnos por este camino a franquear las puertas del templo de la ciencia? Nada de esto puede suceder. Cuando hagamos uso de las instrucciones que de Usted hemos recibido en cualquier parte en que nos hallemos, no podremos menos que recordarlo grata y cariñosamente. La semilla que Usted con el mejor deseo ha sembrado en nuestros corazones ha encontrado tierra fértil, y le decimos esto, porque estamos seguros que al sembrar dicha semilla, la única esperanza y ambición que Usted tenía era que sucediese así. Ojalá que algún día nos sea permitido demostrarle nuestro agradecimiento de una manera más palpable y evidente. Por ahora no nos queda sino darle una vez por todas las más expresivas gracias, pedir a Dios que le conserve feliz por muchos años, en compañía de su distinguida esposa y de sus queridos hijos, y que nosotros podamos seguir el mayor tiempo posible aprovechándonos de sus sabias instrucciones y consejos.

Firman, entre otros: Juan Pou Orfila, C. Capillas, Augusto Revel, Tristán Morales, Pablo Long, Franz Imhoff, Octavio Scotti Blanco y Gabriel y Ruperto Borrás.

Mi padre, Julio Nin y Silva, oriundo del departamento de Flores, hizo su período liceal en el liceo de Colonia Valdense, a donde llegó con 12 años en 1900, unos meses después de quedar huérfano al morir su padre, Celedonio Nin Pons, en el posoperatorio de una intervención sobre su vía biliar efectuada por Alfredo Navarro. Salió de Porongos, como solía llamar a su ciudad natal, a caballo acompañando una tropa de vacunos conducida por unos troperos porongueros. Llegados los vacunos a destino, siguió solo hacia Colonia Valdense, donde sería recibido por su hermano mayor, Celedonio Nin y Silva, que era uno de los profesores del liceo. De esa etapa, en el anecdotario de mi padre aparecía siempre la figura de Daniel Armand-Ugón. Me resulta imposible encontrar las palabras adecuadas que puedan expresar todo lo que sentía por esa figura: agradecimiento, afecto, admiración. Y, evidentemente, en un momento muy especial de su vida, sintió que era comprendido y protegido

por esa persona que luchaba por mejorar a toda la comunidad, pero aun así tenía tiempo para cuidar las carencias de ese adolescente.

A Víctor mi padre lo conoció desde que este era muy pequeño, lo veía habitualmente a caballo de un petiso. Con los años, se reencontró con él, ya médico y cirujano, agregando al afecto el respeto que generaba su ascendente trayectoria quirúrgica.

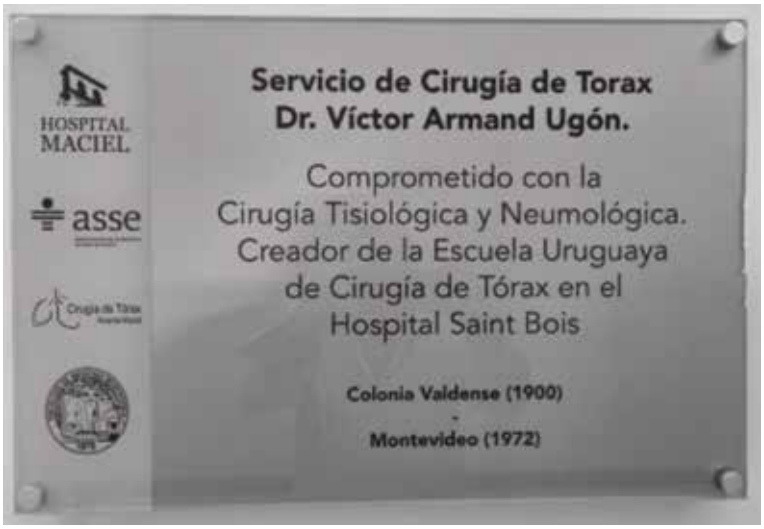
Colonias valdenses

El Código Civil vigente en Uruguay desde el 18 de julio de 1866 reconocía el estado civil de los católicos, mientras que los no católicos debían acudir al juez. Los valdenses y otros protestantes, ignorantes de esa ley, se encontraron con que sus hijos eran ilegítimos, porque en sus casamientos no habían cumplido con los requisitos impuestos por ella. Daniel Armand-Ugón se dirigió por carta al gobernador provisorio del Uruguay, coronel Lorenzo Latorre, señalando la necesidad de solucionar esas situaciones. El 19 de setiembre de 1878 el Tribunal Superior de Justicia estableció que no se cobrase más por esos matrimonios y que se revalidasen los anteriores matrimonios celebrados por los pastores protestantes. Otra de las preocupaciones de Armand-Ugón era encontrar ubicación y radicar a las numerosas familias en terrenos propios. Como no consiguió comprar terrenos para fraccionarlos, escribió una carta al presidente en la que expuso la difícil situación de los colonos. No obtuvo respuesta. En 1882 muchos colonos se mudaron a Entre Ríos, en la República Argentina. En 1883 los gobiernos de Bolivia y Brasil hicieron ofrecimientos a los valdenses de Colonia. Preocupado por esta circunstancia, Armand-Ugón escribió nuevamente al presidente de la República:

> [...] La cuestión más importante consiste en la falta de terrenos disponibles y aptos para labranza, lo cual además de perjudicarlos actualmente, les crea una situación insostenible para el porvenir... Para proporcionar trabajo a una multitud de brazos inactivos actualmente por la escasez de los terrenos, es necesario la fundación de una o más colonias agrícolas que reciban las familias que, por no encontrar tierras disponibles han emigrado o están por emigrar a la Argentina o Brasil...

El presidente Santos, en abril de 1883, visitó Colonia Valdense. El 7 de junio de 1883 Armand-Ugón recibió un telegrama en el que se le comunicaba que el gobierno ponía a disposición de los agricultores mil doscientas cuadras de campo en Cosmopolita. Se encargó a Armand-Ugón de la venta de las tierras, dándole libertad para fijar precios y condiciones de pago. Armand-Ugón fijó las siguientes condiciones: 1) se darían las tierras a los más necesitados y no propietarios, proporcionalmente al número de labradores de cada familia; 2) el precio sería de siete a diez pesos la cuadra, pagaderos en cuatro anualidades; 3) se darían mil pesos para gastos necesarios, que serían reembolsados (bueyes, arados, semillas). La aprobación oficial llegí en el mismo mes y

Armand-Ugón pasó a ser el apoderado del gobierno para la venta de los terrenos en Cosmopolita. La inmigración proseguía y había que encontrar más tierras para las familias que llegaban de Italia. En 1890 se compraron otros lotes y se organizaron nuevas colonias: Riachuelo, Tarariras, Miguelete, San Salvador, Artilleros y San Pedro.



Placa de homenaje ubicada en el Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Maciel, descubierta en setiembre de 2021.

El matrimonio de Daniel Armand-Ugón y Alice Rivoir tuvo los siguientes hijos:

- Emilio (25/02/1879, gerente de banco)
- Máximo Luis Alfredo (18/02/1880, médico)
- Ana Margarita (30/05/1882, casada con el pastor Tron)
- María (23/07/1884, médica)
- Alina (23/08/1885, química [medalla de oro])
- Alice (15/01/1887, médica)
- Daniel (13/11/1889, médico)
- Juana Ester (02/02/1892, directora del liceo de Colonia Valdense)
- Enrique Clemente (10/08/1893, abogado integrante de la Alta Corte de La Haya)
- Santiago Félix (14/06/1895, muerto en un incendio en 1897)
- Clara Elena (05/09/1896, química)
- Lucía Paulina (25/09/1898, química)
- Claudio Víctor (14/05/1900, médico)

En toda la tarea realizada, Daniel Armand-Ugón contó siempre con la ayuda de su esposa Alice Rivoir, quien enseñaba francés y música, costura y labores a las niñas, organizaba los coros de la iglesia y colaboraba con el doctor Imhoff, médico de Colonia Suiza, siendo la encargada de vacunar a los niños en las escuelas y de realizar las curaciones indicadas por el médico.

En ese ambiente transcurrió la infancia de Víctor Armand-Ugón, completando sus estudios de liceo y preparatorios en el liceo de Colonia Valdense, que luego recibiera el nombre de Liceo Daniel Armand-Ugón.

Traslado a Montevideo

Uno de los momentos dolorosos en la vida de Daniel Armand-Ugón sobrevino cuando sus hijos, terminando su ciclo liceal, debieron continuar sus estudios en la capital. Fueron momentos de nutrida correspondencia, de la cual extraemos algunos fragmentos:

> [...] Tu última carta me ha interesado mucho. Por ella veo que tú estás en contacto con muchas ideas nuevas y... hasta extraordinarias. Se puede aplicar en este caso la recomendación del Apóstol Pablo: "Examinadlo todo, retened lo que es bueno". El socialismo no me inquieta cuando se trata de hacer desaparecer las injusticias o las desigualdades, que, por ser seculares, no se han vuelto por eso venerables... No quisiera, sin embargo, colocar al individuo entre las manos del Estado, porque de todas las máquinas que trituran al individuo, tales como la riqueza, los intereses creados, la sociedad, los prejuicios, la religión de una cierta clase, es todavía el Estado que tritura a los individuos con menos compasión... Os recomiendo y ordeno trabajar de una manera razonable, pero no más que eso. La pereza y el exceso de trabajo son dos pecados, dos faltas. Acaso el exceso de trabajo sea más fatal que la pereza. Si el cuerpo está obligado y la salud comprometida, todo está concluido...

En 1918 ingresó a la Facultad de Medicina Claudio Víctor Armand-Ugón, en una generación de 76 estudiantes entre los que figuraban nombres conocidos como: Américo Agustoni, Enrique Apolo, Almerindo Barros, José Bove Arteaga, Ricardo Cappeletti, Valentín Crosa, Domingo Chiazzaro, Ernesto Choca, Carlos María Domínguez, Alfonso Frangella, Fernando D. Gómez, Diego Lamas, Julio Lorenzo y Deal, José D. Mautone, José Percovich, Luis Petrillo, Víctor Raggio, Alcides Riccetto, Rodolfo V. Talice, entre otros. Se debe señalar que los 76 terminaron la carrera.

Para ese entonces, ya se habían recibido como médicos los hermanos mayores de Víctor Armand-Ugón: Máximo Luis Alfredo el 23 de diciembre de 1904, quien ya trabajaba en Rivera desde antes de esa fecha y fue el primer médico graduado de Montevideo que se radicó al norte del río Negro. María se recibió el 24 de diciembre de 1909 y se dedicó a la ginecología. Alice se recibió el 30 de octubre de 1916 y ejerció la pediatría. Cuando el hijo menor de Víctor enfermó de leucemia, atendido por el profesor Portillo, Alice concurría

diariamente a ver y acompañar a su sobrino Andrés a la casa de la calle Buschental 3420, donde entonces vivía la familia. Por último, Daniel ya se había recibido el 14 de diciembre de 1914 y se había radicado en Nueva Helvecia.

Desarrollo profesional

Víctor Armand-Ugón ingresó como practicante interno por concurso de oposición en 1921, desempeñándose en los servicios dirigidos por los profesores Juan B. Morelli, Alfonso Lamas, Juan F. Canessa y José Iraola. Se recibió en agosto de 1924. Trabajó intensamente en cirugía general y demostró un especial interés por las afecciones torácicas. Desde 1924 hasta 1930 fue cirujano adjunto de guardia del Hospital Maciel, con la supervisión de José Iraola, acompañándolo en la totalidad de sus guardias diurnas y nocturnas y realizando en ellas casi toda la cirugía de urgencia.

En el borrador de la carta que dirigió el 5 de abril de 1932 al presidente del Consejo de la Salud Pública, Eduardo Blanco Acevedo, solicitando ser tenido en cuenta para el cargo de cirujano de guardia del Hospital Maciel, destacó su período de actuación con José Iraola y enfatizó que la cirugía de urgencia solo se aprende estando bajo la dirección de un cirujano competente. Desde 1924 hasta 1940 integró la clínica quirúrgica del profesor Horacio García Lagos.

Su preocupación por la enseñanza en la Facultad de Medicina y por el futuro Hospital de Clínicas quedó evidenciada en una carta que recibió de Manuel Quintela en 1926, que transcribimos:

> Octubre 28 de 1926. Sr. Dr. Don Víctor Armand-Ugón. Estimado colega y amigo: La nota de aplauso, con motivo de la sanción de la ley que crea recursos al Hospital de Clínicas, la he recibido con mucha satisfacción por el alcance que Ud. da a la citada ley y por las manifestaciones relativas a mi actuación en la Facultad que sinceramente le agradezco.
>
> Creo como Ud. que dicha ley contribuirá a la formación de un medio científico que falta en nuestro ambiente médico, pero que ya empieza a formarse. La creación de un gran centro de enseñanza y de estudio alrededor del Hospital de Clínicas será seguramente una de las consecuencias de la ley sancionada. Algunas veces he recibido con pena el reproche injusto de que en mi gestión de Decano me despreocupaba de los problemas relacionados con la investigación clínica y de laboratorio. Lo he dicho varias veces: la investigación no se decreta ni se impone por leyes; se prepara dando a los estudiosos los medios y la oportunidad para realizarla. De esto me he preocupado siempre el luchar por la reglamentación racional de las agregaciones; por la creación de laboratorios y de puestos de trabajo para los jóvenes estudiosos que aspiren a algo más que a ser buenos médicos; por obtener recursos para esos laboratorios y para hacer nuestra biblioteca y finalmente por la creación del Hospital de Clínicas, en donde se instalarán también los Institutos de Higiene, Anatomía Patológica, Instituto de Neurología, Laboratorio Central de las Clínicas, etc. Es así como he creído debían servirse los anhelos

> de nuestra juventud estudiosa y los deberes del cargo que ocupo. Vd. me ha comprendido y por ello le estoy particularmente agradecido.
>
> Lo saluda afectuosamente su amigo Manuel Quintela

Fue médico cirujano por concurso de oposición en el Hospital Fermín Ferreira, de 1927 hasta 1937, donde realizó las siguientes tareas: médico interno de guardia, jefe de policlínica, con un promedio anual de 3400 consultas externas, y jefe del pabellón n.º 12.

En 1929 fue designado delegado por la Asistencia Pública Nacional al 2.º Congreso Panamericano de la Tuberculosis y Congreso Médico del Centenario de la Academia de Medicina de Río Janeiro.

En 1930 la Facultad de Medicina lo envió como delegado al Congreso de Patología Regional en Salta.

En el prefacio de la publicación *Estudio etiológico y topográfico de los procesos localizados del tórax*, de Raúl Piaggio Blanco y Federico García Capurro, dice García Lagos:

> Desde 1918, después de la Conferencia Interaliada y después de 1922 cuando ocupé la cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, me ocupé de la cirugía del tórax y sobre todo de los procesos supurados. El estudio diario en la clínica desarrolló a mi alrededor un cierto grupo de alumnos que hoy son especialistas en las afecciones del tórax: Armand-Ugón, Roca, Piaggio Blanco. Una constante preocupación de la Clínica fue el estudio de la base derecha, frontera de difícil delimitación, sobre cuyo diagnóstico gira toda la terapéutica de las afecciones tóraco-abdominales. En 1929 mi hijo Federico García Capurro comenzó a hacer exámenes lipiodolados, formando gracias a la centralización de la asistencia de los enfermos de las vías respiratorias realizada por José Martirené, un archivo de broncografías realizadas que instaló en el servicio de Barcia.
>
> Esta centralización benefició a mi clínica, y pude gracias a ella y a la broncografía, presentar en las Jornadas Médicas Argentinas de agosto de 1931 un trabajo sobre "El diagnóstico clínico y topográfico de algunas afecciones quirúrgicas del tórax", que tenía como objeto hacer conocer los resultados obtenidos por Sarno, Roca, Armand-Ugón, García Otero, Barcia, Urioste, Gómez, Cunha, Pelfort, Alonso Regules, Nattino, Magri, Más, Piaggio Blanco, García Capurro y los de mi servicio.

Armand-Ugón desarrolló durante estos años una enorme actividad quirúrgica, con múltiples publicaciones y asistencia a congresos, demostrando en todas sus actuaciones una solidez conceptual afirmada por sus conocimientos. Fue un lector infatigable, estaba al tanto al momento de las novedades quirúrgicas que iban apareciendo y demostraba ya una experiencia muy importante.

En 1930 publicó "Píoneumotorax hidático" en la *Prensa Médica del Uruguay* y, junto a Armando Sarno, "Colapsoterapia quirúrgica primitiva en la tuberculosis pulmonar", un relato al Congreso Médico del Centenario.

En 1931 publicó "Abscesos crónicos. Neumectomías al cauterio" en el *Boletín Sociedad de Cirugía del Uruguay* y la *Revista de la Tuberculosis del Uruguay*. En este punto, debemos recordar los malos resultados que se obtenían en la década del veinte con las resecciones pulmonares en abscesos pulmonares y bronquiectasias con mortalidades cercanas al 70%. A pesar de esas cifras, se seguía operando por la mejoría que experimentaban los sobrevivientes.

En 1929 Graham (quien en 1933 realizaría la primera neumonectomía en un tiempo por cáncer de pulmón con éxito), describió un procedimiento con una irritación pleural previa, quema luego con un cauterio el tejido pulmonar infectado y necrótico. Presentó una serie de 54 casos con una mortalidad de 11%. Armand-Ugón utilizó este procedimiento y en 1931 hizo una comunicación a la Sociedad de Cirugía de Montevideo donde señalaba una mortalidad del 65% en los abscesos crónicos de pulmón. Decía al respecto:

> Esta extraordinaria mortalidad justifica las terapéuticas más arriesgadas, y con mayor razón si se recuerda que estos enfermos son verdaderos parias sociales por su expectoración abundante y fétida, que inspira repugnancia. Ellos mismos se sienten degradados socialmente y sobrellevan con toda amargura, una enfermedad peor que la muerte.

También del mismo año son: "Pulmón quístico unilateral de origen congénito", en la *Revista de la Tuberculosis del Uruguay*, y "Forma atelectasiante del cáncer de pulmón", publicado junto a Migliaro y Más en la *Revista Médica del Uruguay*.

En 1932 recibió en el Hospital Maciel a un paciente enviado de Minas por el doctor Ricetto. Luego de ser estudiado por García Otero, Volonterio, Velasco Lombardini y Barcia, se llegó a la conclusión de que tenía una bala alojada en el corazón. Armand-Ugón lo operó el 29 de julio, ayudado por Cantón y Roca Estévez. Velasco Lombardini fue haciendo electrocardiogramas seriados efectuados directamente sobre el miocardio, recogiendo valiosos datos. Como lo expresa Alfredo Ruiz Liard, podríamos decir que fue un precursor del monitoreo. La operación fue un éxito y tuvo enorme repercusión en ambas márgenes del Río de la Plata.

Consultado por la prensa, Horacio García Lagos dijo que la operación había sido hecha con maestría y sencillez, dando la impresión de una absoluta seguridad.

> El Dr. Armand-Ugón ocupa el cargo de cirujano de las afecciones del tórax en la Clínica de la Facultad de Medicina que dirijo en el Hospital Maciel. He de advertir que cirujanos de esta especialidad se cuentan en el mundo con los dedos. Puedo citar nombres como los de Eiselberg, Sauerbruch, Hedblom, etc. Por supuesto dicha especialidad constituye una de las más difíciles dentro de los dominios de la cirugía moderna; y ha nacido recientemente. Es éste el ramo en que sobresale mi discípulo el Dr. Armand-Ugón.

En 1934 publicó en la *Revista de la Tuberculosis del Uruguay* "Lobectomía por bronquiectasias". Se trataba de una paciente de 26 años con bronquiectasias del lóbulo inferior izquierdo. En un momento de alta mortalidad de las lobectomías, planificó una preparación previa que le insumió año y medio, con una frenicectomía y una toracoplastia inferior izquierda. Posteriormente, le efectuó una lobectomía en dos tiempos con éxito. En octubre del mismo año presentó en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires "Contribución al estudio de la cirugía de cuerpos extraños del corazón". Oscar Ivanissevich, al comentar el trabajo, dijo:

> De tanto en tanto llegan a esta Sociedad trabajos como éste que nos toca relatar hoy, en los que domina un verdadero espíritu científico y un raro criterio de síntesis que debe propiciarse y aplaudirse… Con documentación irrefutable Armand-Ugón historia su enfermo y trata con profundo conocimiento, en forma muy breve, la indicación operatoria y la vía de abordaje. El estudio electrocardiográfico realizado antes, durante y después del acto operatorio, singulariza esta observación completa y feliz. Creemos en fin que Armand-Ugón sin descuidar detalle, ha puesto al servicio de su enfermo todo lo mejor que la cirugía actual podía ofrecerle. El estudio electrocardiográfico da a esta observación un singular valor. En mérito a estas circunstancias, pedimos que este trabajo del Dr. Armand-Ugón se publique íntegro.

En 1935 la Academia de Cirugía de Buenos Aires designó a Armand-Ugón relator oficial en su representación para el Congreso Argentino de Cirugía, sobre el tema "Tratamiento del empiema en el adulto". Esto demuestra que Armand-Ugón era ya una figura conocida y valorada por los cirujanos argentinos

Inició el relato expresando a sus maestros García Lagos y José Iraola su profundo agradecimiento por las enseñanzas y por la continuada hospitalidad que le prodigaron en sus servicios del Hospital Maciel. El relato es completo y demuestra su conocimiento y experiencia en el tema, como también el conocimiento de las experiencias norteamericanas y europeas.

Del mismo año son las siguientes publicaciones: "Tratamiento de las pleuresías purulentas agudas y crónicas", apartado de *Acción Sindical*, número científico del Sindicato Médico del Uruguay; y, en *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*, "Equinococosis pleural secundaria" y su tesis de agregación "Neumotórax hidático", en donde ponía a punto el tema con base en el análisis de 16 observaciones tomadas de diversos lugares, 2 de la Argentina, 2 de Francia, 2 de Inglaterra, 1 de Italia, 1 de España, 1 de Rumania, a las que agregó 7 nacionales (1 de Gallinal, 1 de Ricaldoni, 1 de Morelli, 1 de Morquio y 3 de su experiencia personal reunidas en menos de 2 años).

En 1937 publicó "Lobectomía subtotal por quiste gaseoso, cirugía de la disnea" en *Semana Médica*, de Buenos Aires. Allí demostraba su condición de pionero en esta cirugía. Pasarían más de cincuenta años para que el mundo científico reconociera el valor de la cirugía en el tratamiento de la disnea.

En 1938 la Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay publicó *El tórax quirúrgico*, escrito por Armand-Ugón. En el prólogo, la editorial dirigida, por Carlos María Fosalba, decía:

> [...] Este libro es el producto vivo y auténtico de una larga y fecunda experiencia sobre las afecciones quirúrgicas bronco pleuro-pulmonares y mediastinales. En nuestro país ningún autor puede hablar sobre la cirugía torácica con la autoridad del Dr. Armand-Ugón... Sus trabajos numerosísimos y valiosos, le han conquistado un justo renombre y un sitio de privilegio entre los cirujanos del Río de la Plata [...].

El tórax quirúrgico,
Víctor Armand-Ugón, 1938.

Esta obra trata de modo profundo los siguientes temas: pleuresías purulentas, pioneumotórax agudo, tratamiento de los empiemas subagudos y crónicos, quistes congénitos de pulmón, bronquiectasias, abscesos de pulmón, tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, frenicectomías, toracoplastias, neumólisis intrapleural, quiste hidático de pulmón, diagnóstico de los tumores mediastinales y formas quirúrgicas del cáncer pulmonar. En su desarrollo, agregó a su experiencia y conocimiento de los temas la cantidad y el alto nivel de los autores citados. Es evidente que a su conocimiento de los autores europeos se sumaba el de los trabajos en Norteamérica, con frecuentes referencias a Archibald, de Montreal, considerado "el padre de la cirugía torácica en Canadá y Norte América", a Alexander, pionero americano en el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis, a Shenstone y Janes, de Toronto, que con la introducción del torniquete revolucionaron la resección pulmonar por sepsis, a Brunn y Whittemore, entre otros.

Como fue mencionado, una vez inaugurado el Hospital Saint Bois, inició Armand-Ugón en 1937 una intensa actividad quirúrgica allí, que no se interrumpirá hasta el 8 de octubre de 1972, fecha de su fallecimiento.

Fue cirujano del Instituto de Tisiología desde 1939, primero en forma interina y a partir de 1942 como titular, por concurso de oposición.

En 1942 publicó en el *Día Médico Argentino* "Neumonectomía por tumor bronquial".

Fue médico cirujano jefe del Hospital Saint Bois del 1.º de enero de 1940 al 30 de abril de 1953. En esa fecha pasó a ser el director del Instituto de Enfermedades del Tórax.

En julio de 1946, Armand-Ugón hizo una comunicación a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, titulada "La lobectomía en el tratamiento de las secuelas del quiste hidático del pulmón", junto a los doctores Victorica, Hamlet Suárez y Marcalain. En ella, antes de abordar el tema, Armand-Ugón describe su técnica para el tratamiento de los quistes hidáticos hialinos del pulmón.

El 23 de abril de 1947 presentó "Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón" a la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

El profesor de Clínica Quirúrgica doctor Delfor del Valle, del Hospital Ramos Mejía, de Buenos Aires, luego de una visita al Hospital Saint Bois, dijo el 16 de junio de 1947 en carta dirigida al delegado interventor en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires:

> El Dr. Armand-Ugón por sus conceptos clínicos y fisiopatológicos, por su técnica depurada y por su experiencia basada en una estadística excepcional, es un cirujano de tórax que hace honor a la ciencia médica del Río de la Plata. Considero de suma utilidad para nuestra cultura universitaria la concurrencia del Dr. Armand-Ugón a nuestras aulas para dictar conferencias y realizar operaciones [...].

En 1948, presidió la Sociedad de Tisiología del Uruguay y en 1949, la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

En 1949, junto con Federico J. Salveraglio, Benigno Varela Fuentes y Enrique Claveaux, representó a Uruguay en la Reunión de la Organización Mundial de la Salud, en Roma.

Velarde Pérez Fontana publicó 1953 en el Journal de Chirurgie "Le traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon par le méthode uruguayenne ou extirpation du perikyste". En esta publicación decía que Armand-Ugón rechazaba su operación porque la consideraba peligrosa y permanecía fiel al método de Posadas con las variaciones descritas por Allende y Langer y que lo practicaba por toracotomía posterior. Además, señalaba que Armand-Ugón encontraba todavía aplicable la operación de Lamas y Mondino en caso de neumotórax hidático.

En la reunión de la Sociedad de Cirugía en ese mismo año, Armand-Ugón hizo una comunicación titulada "A propósito del tratamiento del quiste hidático del pulmón", en la que respondía a lo que él mismo llamó "una serie de inexactitudes" de Pérez Fontana:

> El método que utilizamos en el tratamiento del quiste hidático hialino de pulmón busca dos objetivos: a) evitar la contaminación con líquido hidático para evitar siembras ulteriores, y b) suprimir la cavidad adventicial [...], cuando el quiste es de mayor tamaño y profundizándose dentro del lóbulo hacia el hilio, es una maniobra grave y peligrosa, a pesar de las afirmaciones de Pérez Fontana de haber operado 300 casos sin mortalidad [...]. Creo que nuestro método no tiene nada que ver con el procedimiento de Posadas, que es la simple evacuación del quiste por vía transpleural, procedimiento que utilizaba en la misma fecha Navarro [...].

> En cuanto a que utilizamos el agregado de Allende y Langer me remito a los Boletines y trabajos de la Academia Argentina de Cirugía, año 1947, pág. 549, donde Mario Brea expresa lo siguiente: "Deseo decir breves palabras respecto de la comunicación de Allende y Langer [...] Como Allende debió ausentarse a los Estados Unidos, me pidió que hiciera presente a los Sres. Académicos que en su trabajo ha omitido que los Dres. Armand-Ugón, Victorica, Suárez y Marcalain, (Boletín Sociedad Cirugía del Uruguay pág. 465, año 1946) en una comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía del Uruguay (el 24 de julio de 1946) hacen referencia a un procedimiento similar tocante a la oclusión de las aberturas bronquiales.
>
> Con relación a la toracotomía posterior, nueva rectificación porque hemos escrito que utilizamos toracotomía amplia (años 1946 y 1947).
>
> Con relación a que encontramos aplicable la operación de Lamas y Mondino en casos de neumotórax hidático, nueva inexactitud de nuestro erudito compatriota, porque nos parece tan absurdo aplicar el Lamas y Mondino a un neumotórax hidático, que nos exime de mayores aclaraciones.

En 1954, Armand-Ugón y Pérez Davant publicaron en *El Tórax* "Indicaciones y elección de las intervenciones quirúrgicas en los tuberculosos pulmonares tratados con antibióticos y quimioterapia". En este trabajo señalaban la marcada tendencia de la tuberculosis pulmonar de presentarse bajo formas anátomo-clínicas cada vez más localizadas, menos evolutivas y más fácilmente estabilizables. Al hablar del milagro producido por los antibióticos en su tratamiento, resaltaban una modificación lesional muy particular provocada por la isoniazida en ciertas formas clínicas de la tuberculosis pulmonar, que podía ser pasible de cirugía como secuela no tuberculosa, descrita por Purriel, Muras, Piovano y Casamayou con la denominación de "casectomía química". Se producía por acción antibiótica una curación bacteriológica y anatómica de la tuberculosis, pero con defecto o "efecto contrario", como dice Sayé.

En ese trabajo reportaban más de 1800 toracoplastias realizadas en el Instituto de Enfermedades del Tórax desde 1937 a esa fecha, con el 75% de buenos resultados.

En el Congreso Uruguayo de 1954 se presentó una comunicación sobre que en la Policlínica Cardiológica del Hospital Pereira Rossell en 172 cardiopatías congénitas estudiadas se diagnosticaron 35 conductos arteriosos persistentes, de los cuales fueron operados 22. Larghero, quien en 1945 realizara en Montevideo la primera obliteración del canal arterial con éxito, operó 1. Los 21 restantes fueron operados por Armand-Ugón sin mortalidad operatoria.

También realizó cirugía de la estrechez mitral, como lo demuestra una publicación de *El Tórax* de marzo de 1964, de Di Bello y colaboradores: "Calcificación de la aurícula izquierda". El paciente que dio origen a esta publicación había sido sometido diez años antes a una comisurotomía mitral por Armand-Ugón, con buena evolución.

En el año1955, Armand-Ugón fue relator oficial en el Congreso Internacional de Tuberculosis en Barcelona y asistió al Congreso de Cirugía Torácica en Madrid.

En 1956, fue designado presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, cargo que desempeñó hasta su fallecimiento. Su gravitante personalidad y prestigio científico y social, junto con el respeto que su figura generaba en el ámbito político, le permitieron superar momentos muy difíciles desde el punto de vista financiero de la comisión, consiguiendo la aprobación de partidas sustitutivas que le permitieron a esta continuar con su benéfica tarea. Al respecto, decía el doctor Fernando D. Gómez:

> La importancia que en aquellos momentos adquirió su intervención debe destacarse especialmente pues, se constituyó en factor principal para evitar el colapso posiblemente definitivo, de la efectiva campaña para el control de la tuberculosis en curso de desarrollo. Cumplida como ninguna otra anterior en intensidad y extensión, con apoyo unánime de las autoridades nacionales y con comprensiva participación de toda la población del país.

Como administrador, demostró su preocupación por la justicia social, luchando por lograr soluciones que mitigaran de la mejor forma las penurias económicas de los pacientes y sus familias. Su preocupación se extendió a que los funcionarios tuviesen una retribución adecuada, buscando mejorar el rendimiento en la labor. Por ello no son de extrañar estos conceptos emitidos por el funcionario Darwin de Olivera al hablar en nombre de sus compañeros en el homenaje rendido a Armand-Ugón al mes de su muerte, en el Hospital Saint Bois:

> Nuestro Presidente Don Víctor Armand-Ugón ha muerto. Nuestro sí, porque fue nuestro amigo, ya que de él recogimos lo mejor de su amistad: la sinceridad. Nuestro sí, porque fue nuestro permanente orientador en la lucha gremial y porque de él obtuvimos lo mejor para nuestra vida comunitaria.

En 1958, Armand-Ugón presidió el 9.º Congreso Uruguayo de Cirugía. En el discurso inaugural definió la vida del cirujano como

> una vida de labor obstinada, incesante y penosa […], se vive de esperanza, se sueña sobre un porvenir, pero se vive feliz de haber encontrado en plena juventud una orientación que subyuga y apasiona. Después de largos años en esta dura tarea del aprendizaje, muchas veces acicateado por miserias y privaciones, es necesario abordar la lucha ruda, agobiante, ingrata, de los concursos, para adquirir no el derecho de gozar de la vida, sino el arduo camino para ejercer su vocación profesional o profesoral con renovados sacrificios. Aquellos que se benefician de su trabajo y de su ciencia ignoran las torturas de las ansiedades que nos crean los problemas quirúrgicos; sólo saben de esas asperezas aquellos que viven esta actividad, que la sobrellevan sin debilidades, insensibles a la mordedura del tiempo, pero firmes y decididos a mantenerse en la brecha hasta el final. Una primera e impostergable necesidad es la de abreviar los años de estudios preparatorios, para permitir

> que el futuro médico pueda graduarse joven, disminuyendo ese bagaje enciclopedista con que se le atiborra, exigiéndole que sepa de todo, vistiéndolo de un ropaje de conocimientos universales, que se ve obligado a demostrar en múltiples exámenes, pero que al final tórnase pura preparación teórica, que pronto se olvida para saber poco de todo, pero nada en profundidad útil. Debemos fomentar la especialización para que el cirujano pueda tener a los 30 años su formación intelectual completa, y estar capacitado para desenvolver una actividad quirúrgica general.

Defendió en su exposición el *full time* y señaló que no se puede concebir la práctica quirúrgica si no se acompaña de la investigación científica paralela. Enfatizó sobre la obligación moral de instruirnos de una manera permanente y sin descanso.

Terminó hablándole al cirujano hombre:

> Existe un deber moral de rectitud, de sinceridad, de honestidad, de comunión e identificación sentimental con los que vienen hacia nosotros buscando algo de esa fuente milagrosa de salud que brinda la cirugía.
>
> Tenemos que poseer ese magnífico don de bondad, sublime flor que debe prevalecer entre todos nuestros sentimientos, integrando una aristocracia moral que debemos cultivar como nuestro más preciado bien. Esta sublime solidaridad con el que sufre, que nunca se ahoga viendo correr la sangre y que hace que cada acto quirúrgico sea una renovada e incesante conexión sentimental y une, indisolublemente, médico y enfermo.
>
> La sublime bondad es la que vierte ánimo al desfalleciente que en su ansiosa mirada implora la palabra que da tranquilidad al espíritu, hamacándole una dulce y suave esperanza, y es lo que hace la grandeza casi divina de nuestro arte.

En este final, en el cual se exterioriza su enorme sensibilidad, pero también su espíritu de solidaridad con el que sufre, me hace pensar en la influencia que en su forma de ser y de sentir tuvieron sus padres y el entorno familiar y ambiental en que creció.

En 1962, en el XIII Congreso Uruguayo de Cirugía, el doctor Bonifacio Urioste presentó el relato "Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón". En la discusión, Armand-Ugón, luego de felicitar al relator y señalar su acuerdo en general, hizo diversas consideraciones sobre 100 pacientes con esa patología, vistos en ese año entre el 1º de enero y el 15 de noviembre, procedentes del Saint Bois, el CASMU, el Hospital Italiano y el Hospital Español. De ellos, 62 fueron considerados inoperables luego de la evaluación correspondiente. Explicó el criterio de selección y al respecto debemos decir, más de cuarenta años después, que es el criterio aceptado a la fecha. La evaluación de la lesión pulmonar y de la eventual invasión mediastinal se hacía mediante radiografía simple de tórax y algún enfoque tomográfico. No existían las tomografías computadas y estábamos en ese entonces a menos de tres años del momento en que Carlens había descrito la mediastinoscopía, que no se hacía

en nuestro medio. La única diferencia son algunos pacientes con insuficiencias respiratorias, que no toleran una neumonectomía y que pueden resolverse, en ocasiones, con lobectomías con resección anastomosis bronquial. Cabe señalar aquí que la utilización de estas técnicas se empezó a generalizar en centros de referencia a partir de la década del setenta.

Hablando de variedades de tumores pulmonares, decía Armand-Ugón:

> hay una variedad de tumor sobre la cual queremos insistir, y es un homenaje a un eminente profesor uruguayo, el Prof. Ricaldoni, que fue el primero en 1920, a quien le oímos una clase sobre un tumor del vértice del pulmón. Tumor que fue después retomado en su sintomatología por el Prof. Tobías de Buenos Aires, y que posteriormente fue conocido como tumor de Pancoast. Este tumor perfectamente descrito por Ricaldoni, se caracteriza sobre todo, por ser un síndrome doloroso del ápice pulmonar, que se localiza casi siempre en la fosa supra retro pleural, tomando el simpático y los primeros nervios intercostales. Tenemos un operado con sobrevida de 6 años. Practicamos la exéresis en block de la primera, segunda, tercera y cuarta costillas, juntamente con el lóbulo superior. A veces con apófisis transversa y mismo con algún segmento de vértebra. Porque si se deja evolucionar este tumor, se transforma en los tumores más terriblemente dolorosos de la economía; son enfermos que mueren sufriendo rabiosamente, y no hay ninguna terapéutica, salvo la resección quirúrgica, que los pueda aliviar de sus dolores. Por eso es que creo que deben ser operados.

De los 38 operados, 14 fueron toracotomías exploradoras. Los otros pacientes fueron resecados, efectuándose 13 neumonectomías y 11 lobectomías. La conclusión a la que llegamos después de la exposición de Armand-Ugón no podía ser otra: era muy raro que en nuestro país un paciente con un cáncer de pulmón fuese ajeno a su opinión.

En 1964, la Embajada de Francia creó una Comisión Médica Franco-Uruguaya con el cometido de estimular el intercambio médico entre ambos países. Fueron designado Víctor Armand-Ugón como presidente y Rodolfo V. Talice como vicepresidente, e integraban la comisión, entre otros, Alfredo Navarro y Alfredo Ruiz Liard.

Actividad quirúrgica privada

Por la tarde, Armand-Ugón atendía en el consultorio que compartía con Eugenio Fulquet, Alberto Pérez Scremini y José Luis Roglia en la calle Canelones 929. En esta antigua y confortable casona no solo recibía pacientes de diversas procedencias, sino que también leía y se ponía al tanto de las últimas novedades médico-quirúrgicas. Recibía las revistas más importantes de la especialidad, que ponía a disposición de los integrantes del servicio.

También era visitado por colegas que concurrían buscando su orientación y consejo para resolver pacientes complicados. Por ello, y en el ambiente de

su consultorio, eran frecuentes los encuentros con colegas de diversas procedencias, lo que daba lugar en ocasiones a reuniones gratas y provechosas.

Desde 1935 fue el Jefe de Cirugía del CASMU y a partir de 1940, jefe de Cirugía del Hospital Sanatorio Español. Fue, además, cirujano consultante de diversas instituciones, como el Hospital Italiano, el Hospital Británico, la Asociación de Empleados Civiles de la Nación y la Asociación Fraternidad, entre otras.

Actuación gremial

Tuvo una importante actividad gremial, integrando el Comité Ejecutivo del SMU en 1930 y 1931. En 1934 fue electo delegado del SMU al Consejo de la Facultad de Medicina, órgano que integró durante dos períodos sucesivos, hasta 1940. En ese marco, entre otras inquietudes, planteó durante el decanato de Mario Cassinoni la creación de la Escuela de Graduados. En 1938, 1939 y 1952 integró el Consejo Arbitral del SMU. En 1956 tuvo una intervención fundamental en la compra del Sanatorio de Vigil Sóñora y Piñeyrúa, actual Sanatorio n.º 2 del CASMU, ubicado en avenida 8 de Octubre y Agustín Abreu, en Montevideo.

Actuación política

Pienso que para que su actuación en política se concretara tuvo más que ver su entrañable amistad y solidaridad con el expresidente de la República don Luis Batlle Berres que una verdadera vocación.

Cuando recibió el terrible impacto del diagnóstico de leucemia de su hijo Andrés, al primer amigo que le comunicó la noticia fue a Luis Batlle.

Recordemos el duelo de Luis Batlle con el general Juan P. Ribas, en el cual los médicos fueron Armand-Ugón por el primero y Humberto May por el segundo. La buena relación de los colegas influyó para que, con el correr del tiempo, los duelistas volvieran a hablarse.

En 1955, integró el Consejo Nacional de Gobierno del Uruguay.

Citaré un hecho anecdótico de una de sus intervenciones. En aquel momento, la empresa Norteña promocionaba el consumo de cerveza anunciando la aparición en la botella de una tapita premiada con un auto. Se produjo a raíz de eso un aumento importante en el consumo. Preocupado Armand-Ugón por este hecho, al que consideraba un fomento del alcoholismo, logró la suspensión de esta publicidad.

En las elecciones nacionales de 1958 resultó electo senador de la República, posición a la que renunció, no registrando más tarde otras actividades políticas.

Su vida privada

Al margen de su vocación y dedicación a la asistencia de sus pacientes quirúrgicos y de las limitaciones que le generaba su progresivo enfisema, Armand-Ugón tenía su vida familiar. En su domicilio tenía un respirador de Bennet para paliar los empujes de su insuficiencia respiratoria. Orestes Fiandra, que era su médico, me decía que en los últimos tiempos se le hacía muy difícil dormir.

Casado con María Inés Bayley en febrero de 1935, tuvo cinco hijos: Margarita María, Víctor Javier, Inés, Isabel y Andrés, cuya muerte de niño por una leucemia lo golpeara terriblemente.

Sus múltiples inquietudes lo llevaron a frecuentar diversas esferas, cosechando numerosos amigos. Supo ser amigo de sus amigos. Comenzó por ser amigo de sus hermanos, a quienes protegió, sintiéndose también responsable de que tuviesen siempre la mejor atención médica. Pese a ser el menor, era el referente médico de la familia. Mantuvo una relación amistosa que se prolongó durante toda la vida con la mayoría de sus compañeros que ingresaron a la Facultad de Medicina en el año 1918.

Sus aficiones extramédicas lo llevaron a tener ruedas de amigos en diferentes ámbitos. Una vez por semana jugaban al póquer en la casa de su hermano Daniel. Entre los jugadores estaban Eduardo Platero, que era funcionario público, José Luis Roglia, Luis Batlle (que además era consuegro del dueño de casa) y el ingeniero Maggi. En ocasiones iba a almorzar a Maroñas con la misma rueda de amigos, a los que se unía el Dr. Salterain.

En el balneario La Paloma se reunía con Batlle, el entonces senador Ernesto Amorin Larrañaga, su hermano Julio Amorin Larrañaga y el doctor Devoto, padre de Elena Devoto de Scheck. Armand-Ugón pescaba en la playa Solari, a la cual llegaba en un *jeep*, por las dificultades de acceso, con su sobrino Leonardo Baridón.

Partidario y socio del Montevideo Wanderers Fútbol Club, concurría a la cancha con su amigo Luis Batlle y familiares, como su primo Hugo Leonardo Baridón, su hijo Víctor Javier, su sobrino Ruben y su sobrino nieto Alfredo. Con relación a este sentimiento, permítaseme esta reflexión: tenía el perfil que considero propio del partidario de esta institución.

El campo siempre lo atrajo. Su señora tenía una propiedad herencia de su familia en Paysandú, sobre el río Queguay, que se vendió. Surgió a partir de ahí una sociedad muy interesante. Enrique Cafarel, un modesto habitante de Colonia Valdense, había querido en su juventud entrar de portero en el liceo y Daniel Armand-Ugón no lo aceptó porque le veía condiciones como agricultor. Durante la Segunda Guerra Mundial, a raíz de la escasez de combustible eran muy pocos los agricultores que plantaban. Cafarel consiguió quinientas yeguas de tiro y plantó trigo, con lo que hizo mucho dinero.

Este señor Cafarel se reunió con Daniel y le propuso comprar un campo y hacer una colonia de agricultores en Río Negro (aparece acá, evidentemente, el espíritu valdense). Daniel habló con su hermano Víctor y con el ingeniero Maggi, decano de la Facultad de Ingeniería, y los cuatro compraron un campo en Río Negro, de cinco mil hectáreas, a través de la sociedad El Surco Ltda., cuyo principal accionista era Cafarel, quien llevó seis agricultores y repartió la tierra para los trabajos agrícolas. Héctor, hijo de Daniel y, por lo tanto, sobrino de Víctor, que era estudiante de Ciencias Económicas, entró como administrativo para hacer el control de la producción de los medianeros. A los dos años, Héctor pidió y consiguió ser uno de los medianeros, hecho que recuerda con emoción, pues fue fundamental para su futuro desarrollo como productor rural.

Años después, se separó Cafarel, quedando con la mayor parte del campo. El ingeniero Maggi, Daniel y Víctor quedaron con una parte menor, llamaron al establecimiento El Trebolar.

Siendo presidente de la República, algún fin de semana llegaba Batlle a este campo con la intención de descansar, en una avioneta manejada por su piloto de confianza y edecán, un señor Marroni de filiación blanca, oriundo de la ciudad de Young, que lo había protegido cuando el golpe de Terra. Héctor lo recogía en su camioneta en un local feria, donde estaba ubicado el almacén de Felipe Vidal, a quince kilómetros del campo.

A los cuatro o cinco años, apareció un campo en la zona de Rolón, que Víctor, después de vender su parte en El Trebolar, compró y al que llevó a su sobrino Héctor como agricultor.

Algún fin de semana en que conseguía reunir un grupo de amigos, iban al campo y cazaban perdices: Leonardo Baridón, su socio en la empresa constructora Restano, Platero y el doctor Salterain, quien cocinaba las perdices luego de que Víctor, con minuciosidad quirúrgica, las preparaba.

Su actuación docente

Desde su ingreso a la Facultad de Medicina en 1918 hasta el final de su vida, mantuvo Armand-Ugón una adhesión inquebrantable a la casa de estudios.

Graduado en 1924, tuvo desde muy joven una preocupación por la enseñanza en la Facultad de Medicina y por el futuro Hospital de Clínicas, como queda evidenciado en esta carta que recibió de Manuel Quintela en 1926:

> Octubre 28 de 1926. Sr. Dr. Don Víctor Armand-Ugón. Estimado colega y amigo: La nota de aplauso, con motivo de la sanción de la ley que crea recursos al Hospital de Clínicas, la he recibido con mucha satisfacción por el alcance que Ud. da a la citada ley y por las manifestaciones relativas a mi actuación en la Facultad que sinceramente le agradezco.
>
> Creo como Ud. que dicha ley contribuirá a la formación de un medio científico que falta en nuestro ambiente médico, pero que ya empieza a formarse.

> La creación de un gran centro de enseñanza y de estudio alrededor del Hospital de Clínicas será seguramente una de las consecuencias de la ley sancionada.
>
> Algunas veces he recibido con pena el reproche injusto de que en mi gestión de Decano me despreocupaba de los problemas relacionados con la investigación clínica y de laboratorio. Lo he dicho varias veces: la investigación no se decreta ni se impone por leyes; se prepara dando a los estudiosos los medios y la oportunidad para realizarla. De esto me he preocupado siempre el luchar por la reglamentación racional de las agregaciones; por la creación de laboratorios y de puestos de trabajo para los jóvenes estudiosos que aspiren a algo más que a ser buenos médicos; por obtener recursos para esos laboratorios y para hacer nuestra biblioteca y finalmente por la creación del Hospital de Clínicas, en donde se instalarán también los Institutos de Higiene, Anatomía Patológica, Instituto de Neurología, Laboratorio Central de las Clínicas, etc.
>
> Es así como he creído debían servirse los anhelos de nuestra juventud estudiosa y los deberes del cargo que ocupo. Ud. me ha comprendido y por ello le estoy particularmente agradecido.
>
> Lo saluda afectuosamente su amigo
>
> Manuel Quintela

De 1924 a 1928 ocupó el cargo de jefe de Laboratorio en la 4.ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina del Profesor Horacio García Lagos.

Actuó como médico asistente de la Clínica Quirúrgica del profesor Horacio García Lagos entre 1928 y 1943, de la Clínica Quirúrgica del profesor Pedro Larghero entre 1944 y 1945, y del Instituto de Tisiología en 1947.

En 1934 y en 1937 fue electo delegado de los profesionales ante el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

En su legajo de la Facultad de Medicina, en la parte correspondiente a observaciones, figura que el 29 de octubre de 1935 el Consejo Directivo resolvió presentarle su felicitación y su agradecimiento con motivo de la brillante actuación que le cupo en su carácter de delegado de la facultad ante el Congreso de Cirugía Argentino. Debemos recordar que en ese congreso tuvo la responsabilidad del relato del tema oficial, "Tratamiento del empiema en el adulto".

El 26 de diciembre de 1938 el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina resolvió agradecerle el envío del volumen de su obra *El tórax quirúrgico* y transcribir las expresiones elogiosas vertidas en el seno del consejo respecto al extraordinario valor científico que representa dicha publicación para la ciencia médica del país.

El 13 de abril de 1948, por reconocimiento excepcional y expreso el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, fue designado profesor *ad honorem*.

Creación de la Escuela de Graduados

El 18 de setiembre de 1952 fue aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina el texto del Reglamento General de la Escuela de Graduados, elaborado por el decano Mario Cassinoni.

> No era una idea original. Hacía años que varias clínicas organizaban "Cursos para graduados", de perfeccionamiento y de actualización. En 1936 Víctor Armand-Ugón, entonces consejero de la Facultad, presentó un proyecto de creación de Escuela de Postgraduados con intención y planes distintos a los que orientaban la enseñanza de los estudiantes. En las reuniones de la Asamblea del Claustro de 1946 se volvió a discutir el tema y se aceptó la necesidad de la creación de una escuela con esos fines.[161]

La vocación y la preocupación de Armand-Ugón por la docencia lo llevaron a pensar que era necesario e impostergable un cambio en los planes de estudio, que los médicos tenían que graduarse más jóvenes, para aspirar en esa etapa fermental de la vida llegar a la excelencia en su especialidad.

Sus clases eran instructivas, prácticas, amenas. Como pionero que había sido en su especialidad, hablaba del pasado, de las dificultades que habían tenido que enfrentar los precursores y él mismo, y cómo las fueron superando con la evolución de los conocimientos. Todo esto dentro de un marcado respeto por aquellas figuras y por las limitaciones que debieron enfrentar para la mejor atención de los enfermos.

Transmitía a los jóvenes conocimientos de patología y clínica, pero no repitiendo esquemas de lecturas de la literatura, sino mostrando las diversas etiologías, formas clínicas de presentación de las patologías, las dificultades diagnósticas, cómo se debía llegar al tratamiento y en qué oportunidad este se debía realizar. Todo esto lo relacionaba con pacientes atendidos por él o por sus colaboradores, perfectamente documentados, y precisaba en forma rigurosa las evoluciones y los resultados obtenidos.

Mostraba, y mostraba mucho: cómo había que hacer las cosas y cómo no se debían hacer. Con una experiencia realmente muy importante, exponía documentos irrefutables de las dos cosas.

Objetivo, crítico consigo mismo, honesto. Nunca tuvo la menor dificultad para reconocer errores propios o de sus colaboradores. Fue un docente que enseñaba con el ejemplo. Prefería comunicarse con los jóvenes al lado de la cama del enfermo.

Mantuvo en el ejercicio de la profesión y de la docencia una muy buena relación con colegas, profesores y estudiantes, basada en la ética y en el respeto por los pacientes.

Hamlet Suárez, en diálogos que manteníamos en el trayecto al Hospital Saint Bois, me comentó que durante el concurso de agregación Armand-Ugón

161 Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A. L.; Sánchez Puñales, S. y Sierra, J. *El Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix, 2011.

se sintió perjudicado por Clivio Nario. Tiempo después, al encontrarse en la Confitería Americana de 18 de Julio, se produjo un incidente entre ambos, que culminó con el envío de padrinos por parte de Nario. Al final, con fecha 30 de noviembre de 1933, el Tribunal de Honor integrado por Juan J. Amézaga, Blas Vidal y Abel J. Zamora concluyó:

> Que resulta explicada la actitud violenta del Dr. Víctor Armand-Ugón por su persuasión de haberse expresado el Dr. Clivio Nario en forma hiriente respecto de su dignidad y su reputación [...] Que analizado el conjunto del incidente producido debe conceptuarse que no existe la condición de gravedad, que según la ley de la materia, puede justificar la realización del duelo.

La última clase

El 9 de octubre de 1974, en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, en el local de la Agrupación Universitaria ubicado en la calle Agraciada 1464, se realizó un homenaje a la memoria de Armand-Ugón en el 2.° aniversario de su desaparición física.

El homenaje consistió en la presentación de una serie de trabajos de temas de la especialidad por parte de sus colaboradores, según el siguiente programa:

1. Dr. Alfredo Ruiz Liard: Palabras previas.
2. Dra. María Julia Salsamendi, Dr. Darío Quiróz y Dra. Nylda Cassinelli: Anestesia en cirugía pulmonar.
3. Dr. Eduardo Casamayou: La broncoscopía en la cirugía pulmonar.
4. Dr. Ariel Rodríguez: Funcionalidad respiratoria y cirugía pulmonar.
5. Film en colores. Técnica realizada por el Prof. Dr. Víctor Armand-Ugón: Técnica operatoria del quiste hidático de pulmón.
6. Dr. Jorge Nin Vivó: Conducta frente a la hidatidosis pulmonar complicada.
7. Dr. Hamlet Suárez: Tránsito hidático hepato-bronquial.
8. Dr. José L. Martínez Apezteguía: Conducta frente al neumotórax espontáneo.
9. Dr. Jorge Nin Vivó y Dr. Horacio Etchemendy: Directivas de tratamiento en los empiemas pleurales.
10. Dr. Alfredo Ruiz Liard y Dr. Mario Brandolino: Nuestra posición en las bronquiectasias.
11. Dr. Valentín Crosa Dorado: Cirugía de la disnea en el enfisema, remodelado de pulmón.
12. Dr. Aníbal Sanjinés: Criterio de selectividad en el cáncer de pulmón.

En los días previos, Alfredo Ruiz Liard me hizo llegar una copia de la versión de la clase última de Armand-Ugón, "Conducta frente al empiema pleural", ocurrida en la tarde del 6 de octubre de 1972, dos días antes de su fallecimiento, en un curso de Cirugía de Tórax de la Escuela de Graduados, en el Departamento de Cirugía dirigido en aquel momento por el profesor Uruguay Larre Borges. Nunca supe si era una versión taquigráfica de la clase o provenía de una grabación.

Comenzó diciendo Armand-Ugón:

> El tratamiento del empiema ya había sido proclamado por Hipócrates, pero las dificultades que tenían para diagnosticarlo eran muy grandes.
>
> En el tratamiento del empiema, en general hay que hacer una pleurotomía por debajo, pero a través del tiempo esta simplísima ecuación fue interpretada de distinta manera.
>
> En el siglo pasado los empiemas se drenaban en etapas muy avanzadas de su evolución; cuando eran diagnosticados muchas veces ya había tenido el paciente una vómica del empiema y fallecía.
>
> En esas condiciones las pleurotomías eran operaciones graves, no por la pleurotomía en sí, sino por las condiciones en que se encontraba el enfermo, que muchas veces moría por caquexia con un empiema fistulizado.
>
> Dupuytren con una pleuresía purulenta no se dejó operar y pidió morir por la gracia de Dios y no por la mano del cirujano.
>
> Los progresos de la cirugía abdominal, y de la cirugía de las peritonitis en particular, trajeron el concepto de drenar precozmente el pus tanto en el abdomen como en el tórax. En el Congreso de Cirugía del año 1911, una época reciente, los cirujanos aceptaron por unanimidad que el empiema diagnosticado debía ser operado de urgencia.
>
> Esta fue la enseñanza que nos trasmitieron a nosotros cuando nos iniciamos en medicina. Por eso cuando llegaba a la puerta del Hospital Maciel un empiema se drenaba de inmediato siguiendo las directivas del Congreso Francés de Cirugía de 1911.
>
> Concomitante con la primera guerra mundial aparecieron infinidad de epidemias gripales en todos los países, sobre todo en 1917. Epidemias sumamente graves de neumonitis virósica y a estreptococo. Se acompañaban con mucha frecuencia de pleuresías purulentas en pacientes muy graves, disneicos, cianóticos. Los cirujanos aplicaban lo que era norma en aquella época y drenaban precozmente.
>
> Fue un desastre y fue dramático. Morían casi el 80 % de los enfermos de empiema.
>
> Fue así como las fuerzas aliadas resolvieron crear la "Comisión del Empiema". Designaron como Presidente a Graham uno de los grandes cirujanos norteamericanos, que falleció hace poco por un cáncer de pulmón. Graham

fue el primer cirujano que realizó con éxito en 1933 una neumonectomía por un cáncer de pulmón, y el primero en extirpar un insulinoma pancreático.

Los principios que aprobó esa Comisión deben recordarlos bien, porque son la base del tratamiento del empiema: 1) evacuación evitando cuidadosamente el neumotórax abierto en el período precoz del empiema. 2) Obtener temprana esterilización de la cavidad. 3) Obturación de la cavidad empiemática.

Después vinieron los antibióticos y la cirugía moderna del tórax que nos dio la posibilidad de la toracotomía.

Antes de hacer el tratamiento del empiema es importante hacer el diagnóstico de su topografía con un manejo adecuado de la radiología.

Muestra radiografías de frente y perfiles con empiemas circunscritos localizados con la ayuda del lipiodol y de una moneda, para drenar posteriormente en la parte más declive.

Muestra radiografías en empiema de la gran cavidad que avanza sobre el mediastino, que en algunas está fijo y en otras mantiene su movilidad.

¿Cuáles son los elementos generales para tratar un empiema agudo? Diagnóstico precoz, punciones aspiradoras, drenaje cerrado aspirativo, drenaje abierto y toracotomía.

La punción aspiradora es un tratamiento sencillo que debe ser usado siempre cuando el empiema no está enquistado. En el empiema reciente el pus es chirlo, uniforme y no es espeso. Las punciones aspiradoras se repetirán según las necesidades.

El empiema agudo debe ser drenado por delante por punción aspiradora en la etapa inicial. No me canso de repetir esto que es fundamental. Solamente en la etapa tardía cuando hay pus y está enquistado es cuando está justificado hacer el drenaje abierto.

En los niños la punción aspiradora y el suministro de los antibióticos que correspondan puede dominar y curar completamente una pleuresía supurada.

El drenaje cerrado aspirativo es el procedimiento que se usó mucho antiguamente, y que utilizan la mayor parte de los cirujanos para tratar el empiema agudo. Se basa en el hecho de que se da salida al pus sin permitir la entrada de aire en la cavidad pleural.

La mejor manera de hacer un drenaje aspirativo: infiltración de novocaína generalmente en el 8° espacio intercostal, se hace un pequeño corte con bisturí y se introduce el trócar, que cuando penetra en la pleura se siente que disminuye la resistencia; se saca el trócar, se tapa el agujero con el dedo e inmediatamente se introduce un tubo en la cavidad pleural; se saca después el conductor y se fija el tubo a la pared. La extracción de líquido habrá que hacerla progresivamente, porque ustedes comprenden que un empiema que drena 3 litros, por ejemplo, no se puede evacuar de inmediato, hay que evacuarlo progresivamente porque si no pueden deshidratarlo y ocurrir algún accidente cardiovascular. Este drenaje es el más sencillo, más práctico, y

el que debe usarse siempre en los casos agudos, cuando hay una lesión pulmonar subyacente al empiema, cuando hay una bronconeumonía, cuando el mediastino no está fijo. Exige una vigilancia permanente, porque puede quedar una bolsa de pus sin drenar.

Es el que aconsejan por unanimidad los cirujanos del Congreso de California del año 1938.

El drenaje abierto exige una condición: que el empiema esté enquistado. Nunca operen con drenaje abierto un empiema si no está enquistado.

Si ustedes tienen un enfermo con una gran pleuresía deben hacer punciones aspiradoras durante varios días. Cuando el empiema se circunscribe recién entonces estará maduro para hacer un drenaje abierto. La pleurotomía abierta clásica por resección costal tiene la ventaja de que es un drenaje de seguridad pleural. El drenaje aspirativo es un drenaje de seguridad vital, para asegurar la vida; el drenaje abierto para asegurar el buen drenaje de la pleura.

Muestra ejemplos de drenajes abiertos bien hechos y mal hechos.

Hoy día se agrega a estos procedimientos para tratar los empiemas una nueva opción que es la toracotomía.

La toracotomía tiene sus indicaciones en el empiema agudo. Hay que toracotomizar de entrada los protórax primitivos. Exige una amplia toracotomía en el 5° o 6° espacio para hacer una limpieza completa del tórax. Estos coágulos sanguíneos rodeados de pus no van a permitir una buena evolución si ustedes no hacen una limpieza completa del tórax.

Cierren la toracotomía dejando un drenaje cerrado aspirativo.

¿En qué otro caso hay que ir a una toracotomía? Frente a un neumotórax con pioneumotórax. Hay que hacer la limpieza de la cavidad pleural, cerrar la brecha bronquial o parenquimatosa, re expandir el pulmón y dejar un drenaje cerrado aspirativo.

Cuando el empiema pasa a la cronicidad el tratamiento es mucho más complejo.

El empiema crónico se acompaña por una deformación torácica. Las costillas se intrincan, los espacios intercostales casi desaparecen, el mediastino se desvía hacia el lado enfermo, el diafragma se eleva, y ese hemitórax casi no respira.

El pulmón está firmemente unido a una corteza gruesa que lo envuelve y le impide los movimientos.

Lo primero que hay que hacer es una toracotomía amplia. Resecar si se puede el absceso pleural con las hojas parietal y visceral, sin abrir la cavidad. Esto habitualmente no se puede hacer porque la lesión es muy antigua, y entonces hay que liberar el pulmón de su encarcelamiento, hay que decorticarlo completamente.

La decorticación del pulmón aprisionado por el empiema crónico es uno de los grandes progresos de la cirugía moderna. Fue ideada por Delorme en 1898.

Muestra documentación radiológica de decorticaciones parciales y completas de empiemas crónicos.

Hay casos en que la decorticación pulmonar es irrealizable porque el pulmón está destruido. En estas situaciones hay que realizar una pleuro neumonectomía, extirpar la pleura enferma supurada y el pulmón destruido. Extirpar en block el pulmón y toda la pleura. Es una de las operaciones mayores de la cirugía torácica.

Otras veces bastará con extirpar un lóbulo; por ejemplo si es un quiste hidático que se ha roto en la pleura se puede hacer una pleuro lobectomía y decorticación de los restantes lóbulos pulmonares.

Otras veces se nos presenta un empiema crónico calcificado. La calcificación complica el manejo de la situación. Mientras no se saca totalmente la parte calcificada el empiema no va a curar.

Yo les quisiera mostrar algunas placas más. Ustedes ven que a pesar de estar en el siglo XX todavía se ven cosas raras. Esta enferma es una muchacha que vino de las Islas Malvinas enferma. En Montevideo le sacan esta placa, y con esta placa haciendo fiebre no la tratan. Entra en un convento y al mes vomita un empiema como lo ven en esta placa. Pero hay un agregado muy importante y es que tiene una infección tuberculosa bilateral, que ha sobrevenido seguramente por la larga evolución de su empiema que no fue tratado oportunamente. Cuando la enferma llega a nuestras manos su empiema tenía una evolución de 3 meses.

Aquí tienen otro enfermo que fue tratado en nuestro servicio, y ahí también cometemos errores como en todos lados. Ustedes ven un enfermo que tiene una pleuresía de la gran cavidad. Tendría que haber sido tratado con punciones, haber reducido su empiema hasta transformarlo en un empiema enquistado. No se hizo eso. Se le hizo una pleurotomía abierta y ustedes ven el resultado después de un mes y medio de tratamiento. El enfermo tiene un neumotórax, el pulmón colapsado y hay un derrame pleural. A este paciente no se le hizo el tratamiento conveniente. Debió ser primero aspirado por punciones, con drenaje cerrado aspirativo, y si no curaba después de 10-15 días de tratamiento hacerle el drenaje abierto.

Este es un enfermo con una pleuresía que llega hasta arriba, el hemitórax está lleno de líquido. Se le han hecho varias punciones aspiradoras que lo han transformado en un empiema limitado a la parte inferior del hemitórax. Ha sido tratado correctamente.

Acá tienen un empiema a estafilococo. Neumotórax del lado izquierdo, con una cavidad del lado derecho que la ven mejor en el perfil. Esta patología es muy importante sobre todo en los niños donde a veces se comprometen los

dos lados y hacen un pioneumotórax bilateral que obligan a efectuar un drenaje cerrado aspirativo bilateral.

La mortalidad del empiema varía según las causas.

El empiema que complica una neumopatía aguda bien tratado tiene un pronóstico favorable.

El empiema que complica una resección pulmonar es grave. Debe ser drenado de urgencia tratando de adelantarse a la instalación de una fístula brónquica. Pero cuando esa resección pulmonar es una neumonectomía, queda una cavidad neumotorácica que de acuerdo a los principios de Graham hay que rellenar para conseguir la cura del empiema. Pero ¿cómo lo conseguimos? Debe hacerse una toracoplastia porque no hay pulmón por debajo, y debe ser total.

Muchas veces la toracoplastia es insuficiente para rellenar ese espacio muerto donde falta el pulmón en el hemitórax. Hay que hacer un complemento que es la mediastino plicatura.

Después de hacer la toracoplastia se pasan puntos que van del mediastino a los lechos costales para llevar la pared externa hacia el mediastino y obliterar así la cavidad. Esta operación nos ha dado algunos éxitos.

Actualmente está en estudio un procedimiento ideado por cirujanos norteamericanos que tratan de desinfectar la cavidad empiemática con irrigaciones periódicas con antibióticos por 2 o 3 meses a través de una pleurotomía abierta hasta que la cavidad esté aséptica, y después retiran el drenaje y cierran la pleura.

Los resultados hasta ahora son buenos y parece ser realmente una solución a este grave problema.

Bueno les agradezco la atención y espero que hayan aprendido algo de empíema, si no me sentiría defraudado.

Al terminar su clase, siempre intentaba despejar dudas y le gustaba promover un diálogo con el auditorio. Por eso agregó: "Si quieren hacer algunas preguntas…".

Recibió preguntas, las contestó puntualmente, reiterando en cuanto a los drenajes: "[…] la necesidad de que el médico esté al lado del enfermo. No son operaciones para practicante ni para médico rural. Son operaciones para un cirujano que se dedique a su enfermo".

Finalmente, tuvo con el auditorio lo que sería su último diálogo de su actividad docente.

El parto de la hidátide

En junio de 1947, a través de una sencilla comunicación con algunas ilustraciones, Víctor Armand-Ugón presentó en la Sociedad de Cirugía su técnica inno-

vadora para la extirpación del quiste hidático hialino de pulmón, a través de una prolija maniobra que incluía la participación del anestesiólogo para producir el llamado en adelante "parto de la hidátide".

La presentación fue seguida de interesantes comentarios a cargo de los doctores Ricardo B. Yannicelli, Domingo Prat y Juan Carlos del Campo, todos ellos con amplia experiencia, cuyas inquietudes fueron respondidas con solvencia por el expositor. Así se exponía una técnica que modificaría los tratamientos realizados hasta ese momento para esa patología, con la preservación de la membrana adventicia. Se transcribe seguidamente la exposición de Armand-Ugón, realizada con lenguaje sencillo en un relato minucioso del que no escapa detalle. Destaca la humildad del autor de la técnica, que, siendo totalmente novedosa y mostrando como casuística 34 casos, la presentó a la consideración de sus colegas, pidiendo que le hicieran las observaciones que entendieran para ratificarla o rectificarla, forma de cooperación que requería con alta honestidad intelectual frente a sus pares.

Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón[162]

C. Víctor Armand-Ugón

La extirpación del quiste hidático no complicado *enucleando la vesícula intacta,* gracias a una toracotomía amplia, produciendo neumotórax operatorio, evita las siembras parasitarias pleurales o broncopulmonares y, proporciona, un mínimun de hospitalización, con buenos resultados posoperatorios.

Elección de enfermos y preparación preoperatoria

Cuanto más pequeño es el volumen del quiste, tanto más fácil será su extirpación y menos temibles las complicaciones postoperatorias y secuelas ulteriores. Diagnosticado el quiste hidático de pulmón, se impone la intervención quirúrgica, antes de que sobrevengan complicaciones (supuración, vómicas, hemoptisis, etc.), y hoy, felizmente, el diagnóstico se realiza con precocidad gracias al examen radiológico sistemático de las colectividades.[163]

Cuando el diagnóstico de quiste es dudoso por existir solo una sombra redondeada intratorácica de difícil interpretación, la toracotomía exploradora

162 Armand-Ugón, V. Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.* Esta comunicación fue leída en la sesión del 23 de abril de 1947.

163 Hace referencia aquí a los exámenes de masas mediante la *abreugrafía* (una radiografía de tórax registrada en película blanco y negro de 35 mm, incorporada por el médico brasileño Manoel Días de Abreu [1894-1962]) que practicaba la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, que por aquellos años se inició y se continuó por muchas décadas, lo que permitió detectar lesiones torácicas tempranas en niños y adultos.

es, en la gran mayoría de los casos, la que proporcionará la solución diagnóstica y consistirá en el primer tiempo operatorio. Es lamentable su desconocimiento por los médicos que ven en ella una intervención grave cuando en realidad es tan benigna como una laparotomía.

En el preoperatorio inmediato se inyecta la penicilina[164] de una manera sistemática, obteniéndose así una neta disminución de la expectoración, fiebre, y una normalización en la forma leucocitaria, llevando los enfermos a la mesa de operaciones sin trazas de infección aparente.

Técnica operatoria

Se utiliza anestesia general con intubación traqueal. Al iniciar la intervención, empieza la transfusión sanguínea, controlando la presión arterial a intervalos regulares. Se vigila el buen funcionamiento del aparato de aspiración bronquial, que siempre debe estar a mano del anestesista.

La incisión de toracotomía se practica habitualmente sobre el sexto o séptimo espacio intercostal, estando el enfermo colocado decúbito lateral. Si el quiste es alto y posterior, se utiliza la incisión de Craaford (sic), contorneando el omóplato y abriendo el tórax en el quinto espacio.

Si el quiste está ubicado en los segmentos anteriores del pulmón, la incisión corriente es la toracotomía anterior, con incisión submamaria, estando el enfermo en decúbito dorsal.

La resección costal en la mayoría de los casos es innecesaria, obteniéndose buena luz siempre que se utilice una toracotomía muy amplia. Si el tórax es rígido, como acontece en las personas de edad o cuando se notara excesiva resistencia al abrir el separador torácico, se seccionará atrás, una o dos costillas, lo que proporciona mucha luz, dando claridad y facilidad a las maniobras operatorias.

Abierta la pleura, el cirujano debe controlar la exactitud del diagnóstico y, más de una vez, será necesario rectificarlo. Se investiga el asiento exacto del quiste. En todos los casos que hemos operado, el quiste es fácilmente reconocido y abordable por estar corticalizado en una de las caras lobulares.

Si existen adherencias pleurales en la vecindad del quiste o sobre él, estas son seccionadas entre dobles ligaduras para liberar el lóbulo afectado y obtener su movilización. Movilizado el lóbulo, se protege cuidadosamente la cavidad pleural con grandes compresas de gasa, en toda la periferia de la zona operatoria. *Después de este tiempo el anestesista mantendrá una ligera hiperpresión hasta que la extracción del quiste se haya efectuado.*[165]

164 La penicilina, descubierta por sir Alexander Fleming en 1927, se había comenzado a emplear clínicamente al promediar la Segunda Guerra Mundial. A partir de 1945 se expandió su utilización en todo el mundo y fue durante mucho tiempo el primer antibiótico con aplicación amplia en la clínica.

165 El énfasis es nuestro. Aquí se menciona discretamente la participación del anestesiólogo.

En el límite del parénquima, donde emerge la adventicia, se incinde a esta con delicadeza utilizando bisturí o, mejor, tijera roma.

Se secciona milímetro a milímetro, pinzando los bordes de la incisión, que se disecan profundizando el corte hasta que aparezca la vesícula hidática. No es infrecuente encontrar en el espacio perivesicular secreción puriforme, lo que facilita notablemente las maniobras operatorias. *Se insinúan los dedos entre la adventicia y la vesícula hidática buscando su movilización. El anestesista simultáneamente aumenta la hiperpresión, obteniéndose así la expulsión de la vesícula intacta por la brecha quirúrgica de la adventicia.*[166] Se limpia el saco adventicial deshabitado, se recorta la parte fibrosa y exuberante de la adventicia, y se realiza una hemostasis prolija. En algunos casos se obliteró el bronquio que soplaba en la adventicia, maniobra que últimamente nos ha parecido innecesaria o tal vez perjudicial porque interfiere con el drenaje bronquial eventual.

Se oblitera la incisión de adventicia en planos hasta obtener un cierre rigurosamente hermético y un correcto recubrimiento pleural de toda la línea de sutura.

Se instituye un drenaje pleural cerrado con el fin de evacuar totalmente el neumotórax y el exudado pleural que se formará en el posoperatorio.

Se reexpande totalmente al pulmón cerrando por planos la cavidad torácica. El drenaje pleural siempre se practica por una pequeña contra-abertura.

Posoperatorio

Se mantiene el drenaje cerrado por 48 horas. Pasado este período y la radiografía indicando la buena reexpansión pulmonar y la ausencia de hidroneumotórax, se retira el drenaje pleural. Los enfermos pueden levantarse al quinto día y, si el control radiográfico no señala anormalidad, son dados de alta a los 10 o 14 días de operados.

Casuística y complicaciones

Entre treinta y cuatro operados con esta técnica, no hubo mortalidad operatoria. En tres enfermos se produjo la rotura de la vesícula cuando se incindía la adventicia que había sido incindida por error en su parte culminante, aparentemente más accesible. En esta zona, efectivamente, es muy fina y no existe espacio, perivesicular.

En dos enfermos, se comprobó en el posoperatorio un hidroneumotórax que, al hacerse purulento, hubo de ser pleurotomizado, curando a los enfermos, aunque requirieron una hospitalización de dos meses.

En seis casos se utilizaron idénticas maniobras a las descritas para extraer restos hidáticos enquistados, evolucionando los enfermos sin complicaciones.

166 El énfasis es nuestro.

Creemos que la técnica descrita tiene numerosas ventajas sobre los procedimientos corrientes (operación en dos tiempos, operación en un tiempo, abriendo el quiste, etc.). Pero, consideramos necesarios el control y colaboración de los estimados colegas de la Sociedad de Cirugía para ratificarla o rectificarla, cooperación que desde ya agradecemos profundamente.

Carta abierta al profesor Víctor Armand-Ugón

Por Semy Seineldin

Estimado don Víctor:

Semy Seineldin.

Esta carta se la debí haber enviado hace mucho tiempo. Pero… no lo hice. En mis reflexiones silenciosas, meditando el porqué de mi decisión, pienso que el motivo fue que considero que usted aún convive entre nosotros, que su presencia siempre la sentimos en cada intervención quirúrgica y que recordamos sus consejos en aquellas situaciones imprevisibles por lo desagradable, ¡como el maestro que no abandona a sus discípulos!

Hoy tengo un año más que usted cuando lo conocí. Mis cabellos, obviamente, están canosos, mis dedos comienzan a mostrar un fino temblor y mis piernas no tienen la seguridad de otrora. Frente a mí, observo la fotografía suya que me dedicara y que dice: "Al gran y caballeresco amigo Semy Seineldin. Afectuosamente". Y le seré sincero. Por un breve instante, esta similitud de nuestras edades y esa dedicatoria casi me obligaron a abstraerme si no debía tutearlo. ¡Pero no pude! No puedo hacerlo. Usted es merecedor de un respeto que nos limita y estoy convencido de que no nos es impuesto por su persona, que lo aceptaría. Somos nosotros que lo valoramos como una individualidad inalcanzable.

Pertenezco a la tercera o cuarta generación de cirujanos del tórax. Y sabe, don Víctor, nosotros recogemos el trigo de aquellas semillas que usted sembró con tanto sacrificio. Quisiera imaginarme, desearía introducirme, en aquel tiempo que todo se realizaba con tesón, esfuerzo, disciplina. Reconozco que por aquel entonces todo era ilusiones, deseos, pero el fracaso era la regla y la impotencia, la condena dolorosa. Me lo imagino en solitario, sentado frente a un escritorio de una fría sala de hospital, con sus manos entrecruzadas sobre su frente, meditando como se puede superar ese… o aquel… o el otro escollo. Solo. Sin referentes. Con publicaciones médicas escasas. Con una experiencia que se correspondía a un embrión de escasas semanas. Con algunas lágrimas que se resbalan por la tensa piel de su rostro. Sí, don Víctor. El presente era su problema, su incertidumbre, la incógnita y el futuro, su desafío. Para nosotros todo fue más sencillo. No nos tocó horadar la tierra con las manos. No fue nuestro tiempo transitar por el fango. No sentimos el frío en nuestro cuerpo de un anochecer inacabable. No. Nada de eso. Nosotros solamente recogimos la simiente. Pero acaso, ¿no es agradable para usted que

otros disfruten de su esfuerzo? ¿O me equivoco si observa a todos aquellos que le deben la vida? ¿O lo valoro demasiado si le digo que usted es la expresión máxima de la cirugía torácica de nuestro continente?

No puedo asegurarlo, pero creo que fui el último pasante extranjero en su Servicio de Cirugía del Saint Bois y quisiera ocupar una parte de su tiempo para relatarle algunos pormenores que usted debe desconocer. Yo me desempeñaba como médico interno en la Cátedra de Cirugía III de la Universidad de Rosario. Su titular era el profesor Oscar Cames, muy amigo de los, en ese momento, titulares de cátedras de Cirugía de la Facultad de Medicina de Montevideo, profesores Chifflet y Ardao. Era un Servicio muy bien organizado, con una estructura verticalista que no admitía disensos y con un control riguroso, en el cual los índices de morbimortalidad eran cuidadosamente observados. Los mínimos equívocos eran sancionados y las reiteraciones, pasibles de inmediatas cesantías. En pocos meses, más exactamente al finalizar el año, completaba mi formación en la especialidad de cirugía de tórax. La instrucción allí recogida fue muy buena, pero internamente consideraba que aún no estaba capacitado para encarar libremente el ejercicio profesional. Decidí entonces realizar una pasantía prolongada en un servicio prestigiado, con mayor volumen de intervenciones, que permitiera acrecentar mis conocimientos y mi experiencia.

Y allí comenzó mi interés en tratar de concurrir al suyo, pero el problema era que desconocía cómo contactarme con usted. Un instructor de la cátedra fue el intermediario para que el profesor Cames me entregara una nota de recomendación para el doctor Chifflet.

Era mayo de 1967. En el 9.º piso del gigante Hospital de Clínicas de Montevideo le entregué la carta a su secretaria. Me sugirió que tomara asiento, porque debía esperar hasta que el profesor se desocupara y me pudiera atender. Entró a su despacho mientras me preparaba para aguardar el tiempo necesario para la entrevista, pero apenas transcurridos unos segundos, ¡solamente unos segundos!, los que lleva abrir un sobre y leer rápidamente el contenido, escuché una voz altisonante, o, directamente, un grito: "¡Que pase inmediatamente!".

Apenas la secretaria traspasó la puerta, nos miramos sin balbucear palabras. Pienso que ella se impactó por considerar que se trataba de un personaje importante y yo sorprendido porque era un simple médico interno de un servicio de cirugía y nunca pensé que un profesor titular me recibiría tan rápidamente y con tanta efusividad. Comprendí que era por el culto a una amistad inquebrantable. Me saludó muy cordialmente y yo le comenté que el objetivo de mi visita era que deseaba realizar una pasantía en su Servicio de Cirugía Torácica y no sabía cómo hacerlo. Observé cierta desazón en su rostro, pero, de inmediato, su respuesta fue muy simple: "¡Usted lo llama por teléfono a su casa al mediodía de parte mía y le aseguro que lo atenderá con gran placer!". Lo miré consternado. Interpretó el motivo de mi incertidumbre. Entonces,

con un gesto muy paternal, acercó su cara, extendió su brazo derecho y me explicó: "Doctor, nosotros, los uruguayos, somos muy parecidos a ustedes y muy distintos en otros aspectos. Llámelo y usted notará la clase de persona que es don Víctor. Aquí, en el Uruguay, todos lo queremos, lo respetamos y apreciamos su humildad, su laboriosidad y dedicación. Aproximadamente, a las 13:00 horas, lo encuentra en su domicilio", y me entregó su número telefónico. Le agradecí la información y después de un fuerte apretón de manos me retiré de su despacho.

Mientras caminaba por el Bulevar Artigas rumbeando hacia la 18 de julio, meditaba si era correcto lo que iba a hacer. En mi país, sin que estuviera escrito en ningún reglamento, a un médico interno le estaba vedado dirigirse al titular y más llamarlo telefónicamente a su domicilio. Si alguna información nos era requerida por él, la respuesta la hacíamos llegar por un profesional del equipo médico. La jerarquía era observada permanentemente, el respeto era un común denominador y la disciplina, por lo menos en la cátedra donde yo me desempeñaba, era una condición indiscutida. A las 13:00 horas en punto lo llamé. Créamelo. El hacerlo me hacía sentir incómodo. Un irrespetuoso. Tal vez un trasgresor. Pero al atenderme usted personalmente, por sus cálidas y afectuosas palabras a través del comunicador, mi incertidumbre se transformó en admiración. Me citó entonces en su consultorio, en la calle Canelones, para esa misma tarde, al que acudí puntualmente. Cuando me presenté, lo observé disneico, tratando con visible esfuerzo de expandir su dilatada caja torácica. Leyó con meticulosidad mi currículum. Tuvo unas palabras de reconocimiento a mi labor hasta ese entonces y, de inmediato, aceptó que concurriera a su servicio por el lapso que le solicitaba, que era de un año. Llamó a su secretaria en el hospital para que me preparara ciertos comprobantes que me eran requeridos y me hizo saber que en horas de la tarde pasara por su domicilio particular a buscarlos.

Esperando que el tiempo transcurriera, contemplando la esbeltez de la Plaza de la Independencia, suavemente iluminada por los últimos destellos del sol que se alejaba, observé que la guardia presidencial franqueaba la entrada principal en dos filas paralelas. Interpreté que prontamente el presidente saldría, por lo que me acerqué a escasos pasos de los granaderos (blandengues) para conocer al general Gestido. Mis sorpresas continuaban. Nadie me limitaba en la ubicación privilegiada en que me encontraba ni me pedían que me retirara. Tomé conciencia de que estaba en el Uruguay, ese "pequeño gran país" en que las libertades y el respeto ciudadano eran las reglas permanentes. Lamentablemente, tuve que abandonar, por la incompatibilidad entre el retardo del presidente y mi compromiso de ese momento. Fui a su apartamento, en el predio inmediato lateral a la Casa de Gobierno, y usted me entregó las notas que necesitaba.

A su solicitud, en marzo de 1968 ingresé en el Instituto del Tórax de la Colonia Saint Bois. Usted personalmente fue quien me presentó a todos los

integrantes del equipo quirúrgico e, incluso, a la jefa de enfermeras. Leía la amabilidad en sus expresiones y en las palabras de bienvenida y, de inmediato, le diré que me sentí como un integrante más de su servicio. ¡Ah!, y, además, uruguayo. Alguien me apodó El Porteño, porque todos pensaron que era de Buenos Aires. Cuando dos meses después se enteraron de que no era de allí sino de Rosario, todos festejaron y percibí un mayor acercamiento.

Mi elección fue muy buena y discúlpeme mi petulancia. Presenciaba doce intervenciones quirúrgicas por semana, una cantidad significativamente mayor que en mi hospital. Pero, además, iba penetrando en un "mundo intraquirófano" que era totalmente desconocido para mí. Observaba la tranquilidad cuando operaban, el respeto entre todos los actuantes, así como la calidad quirúrgica. Sí, don Víctor, era otro estilo de trabajo. Quizás para usted era natural, lo obvio, lo razonable. Pero para mí era novedoso, pues no estaba acostumbrado a esa metodología de trabajo. Con respecto a esa tolerancia, recuerdo que en una operación que se estaba tornando laboriosa por la difícil disección del hilio en un paciente con bronquiectasias, un profesional muy jerarquizado (por razones éticas reservo su nombre) elevó su voz a la instrumentista. La jovencita, muy dolorida, con su rostro escondido por el barbijo, comenzó a llorisquear. Cuando finalizó el acto quirúrgico, usted, al enterarse, lo llamó y con palabras suaves pero firmes le sugirió que le pidiera las disculpas correspondientes. Yo no lo podía creer. No podía ser. Hubiera aceptado hasta cualquier absurda propuesta que ese profesional no lo haría. ¡Y lo hizo! Sinceramente, había que tener mucha, pero mucha…, diría… jerarquía para sugerir sin ordenar y para hacer cumplir las reglas sin necesidad de mandar. Sí…, mucha… usted me entiende, ¿verdad?

Cuando uno tiene los deseos de aprender y es concurrente de un lugar prestigiado, en principio debe admitir que no sabe mucho y que debe disciplinarse y observar todas las maniobras posibles que ustedes habían simplificado. Esa posición que adopté me permitió posteriormente disecar con seguridad los hilios más dificultosos. Siempre permanecía a la expectativa, como un águila acechando a una presa por todo lo nuevo que podía captar. Le relataré algunas. El alambrecito para seccionar al escaleno para la liberación de la primera costilla en la toracoplastia. Le comento otra: en las cisuras incompletas del pulmón izquierdo, la técnica del pasahilo para descubrir la arteria pulmonar cisural. ¿Otra más? Bueno, usted me la enseñó. En las neumonectomías izquierdas, cuando se requería del abordaje intrapericárdico, me enfatizó que tuviera cuidado cuando ligara la arteria pulmonar porque, al contrario del lado derecho, esta es muy corta y puede ser confundida con el tronco proveniente del ventrículo derecho, con el consecuente paro cardíaco por su sección. Me comentó que le había ocurrido en una ocasión y que no debía volver a acontecer. Años después, en una magnífica monografía que escribiera Aníbal Sanjinés, me aboqué a la profundización del manejo de las

estructuras retrocardíacas en las lesiones de los grandes vasos. Y hay otras que no las describo por la limitación obvia de esta carta.

Todo lo que iba meticulosamente observando o que recibía como información, cuando regresaba a mi departamento lo anotaba cuidadosamente y lo releía cada tres o cuatro días para que se me grabara a perpetuidad. Nunca dejé de concurrir a aquellos famosos seminarios de los días miércoles que el profesor Pablo Purriel organizaba. Me sorprendía la acogida que suscitaba por el número de profesionales concurrentes, así como el nivel que se lograba. Se discutían los pacientes a tratar, se los puntualizaba en un cuaderno y en la siguiente reunión Purriel preguntaba por el diagnóstico definitivo. Con él aprendí a leer una radiografía de tórax de perfil que, con la colaboración de Dante Tomalino, también la habían desmenuzado, perfilando cada estructura pulmonar de ese enmarañado tramado que muchos especialistas excluyen por su ignorancia. Posteriormente y durante muchos años, dicté numerosas clases y conferencias sobre radiología normal del tórax, y me llevaba los reconocimientos por las lecturas del perfil. Consiento con usted en que el Saint Bois era un Hospital vetusto, pero obviamente adecuado para que los pacientes bacilares, rodeados por los frondosos arbustos, la frescura del lugar y el canto de los pájaros, lograran la armónica tranquilidad y la profunda espiritualidad que las circunstancias de sus padecimientos requerían. Quedaba lejos del centro de Montevideo. En ese islote solitario, también nosotros sentíamos el dolor y, por momentos, la incertidumbre y la soledad de todos los internados. Sería como… una simbiosis médico-paciente que trataban todos ustedes de soslayar. ¡Sí!, en ese predio distante, quizás, por algunos segundos, usted y Purriel habrán meditado que no era el lugar adecuado a sus capacidades. Es una pregunta que me hago. Aunque también me la respondo. ¿Acaso, por aquellos tiempos, la medicina no se encuadraba dentro de un apostolado? ¿O no se consideraba a la persona como un ser humano sufriente? Si fue usted quien me mostró, cuando operaba a un hombre de color, que "por adentro" somos todos los humanos iguales. Pero le diré algo que me anticipo no me aceptará. No hay dudas de que su servicio era de excelencia. El 5.º piso disentía del resto del hospital en la disciplina, la laboriosidad, la limpieza, la corrección, etcétera, etcétera. Yo tengo el concepto de que hay jefes a quienes se les puede asignar un servicio de cirugía moderno, con toda una aparatología "de punta", y son incapaces de hacerlo funcionar. Así como hay otros que con lo mínimo demuestran su potencialidad, su capacidad de decisiones y su visión progresista que los enaltece porque saben sortear las dificultades, trasmitir seguridad, así como demostrar el verdadero perfil humano solidario. ¡Usted es uno de ellos! No hubiera importado el lugar donde estuviese, los complementos ni el apoyo con que contara. Podría haber sido el Clínicas, pero para usted no importaba. Su capacidad era lo primordial y la lucha por el doliente, su objetivo. ¿Le importaría conocer mi última opinión sobre el Saint Bois? Si amalgamo a su estructura con sus integrantes y le sumo

los años y la experiencia, fue un resumen de la historia de la cirugía torácica mundial.

El hospital donde ejerzo fue inaugurado en 1858 como "hospital de sangre" para la guerra, por aquellos tiempos, contra el Paraguay. Es la más vieja estructura hospitalaria vigente en actividad. En él me desempeño como jefe del Departamento de Cirugía y allí, tratando de rememorar su actuación, con escaso apoyo económico pero con disciplina y objetivos claros, logré modificar procedimientos quirúrgicos, disminuir mortalidad en algunas patologías todavía desafiantes a nuestros esfuerzos y lograr categorizarlo como centro de referencia. Deseo relatarle que es lo que hice "intraquirófano". Como algo ya le he mencionado, era habitual que durante las actividades operatorias las salas de cirugía en nuestro medio se "engalonaran" con gritos, desprecios, diatribas… ¡Y para qué contarle si se presentaba algún imprevisto! Entonces la tensión se exaltaba hasta límites indescriptibles. Usted fue "el culpable" de que cuando asumí la jefatura obligara a que la regla sería la respetuosidad, la docencia, la norma y en los imprevistos el esfuerzo conjunto, el sentido del trabajo. En esta cirugía, la pulmonar, que entre el éxito y el fracaso, la tenue "línea" que separa es de dos o tres milímetros de espesor, en la que la hemorragia fluye raudamente inundando todo el campo quirúrgico, en la que cualquier maniobra instrumental inadecuada puede agravar la situación, aprendí a distenderme primero, tranquilizar a todo el grupo quirúrgico interviniente y a organizarlo, mientras se compensa al paciente, para tratar de controlar la emergencia. ¡Sí, de usted lo aprendí y en esos instantes aciagos el recuerdo de su imagen y sus tranquilas palabras son el estímulo que me asiste para neutralizar el contratiempo! Y en el balance entre aquel tiempo y el que aprendí en el Saint Bois, considero que los resultados finales son netamente favorables a los de su servicio.

Don Víctor, ya sé que mis tiempos también han transcurrido y mi edad me permite calificar a muchas personas, pero no me pida que evalúe a todos los integrantes del Servicio de Tórax. Sabe el aprecio personal que les tengo y temo pecar no por la imparcialidad que me obligaría a mantener, sino por no encontrar los términos que justiprecien el temple personal de todos ellos. Mi inquietud es ostensible. Bueno, si usted me lo pide, lo haré, pero, reitero, ruego que me disculpen si la apreciación no es exacta o si me olvido de algunos de ellos.

Comienzo por el profesor Pablo Purriel. Observador, intuitivo, organizador, obsesivo. A pesar de su jaqueca, esa cefalea que lo martirizaba, buscando siempre la excelencia. Ya le he comentado sobre sus seminarios. Leí todos sus artículos en aquella magnífica revista de tiraje internacional que era *El Tórax*. Pero creo que lo describiré mejor con una anécdota. Usted recuerda que uno de sus temas preferidos era el tromboembolismo pulmonar. En una oportunidad fue invitado para una conferencia sobre ello en el Círculo Médico de mi ciudad. Comenzó estrictamente a la hora indicada y, con unos mi-

nutos de retraso, llega quien en nuestro medio aparentaba ser el que mayor conocimiento tenía sobre el tema. Era profesor de Cardiología de nuestra universidad. Cuando finaliza, su vicedirector se pone a disposición de quienes lo escucharon atentamente por alguna pregunta o aclaración. Nuestro profesor es el primero en pedir la palabra y comienza a hablar, hablar y así continuaba, como intentando una conferencia paralela. Purriel lo escuchaba atentamente pero incómodo. Cuando, después de unos cinco o siete minutos, finalizó, él le responde: "En mi país, a su comentario, nosotros le decimos 'guitarrear'". El silencio era absoluto; ni el cuchillo más filoso podía cortar el aire. Pero, claro, esa respuesta espontánea, lacerante, era aceptada porque provenía de Purriel, y sus conocimientos eran incuestionables.

Continúo con Dante Tomalino. Un caballero en su máxima expresión. Es muy sencillo como lo describiré. Mire, don Víctor, si todo servicio médico hubiera contado con una persona de su capacidad, dudo si la tomografía axial computarizada se hubiera desarrollado con los resultados que en la actualidad presenta. El extraía de "las profundidades" de una simple planigrafía, casi con absoluta precisión, lo que acontecía en cada patología. Se pasaba horas y horas observando hasta obtener el resultado que buscaba. Por ese motivo, los que tuvimos la suerte de trabajar a su lado calificamos a la TAC en el tórax como "un muy buen procedimiento radiológico más" ¡y muchas veces innecesario!

¿Y Olga Muras y Dora Carlotta? Bellísimas personas, trabajadoras, con conocimientos muy profundos de la patología tuberculosa. Cada una de ellas era un libro viviente. Y me comentaban que ninguno de los pacientes que ellas trataban había abandonado el tratamiento, por sus tratos carismáticos y sus convincentes explicaciones.

Y comienzo con los cirujanos. Inicio con Aníbal Sanjinés. Amable, respetuoso. Me agradaba verlo operar y además, no olvido que con él realicé mi primera neumonectomía intrapericárdica. Cuando me comentaba que no poseía conocimientos muy profundos de la anatomía pulmonar y que su condición era que solamente sabía disecar, yo, entonces, me preguntaba: "¿Cómo sería si también supiera?".

El cirujano más inteligente que conocí era Valentín Crosa. Nunca entendí el tornillo sin tuerca que describió, a pesar de habérmelo explicado varias veces. ¿Recuerda usted la toracotomía en anzuelo?, ¿sus resecciones de los lóbulos tuberculosos con el doble electrobisturí?, ¿o su instrumento y el tipo de sutura para el endeble tejido enfisematoso cuando usted le pidió que se dedicara a la cirugía de reducción volumétrica en esa patología? Aún utilizo su técnica, y, como no le gustaba publicar y temía que algún "pícaro" le quitara la paternidad de su descripción, publiqué con su nombre mi experiencia con su técnica en la *Revista Argentina de Cirugía* y ello lo incentivó a enviar un artículo a una revista de habla inglesa. Y no me olvido de sus dos modelos de válvula para el drenaje del neumotórax, que son muy superiores a la clásica

de Heimlich que se utiliza mundialmente. A lo lejos, reflexiono: si en vez de médico hubiese sido ingeniero o hubiese tenido ambos títulos, ¿cuántos inventos hubiera desarrollado?

Y no puedo continuar sin mencionar a Mezzera. Sencillamente, un caballero. Amable, de finos modales, sincero, el colaborador preferido de Crosa y, a su vez, gran admirador de él. Un dúo que se complementaba a la perfección. Hace dos años pude saludarlo telefónicamente y sigo manteniendo mi opinión de aquel entonces.

¡Ah, Hamleto! No, no me olvidaba en absoluto del doctor Suárez. Me gustaba escuchar sus anécdotas mientras preparaba su pipa, sobre usted, las reuniones con los cirujanos de Buenos Aires, de su país, etcétera. Siempre riéndose, formulando ocurrencias o reflexionando sobre algunos absurdos. Lo recuerdo con sumo respeto y gran cariño. Gracias a él tuve en mis manos un torniquete hiliar que guardaba como reliquia y que ustedes utilizaron en el primer período de la cirugía de tórax.

Siempre me agradaba hablar de anatomía quirúrgica pulmonar con el profesor Ruiz Liard. Leí su *Tratado de anatomía*, que escribió con Latarjet, y verdaderamente es toda una joya. Conocía profundamente el tema y Sanjinés lo "incitaba" para que discutiera conmigo. Años después, cuando volvimos a encontrarnos y yo tenía ciertas dudas sobre la vascularización gástrica como órgano sustituto del esófago, él me aclaró bastante al respecto.

Pommerenck. Sí, era un viviente diccionario. Me entusiasmaba escucharlo acerca de los significados de cada palabra y sus sinónimos. Las discusiones con Purriel en los seminarios sobre los aspectos funcionales de las capacidades y volúmenes pulmonares eran para, como se dice, "alquilar balcones". Me ayudó mucho en mi tesis e incluso me corrigió el capítulo sobre "Funcionalismo en el enfisema bulloso".

Coincido con usted con respecto a Etchemendi. Cuando le correspondía operar, tuve la ocasión de ayudarlo. Era muy amable. Fíjese, presentaba un cierto temblor en sus manos cuando disecaba, pero, paradójicamente, era un buen tirador con pistola; no recuerdo si fue campeón. No era un buen técnico quirúrgico, pero permítame decirle que de él aprendí cómo lograr elongar la disección de vasos en íntimo contacto con tumores para ligarlos con mayor seguridad y así evitar una neumonectomía.

De su anestesista preferida, la doctora María Julia Salsamendi, no quiero ni hablar. Nunca le pude ganar una discusión sobre fisiopatología pulmonar. Reconozco que su preparación se sustentaba sobre bases muy sólidas y que mientras usted operaba ella la cimentaba con la lectura de los recientes trabajos científicos. Un concepto básico que me enseñó era ¡que cualquier problema que aconteciera en las primeras seis horas de un posoperatorio de cirugía torácica, la responsabilidad era exclusiva del anestesista hasta que no se demostrara lo contrario! Por ese motivo, los días de cirugía permanecía en el Saint Bois hasta las 18:00 horas. Ahora, todo es distinto. Con el Servicio de

Apoyo de Terapia Intensiva, apenas el paciente "saca la lengua y abre los párpados", se los desintuba sin considerar su capacidad ventilatoria y con ello finalizan sus responsabilidades. Le voy a solicitar una discreción de su parte. Yo continúo estudiando fisiopatología pulmonar porque pienso pedirle una revancha. Todavía no me he decidido cuando, pero pienso que quizás dentro de diez o algunos años más podré enfrentarla. ¡Pero tengo mis dudas!

Jorge Nin fue quien le dio la proyección mundial a la experiencia de su servicio con la publicación en el más importante tratado de cirugía de tórax que se ha publicado, con la tutela de G. Pearson. Lo recuerdo recién llegado de Francia, con todo lo asimilado tras un largo período de trabajo con Mathey, al cual usted fue quién lo incentivó. Sus conocimientos en la precaria cirugía traqueal eran muy firmes y siempre trataba de obtener, de su parte, algún dato interesante. Durante muchos años fue un invitado privilegiado en los congresos argentinos de cirugía, junto a Mario Brandolino.

¡Uy! Martínez. Trabajador incansable. Con un ideal de permanente progreso. Tomaba un tema y lo profundizaba tratando de exprimirlo al máximo. Hábil manualmente. Y esto último permítame destacarlo. Usted recuerda que al Saint Bois iba con un auto descapotado. Muy bien, lo que nunca entendí era cómo realizaba los cambios de marcha si con una mano tomaba el mate y debajo de la axila contrapuesta mantenía el termo. Es toda una incógnita, ¿verdad?

No, a usted no lo puedo evaluar. Es imposible. Y, además, sería una irrespetuosidad de mi parte. Pero ¿sabe cómo yo lo definí cuando me invitaron a unas jornadas en recuerdo de Crosa? Con una sola palabra: "excepción". No, ya sé que usted no lo acepta, pero es mi admiración hacia su figura, a su intelectualidad y a su capacidad quirúrgica. Don Víctor, Jorge Nin me pide que finalice esta carta porque necesita leerla, pero le solicité unos minutos más porque me falta hablar de muchos otros profesionales, como Suárez Meléndez, Piñeyro, Göller, Radice, etcétera. Pero me concedo un discreto espacio para que lo ocupe con mi tesis.

Como iba a quedarme casi un año con ustedes y ya tenía aprobado el curso del Doctorado en Medicina, solicité a las autoridades de la Universidad de Rosario la correspondiente autorización para realizarlo en el Saint Bois. El tema que elegí fue "Quistes gigantes y ampollas de enfisema en el adulto" y se basaría en la conferencia que usted dictó en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Voy a destacarle una observación. Las bulas son un epifenómeno de las enfermedades obstructivas crónicas del pulmón y siempre se las describe como una complicación de estas. Ahora bien, usted aceptó que yo lo planteara desde la óptica de entidad particular y, a propósito de ello, ocupé 210 páginas para hacerlo. No me cabe duda de que usted lo percibió, pero pienso que, como se trataba de una forma original de presentación y provenía de una persona joven, con su natural condescendencia, lo aceptó. En mi dedicatoria decía: "Al profesor C. Víctor Armand-Ugón. Pionero de la

cirugía del enfisema bulloso", y destaco que fue el primero en intervenir esta patología y que fuera publicado con el título de "Cirugía de la disnea" en la *Prensa Médica Argentina*. Le solicité si me la podía prologar y hay una cita de J. J. Rousseau que usted menciona y que lo define en su real naturaleza, y dice: "Yo sé que la verdad está en las cosas y no en mi espíritu que las juzga y cuando menos pongo algo mío en los juicios que realizo estoy más seguro de acercarme a la verdad".

En aquel año 1968 comenzaron a perfilarse nubarrones en el horizonte que presagiaban tiempos difíciles. Y a propósito, me permití dejar para el final de mis opiniones de Casamayou. No me olvidé de él. Primeramente, le comentaré sobre su persona. Era lo que para nosotros, "en nuestra jerga del Río de la Plata", decimos "un muy buen hombre". Iba a verlo en las sesiones de endoscopías rígidas. Contribuía a mi perfeccionamiento y trataba de que yo asimilara en el menor tiempo posible lo que a él le costó una vida. Una tarde, confidencialmente, me comentó que uno de sus nueve hijos lo había detenido la policía por "tupamaro". Pero lo que me sorprendía era que él estaba muy tranquilo, porque en la prisión lo cuidaban con esmero e, incluso, lo protegían. Más aún, como era estudiante y, allí continuaba profundizando los conocimientos de la carrera, si solicitaban un docente para ser examinados, la policía de inmediato lo buscaba para evitar la discontinuidad en sus estudios. Así es, él y su esposa estaban muy tranquilos. ¡Y así era Uruguay!

Pero del día a la noche el libreto cambió. Los pactos de respeto se astillaron, la agresión se magnificó y las libertades se esfumaron en una tenue cortina de humo. Fue cuando el estampido de las armas desplazó al significado de las palabras, cuando las ideas trataron de ser impuestas por la sinrazón, cuando la muerte cubrió con un manto de dolor a una sociedad pacífica y en aquel país, símbolo de la libertad en América, las lágrimas y el horror se cultivaron con vehemencia. Al final, no sé si hubo un ganador, pero lo que le aseguro es que hubo perdedores. Y las heridas aún "sangran". A partir de allí, fue otro país. No el suyo, el de la grandeza de espíritu, el de los ideales, del tesón personal…, el que yo observaba desde la otra orilla del "río de los pájaros" con admiración y cierta… envidia de ese "pequeño gran país", ¡el de "la celeste"!

Y le cuento las dos últimas anécdotas y ¡le prometo que termino!

A los meses de estar en su servicio me llamaron del sanatorio más importante de Rosario para contratarme, pero debía regresar de inmediato. Me negué a hacerlo hasta terminar mi ciclo en el Saint Bois. Aceptaron y entonces me incorporé en el inicio del año 1969. Pero al mes ¡renuncié! Para colmo, no tenía con qué mantenerme y mi señora estaba embarazada. No me adaptaba ni me sentía cómodo de volver a trabajar con quienes me habían enseñado. Era consciente de que podía ser interpretado como una traición o desagradecimiento, pero "mi cabeza había sido lavada" por otro tipo de medicina.

Nunca me agradaron los títulos honoríficos, pero por respeto a la institución que lo otorgaba tuve que recibirlos. Durante mi vida activa, me dediqué

también a la docencia universitaria, no solamente porque me agradaba enseñar, sino porque era una forma de devolver al país lo que había invertido para que pudiera acceder a una carrera terciaria en forma gratuita. Acumulé muchos antecedentes, pero nunca pude obtener un título universitario por concurso. Es posible que hayan intervenido "factores de élite social", pero no me interesó averiguarlo. En 1979 me pidieron que organizara una Unidad Docente de la cual posteriormente fui director y responsable del dictado de la materia Cirugía durante muchos años. Instruí a casi tres mil ahora médicos. Cuando me retiré de la docencia recibí un llamado de la facultad para comunicarme que deseaban entregarme el título de profesor honorario de la Universidad de Rosario. Me extrañó, porque solamente es recibido por quienes han sido titulares por concurso y lo llamativo es que nunca supe quién me propuso, por lo que me permití imaginar que si fue por el tipo de enseñanza, tuvo que haber sido la escuela uruguaya.

Don Víctor, Jorge ahora me vuelve a emplazar. Sí, es un poco larga esta carta, pero tenía necesidad de conversar con usted. Me entristece meditar que quizás es la última vez que lo hago. Debo despedirme aunque no lo desee. Lo acepto con dolor y algunas lágrimas comienzan a aparecer en mis párpados y a deslizarse por los surcos de mi piel, como reflejo de un tiempo que se fue, como un recuerdo de todos ustedes, como resabio de aquel Uruguay inolvidable. Sinceramente, no sé cómo hacerlo. Porque cualquiera sea la forma que adopte, no logra demostrar mi reconocimiento hacia su persona.

Quizás… debería despedirlo
¿Con muchos afectos?
O tal vez…
¿Con un fuerte abrazo?
O ¿Al maestro, con gratitud?

Dr. Semy Seineldin
Jefe de Departamento de Cirugía
Hospital Provincial de Rosario
Ex profesor adjunto de Cirugía
Universidad Nacional de Rosario
Rosario, primavera de 2005

Miradas retrospectivas

Luego de su muerte, Víctor Armand-Ugón fue objeto de diversos homenajes que, por las circunstancias que vivía entonces el país, fueron poco difundidos. Las expresiones vertidas tanto en su sepelio como en el tributo que le ofrecieron instituciones, discípulos y amigos poco tiempo después de su partida, se pronunciaron sentidos discursos que ponen de relieve diferentes miradas con foco en la trayectoria, la personalidad y el magisterio de don Víctor, como afectuosamente todos lo nombraban. Aquí va una selección de algunas de esas alocuciones.

En la introducción de un folleto en homenaje publicado por la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa se decía:

> Víctor Armand-Ugón falleció en Montevideo el 8 de octubre de 1972.
>
> El acto del sepelio en el Cementerio Central constituyó una sentida nota de dolor, registrándose una concurrencia extraordinaria de personas del sector médico, gubernativo, político, pacientes, colaboradores y público en general.
>
> Varios oradores señalaron en sentidas oraciones los rasgos salientes de su múltiple personalidad.

Al cumplirse un mes de su desaparición, la Universidad de la República le rindió su homenaje, concretado en un acto académico realizado en el Salón de Actos del Instituto de Tisiología y Cátedra de Clínica Neumológica, ubicado en el predio de la Colonia Saint Bois.

Durante 16 años ocupó la Presidencia de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, con honor, dedicación y singular eficiencia.

Se reúnen en este volumen los discursos pronunciados en ambas oportunidades, entendiendo que en tal forma quedarán documentados para las generaciones futuras aspectos de la vida de un hombre de nuestra tierra, que dio de sí mismo lo mejor en beneficio de sus compatriotas, con sencillez, con bondad y con amor.

Breve reseña del profesor Víctor Armand-Ugón

Su padre, inmigrado a nuestro país a mediados del siglo anterior, pastor de almas, fue pionero de la colonización en el departamento de Colonia, habiéndole tocado en suerte fundar un pueblo progresista y amante del trabajo de la tierra, que es un emporio de laboriosidad y de riqueza: Colonia Valdense.

Correspondió al hijo ser igualmente pionero de un importante capítulo en el arte de curar: la cirugía torácica.

En los años treinta, estando de guardia en el Hospital Maciel llegó un herido de arma blanca de corazón, que en otras circunstancias hubiera muerto.

Armand-Ugón se armó de coraje y de positiva audacia e intervino. La herida fue suturada y el paciente salió de alta.

Por ese entonces las intervenciones de tórax estaban restringidas al tratamiento en dos tiempos del quiste hidático del pulmón, por la técnica de Lamas y Mondino. Era todo lo que podía hacerse, puesto que la anestesia entonces en boga, con el viejo y noble aparato de Ombredanne, no podía neutralizar la presión negativa del espacio pleural y se corría el riesgo del neumotórax operatorio, tan temido por los cirujanos.

Armand-Ugón rotó luego al Hospital Fermín Ferreira y tuvo allí ocasión de realizar toda la cirugía de la tuberculosis de la época: frenicectomías y toracoplastias en sus distintas modalidades, así como liberación de adherencias, según Jacobeus.

Cuando se introdujo en el país la anestesia por gases y la baronarcosis, permitió superar los inconvenientes de la presión negativa y la cirugía del tórax, a impulsos de Armand-Ugón, tomó inusitado incremento.

Al trasladarse al Saint Bois y poder contar con equipo humano e instrumental adecuados, se fue creando la escuela uruguaya, lo que equivale a decir la escuela de Armand-Ugón, de cirugía del tórax.

Con un dominio absoluto de la técnica quirúrgica general, su mérito mayor acaso consiste en haber simplificado los tiempos operatorios al mínimo, reglándolos sabiamente, con la doble finalidad de obtener el mejor resultado funcional con el menor riesgo para el paciente confiado a su ciencia y a su arte.

Sus trabajos científicos son numerosos, entre los que deben destacarse su libro *El tórax quirúrgico* y sus relatos sobre "Pleuresías" y "Empiema tuberculoso".

Deja una escuela de discípulos capaces, que se formaron en su modalidad de austeridad y disciplina científica y que prolongarán su nombre y su obra.

Su procedimiento de tratamiento del quiste hidático del pulmón, el parto de la vesícula hidática, tiene carta de ciudadanía universal.

La Facultad de Medicina lo designó profesor *ad honorem* y en los dieciséis años que presidió la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, esta realizó reconocida obra a nivel nacional.

El profesor doctor Fernando D. Gómez, en nombre de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, entre otros conceptos señaló:

> Él hizo posible por su gravitante personalidad y prestigio científico y social, la obtención de logros al parecer inalcanzables. Como fue conseguir en momentos en los cuales serias y al parecer insalvables dificultades financieras, generadas por acumulación paulatina de derogaciones sucesivas de los recursos fijados por la ley, obtener la aprobación de otros sustitutivos. Evitando con ello la paralización de las actividades socio-económicas y de las acciones profilácticas que desarrollaba la Institución.

> De sus brillantes condiciones de cirujano nato, dobladas por un incomparable sentido clínico que motivaban fuera consultante obligado de colegas esparcidos por todo el país, para aclarar o establecer un diagnóstico difícil. Para fijar un pronóstico, que permitiera aconsejar o desechar el planteamiento de una riesgosa intervención quirúrgica.
>
> Su trato amistoso, su simpatía personal, junto a una manifiesta vocación docente, hacían transmitiera en forma amplia y generosa su caudaloso bagaje de conocimientos. Nutrido por una insaciable apetencia de mantenerse permanentemente informado sobre los más recientes progresos del conocimiento científico, difundidos por las más acreditadas y responsables publicaciones europeas y americanas. Pero también, en una dilatada actividad profesional, que en cierto momento resultó casi seguramente única y sin parangón en nuestro país.
>
> Si bien la cirugía torácica en su primera rama de desarrollo o sea la pulmonar, había tenido algunos precursores entre nosotros, recién adquirió real jerarquía y posibilidades de acción cuando sus cultores y la mayoría de los enfermos posibles de tratamiento especializado se concentraron en el nuevo Instituto. En un centro que disponía de laboratorios y de equipos adecuados para complementar un estudio clínico y funcional que permitiera fueran intervenidos con las garantías mínimas exigibles al adelanto técnico alcanzado.
>
> La labor cumplida por Armand-Ugón, por sus colaboradores y discípulos, situaron a la escuela uruguaya de cirugía torácica, al nivel de las más prestigiosas del continente. Las realizaciones y aportes a reuniones y congresos nacionales e internacionales, facilitaron difundir los resultados alcanzados con algunas técnicas quirúrgicas originales, como aquella del quiste hidático del pulmón, que lleva su nombre y es utilizada actualmente por los especialistas de mayor renombre.
>
> Pero Armand-Ugón no fue solamente un cirujano de admirada destreza y depurada técnica operatoria, poseedor de agudo y certero sentido clínico. Sino también un docente poco afecto a las clases magistrales, que enseñaba gráficamente actuando y a cuyo lado se formaron la mayoría de los actuales cirujanos de la especialidad.

El decano de la Facultad de Medicina, profesor doctor Pablo V. Carlevaro, en representación del rector de la Universidad, del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República y del Consejo Directivo de la mencionada facultad, en una sentida pieza, entre otros conceptos subrayó:

> Más allá de una valoración exacta de sus altísimos méritos, como médico y como fundador de una escuela quirúrgica en una disciplina que él inauguró con maestría singular en nuestro medio —la cirugía torácica— es de justicia pura señalar a la pública consideración lo que el Dr. Armand-Ugón significó como hombre ejemplar, en sentido pleno e integral.

Formado en nuestra antigua Facultad de Medicina, comenzó su carrera docente y recorrió los estadios iniciales de la cirugía general, sin haber culminado la misma como Profesor de Clínica Quirúrgica.

Él, que fue un formidable maestro, no obtuvo una consagración académica oficial de su magisterio sino después de haber fundado y constituido toda una escuela de cirujanos, auténtica expresión de vanguardia técnica y científica en el ámbito continental.

Él, que había enseñado todos los días en cada uno de sus actos médicos, en cada una de sus intervenciones quirúrgicas de avanzada, no fue profesor de nuestra casa sino por reconocimiento excepcional y expreso de su Consejo, en el año 1948, cuando se le otorga el título de profesor *ad honorem* y era, ya, un maestro naturalmente consagrado.

Si importantísima fue su contribución científica a la cirugía neumológica y tisiológica, si importantes y reconocidos internacionalmente fueron sus trabajos, sus técnicas quirúrgicas originales, sus películas documentales y científicas, quiero rescatar hoy, ante ustedes, y con particular énfasis, el valor actual y la vigencia de su estilo de docencia.

Los títulos no fueron para él, porque él no fue un cultor de los modos verbales de trasmitir el conocimiento; porque el anfiteatro no fue su campo preferido; porque el discurso no era su modo natural da expresión.

Él era, más que un académico, un artista —o, como quizás él mismo prefiriera, un humilde artesano—, un hombre que enseñaba haciendo. Viendo al enfermo, comunicándose con él, desentrañando con el método clínico un diagnóstico oculto, examinando críticamente los documentos anexos, decidiendo la conducta terapéutica, ejecutando —como un eximio— la intervención quirúrgica, prendiéndose a la suerte del enfermo en un post-operatorio que siempre exige, más que ninguno, una honda vocación de médico, una conducta humana indefectiblemente solidaria.

Y este estilo de docencia, que en su tiempo no gozaba de una valoración suficientemente jerarquizada, es —varios años después— el estilo que la docencia nueva aspira consolidar en el ejercicio de la enseñanza clínica del médico.

Maestro en el hacer y maestro —quizás incomprendido— en el modo de enseñar. Doblemente maestro, pues.

Sus inquietudes no se limitaron al quehacer quirúrgico y al hospital.

Nada de la vida fue ajeno a este hombre. Actuó en el gobierno universitario, como consejero de la Facultad de Medicina, en representación del orden profesional; actuó en el gremio médico y fue primer cirujano del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Presidió la Comisión Honoraria de la Cruzada Antituberculosa y actuó allí durante 16 años, evidenciando su preocupación por la proyección social inherente a su campo profesional específico.

> Tiempo atrás, fue requerido para cumplir, fugazmente, gestiones de gobierno, en razón de un reconocimiento acertado de su enorme pujanza vital, de su fecunda ejecutoria, de sus reconocidos méritos.
>
> Y para nosotros, además, cuando el viento arrachado nos sopló de frente, cuando agredieron la Casa que a todos nos hermana —con su tono menor, con su modo llano, con su simpatía sobria e inimitable— cómo nos hizo sentir su apoyo indeclinable, cómo supo darnos el testimonio de su calidad prevalente y firme de universitario.

En nombre del señor ministro de Salud Pública y de sus discípulos, expresó el profesor doctor Alfredo Ruiz Liard, entre otras reflexiones:

> Debemos recalcar su obra creadora y rectora de la cirugía torácica uruguaya. La seriedad de la misma, la vastedad de los temas tratados, la labor incansable de décadas de esfuerzo, amalgamando la inteligencia con el trabajo, la curiosidad científica con la labor práctica, su docencia de cada instante con su impecable acto quirúrgico, el equilibrio del conocimiento teórico con su aplicación práctica; todo ello enmarcado dentro de la mayor corrección, por sus características de probidad y sencillez, así como su estricto sentido ético, caracterizaron sus enseñanzas.
>
> Cada una de sus actuaciones, llevaba impreso el sello de su vigorosa personalidad.
>
> Amigo franco, leal, se supo ubicar por encima del bien y del mal. Incitó al trabajo, enseñándonos a trazar nuestro propio camino bajo su estela luminosa. Numen señero, lo alentó siempre el ideal de la perfección, incitando al desarrollo de la voluntad individual, reclamando perfección con amabilidad y bondad, exigiendo conquistar por la perseverancia de la actividad, por el esfuerzo propio, la concreción del ideal de trabajo.
>
> Cursó por nuestros senderos, pleno del concepto que los senderos de perfección, no tienen fin. Siempre se guió por los ideales que señalaron su camino; jamás usó de programas que le marcaran un término. Enamorado de sus ideales, de hacer las cosas cada vez mejor, poseía esa corriente contagiosa, con su entusiasmo calmo, suave, pero firme y positivo.
>
> Como maestro, Armand-Ugón, era poseedor de ese secreto ritmo que pone en comunión los sentimientos, sin causa perceptible. En todos los que integramos su escuela, supo inspirar un fondo común de inspiraciones que hizo vibrar al unísono. Su simpatía era su bondad en acción, fuente de dicha que impulsaba a sentirnos elevados en su exigencia de perfeccionamiento. Su comprensión amplia y sincera, fue premisa de justicia.
>
> Su solidaridad reflexiva se sumaba a los conceptos superiores de su personalidad, lo que tipificaba su equilibrio entre la moral y el derecho. Poseía esa condición de maestro, que con su rápida intuición de lo esencial y característico de cada situación, le permitía resolverla con serenidad y equilibrio. Parecía que su divisa era comprender con fineza y sagacidad pero con ejecutividad: en él la acción seguía inmediatamente al pensamiento.

El profesor doctor Eduardo C. Palma, en nombre de las Sociedades de Cirugía y de Tisiología y Enfermedades del Tórax del Uruguay, manifestó, entre otros conceptos:

> Actuó en los organismos de salud pública durante más de cincuenta años, iniciándose en 1921 como practicante interno de los hospitales, por concurso de oposición; desde muy joven integró los cuadros médicos de la Asistencia Pública Nacional, para luego obtener, también por concurso, el cargo de médico interno del Hospital Fermín Ferreira. Ha brindado desde entonces incansablemente lo mejor de su vida profesional y científica al Ministerio de Salud Pública y a una legión inmensa de enfermos de todo el país.
>
> Su vocación quirúrgica se manifestó desde muy joven, integrando en primera fila el equipo de cirujanos de la Clínica del profesor García Lagos, constituyéndose desde el comienzo en su brazo derecho y colaborador principal, actuando como subjefe del Servicio. Allí lo conocimos, en 1928 y durante más de 40 años pudimos valorar sus extraordinarias condiciones de cirujano y espíritu superior, siguiendo paso a paso su carrera quirúrgica y su labor científica y aquilatando a la vez su gran cultura, su humanismo, su hombría de bien y su devoción sincera por la amistad.
>
> Formó una verdadera escuela de cirugía del tórax. A su lado actuaron una serie de jóvenes, que con su ejemplo y sus enseñanzas lograron capacitarse en cirugía general y especializada, pudiendo colaborar con eficacia en la asistencia y en la docencia, en el Ministerio de Salud Pública y en la Facultad de Medicina.
>
> Con su capacidad y tesón proyectó y creó el Instituto del Tórax, realizando una obra extraordinaria. Fue un maestro que derramó el bien a manos llenas y formó discípulos, actuando con gran sabiduría, perseverancia y generosidad.
>
> Publicó numerosos trabajos científicos sobre diversas lesiones mórbidas y su tratamiento quirúrgico, principalmente en patología pleuro-pulmonar y en cirugía torácica. Inició y desarrolló la cirugía de la tuberculosis pulmonar en el Uruguay, estableciendo con precisión las indicaciones y la técnica de las toracoplastias, la frenicectomía, las resecciones pulmonares segmentarias o lobares y las neumonectomías.
>
> Enseñó con profundidad y gran experiencia las indicaciones respectivas del tratamiento, médico, quirúrgico o combinado de la tuberculosis pulmonar. Lo mismo realizó con los procesos supurados pleuro-pulmonares. También fue un precursor y pionero en el tratamiento quirúrgico del cáncer del pulmón.
>
> Sus trabajos de patología, clínica y cirugía de la hidatidosis pulmonar y de sus complicaciones, representan la culminación de su obra científica. Su técnica de tratamiento del quiste hidático pulmonar, es conocida universalmente y citada como el procedimiento de Armand-Ugón, del parto hidático.

> Su libro *El tórax* [*quirúrgico*] representó un gran avance en el conocimiento y tratamiento de numerosos procesos mórbidos y proyectó gran prestigio y honor sobre la medicina uruguaya y su escuela de cirugía torácica.
>
> La Facultad de Medicina reconoció su gran valor técnico y científico y lo designó profesor *ad honorem*, cuando ya había conquistado por sus propios merecimientos y la obra realizada, la categoría de maestro de la cirugía y medicina nacional.
>
> Fue presidente eficaz, activo y ecuánime de la Sociedad de Cirugía, de la Sociedad de Tisiología y Neumología, y del Congreso Uruguayo de Cirugía.
>
> Humanista, con vasta cultura general y firmes convicciones democráticas, integró con honor el Poder Ejecutivo de la Nación desempeñando dignamente el cargo de consejero nacional de gobierno.

El profesor doctor José P. Ibarra, director del Instituto de Tisiología y Cátedra de Clínica Neumológica y compañero de toda la vida, manifestó:

> Pero de todas esas aristas que instrumentaron su geometría intelectual, destaquemos una que se vincula con la actividad docente de nuestra casa de estudios: Armand-Ugón creador y maestro único de la cirugía torácica.
>
> Inicia esta actividad con todo el fervor de sus días mozos y cuando la cirugía de tórax prácticamente no existía en el Uruguay y sólo desdibujados esbozos se conocían en el mundo entero. En consecuencia la comenzó aprendiéndola y enseñándola a la vez como el más auténtico autodidacta. Como tal tuvo, paradojalmente, que ser su propio alumno y su propio maestro. Iluminado con la aguda visión de una vigorosa inteligencia a la que unió una intuición genial consolidó su obra con la perfección con que la hacen los guiados por eximios maestros.
>
> La estatura de su obra tuvo relevancia continental. Hemos dicho que no transitó solo su senda. Formó una sólida escuela de cirujanos de tórax que son hoy su imagen que transportan y seguirán transportando su luminosa antorcha que seguirá iluminando derroteros.
>
> Víctor Armand-Ugón no fue un educador de la cirugía de tórax, fue un maestro de ella.
>
> No se circunscribió a la enseñanza de la técnica con perfiles académicos desnudos. Aunó a la enseñanza de su ciencia que contactaba con el arte, una serie de virtudes que sólo se encuentran en el maestro.
>
> Víctor Armand-Ugón deja su cátedra poblada de excelentes discípulos, sin haber perdido la lozana frescura de su preclaro intelecto; era todavía el maestro, el único maestro de la cirugía torácica del país, aún no superado. No fue profesor titular de la Facultad de Medicina por incomprensible paradoja del destino. Fue primer cirujano del Instituto de Tisiología "Prof. J. B. Morelli".

Uno de sus discípulos, el profesor adjunto doctor Aníbal Sanjinés, en nombre del Instituto del Tórax, en el homenaje tributado a un mes de la desaparición física de Armand-Ugón, dijo:

> Hemos sido discípulos de Armand-Ugón desde que iniciamos nuestra concurrencia hospitalaria en el año 1939 en la Clínica Quirúrgica del Prof. Horacio García Lagos en el Hospital Maciel. En los últimos 20 años trabajamos ininterrumpidamente a su lado, en el Instituto de Enfermedades del Tórax. Somos discípulos de Armand-Ugón. Pero, ¿quién que se haya dedicado a la cirugía torácica o a la neumología no ha sido discípulo de Armand-Ugón? Todos ellos lo han sido de un modo directo o indirecto. La cirugía torácica en su totalidad y la neumología en muchos de sus aspectos, han tenido en Armand-Ugón un auténtico maestro.
>
> Para las generaciones venideras, su obra científica mantendrá viva su labor docente. Lamentablemente y de modo incomprensible no pudo impartir la docencia desde una cátedra propia de cirugía torácica en la Facultad de Medicina, a pesar de haber sido distinguido con el nombramiento de profesor *ad honorem* en el año 1948.
>
> El Instituto de Enfermedades del Tórax se constituyó en su Cátedra, aún cuando dictó cátedra en cada una de sus actuaciones. Allí formó su escuela y por allí pasaron todos los cirujanos, sin excepción, que realizan cirugía torácica en nuestro medio. Pero no solo sus enseñanzas fueron recibidas por ellos, sino que las mismas traspusieron el límite de nuestras fronteras. Al instituto concurrieron en diversas oportunidades cirujanos famosos de distintos países. Provenientes de América y de Europa, concurrieron a observar su trabajo. Diversos cirujanos y equipos quirúrgicos completos, realizaron demostraciones quirúrgicas en el Instituto que Armand-Ugón dirigiera.
>
> De sus 48 años de actividad profesional, en los primeros 24 años su docencia fue impartida desde diversas cátedras de nuestra facultad. Los últimos 24 años, lo hizo desde el Instituto de Enfermedades del Tórax. En la Facultad de Medicina, fue jefe de Laboratorio de Clínica Quirúrgica desde el año 1924 hasta 1929. Fue asistente de la Clínica del Prof. García Lagos, desde 1928 a 1943. Asistente de la Clínica del Prof. Larghero en 1944 y del Instituto de Tisiología en 1946. Médico colaborador especializado en la Clínica Semiológica en 1955. Desde el año 1943 hasta 1946, fue cirujano 1.º del Instituto de Tisiología en el Hospital Fermín Ferreira, por concurso de oposición. En el año 1948, es designado profesor *ad honorem* de la Facultad de Medicina. Integró el Consejo de la Facultad desde 1934 a 1937 como delegado de los profesionales. Fue delegado de la Facultad al Congreso Argentino de Cirugía en 1935.
>
> Armand-Ugón fue un cirujano torácico completo. Debe ser considerado un cirujano de tórax en la completa acepción del término, habiendo sido el iniciador y propulsor de la cirugía cardíaca en el país. Su nombre cobra la mayor relevancia internacional con su técnica del tratamiento del quiste hidático hialino de pulmón, así como con los múltiples aportes en la patología y cirugía de las bullas de enfisema y de la cirugía del enfisema, a la que puso el nombre de "cirugía de la disnea".

Haré una mención de su libro *El tórax quirúrgico*, publicado en el año 1938. Es de extraordinario valor y producto de su gran experiencia.

Lo he vuelto a leer después de su muerte, creyendo con esto, rendirle un homenaje. Todos los que actuamos en este campo de la cirugía, debemos hacerlo. De dicha obra, destacamos como fundamental los capítulos de "Empiema y pioneumotórax", el de "Quistes congénitos del pulmón" y el de "Formas quirúrgicas del cáncer pulmonar". Empiema y pioneumotórax están tratados magníficamente. Son de actualidad. Describe allí Armand-Ugón su técnica personal de inyección de aire y lipiodol en la cavidad empiemática, es decir, el "diagnóstico aerolipiodolado" con su consecuente aplicación en la terapéutica.

Cuando trata los quistes congénitos del pulmón, hace referencia a los quistes gaseosos, a las bullas de enfisema. Entre sus formas clínico-patológicas se ocupa de la "forma disneica", en su forma paroxística o de disnea crónica. A este respecto dice: "[…] la cirugía de la disnea ocasionada por quistes pulmonares congénitos, como problema terapéutico que abre un campo inexplorado a la actividad quirúrgica […]". Sigue: "[…] si la disnea paroxística o crónica es determinada por trastornos: hipertensión con o sin hipertensión gaseosa intraquística que provoca compresiones del parénquima sano del mismo lado o del contralateral, por la labilidad del mediastino que siempre existe, está justificado recurrir a la intervención quirúrgica, como lo hemos aconsejado y practicado […]"; "[…] es ésta una excepción del dogma clásico que establece que no se opera la disnea…".

Relata una lobectomía parcial del lóbulo superior derecho, realizada el 18 de abril de 1938 por un quiste gaseoso gigante de dicho lóbulo. Aconseja en estos casos, la lobectomía subtotal, con criterio económico, limitándola a lo estrictamente necesario.

En el capítulo de "Formas quirúrgicas del cáncer pulmonar" hace tres observaciones que siguen teniendo plena actualidad. La primera de ellas: "[…] en nuestro medio, la opinión de los médicos es pesimista en exceso; para ellos no existen cánceres broncopulmonares operables […]". Dice además: "[…] el diagnóstico precoz y oportuno de estas formas quirúrgicas, es una de las conquistas más bellas y eficientes que haya realizado la cirugía torácica […]". Por último, se refiere a la toracotomía exploradora en estos términos: "[…] cuando después de un examen clínico minucioso, un estudio radiológico completo y una broncoscopía, persisten dudas sobre la naturaleza de una lesión pulmonar que aparece —en un adulto que pasó los 40 años, está indicado el empleo de una toracotomía exploradora […]".

Por iniciativa del actual decano, profesor Carlevaro, la Facultad de Medicina crea la especialidad quirúrgica, lamentablemente muy tarde y nos toca a nosotros ocupar el cargo de profesor adjunto de Cirugía Torácica. En el desempeño de nuestra función, el Departamento de Cirugía nos solicita la organización del Curso de Perfeccionamiento de "Cirugía del Tórax" para graduados, el pasado mes de octubre. Pensamos que nadie mejor que Armand-Ugón podía iniciar este curso. Le solicitamos que lo hiciera, lo que

acepta complacido de inmediato. El viernes 6 de octubre a las 18 horas, dicta su clase sobre: "Conducta frente al empiema pleural". Nos regala a todos con el privilegio de su experiencia. Fue su última clase, pero de recuerdo inolvidable. Armand-Ugón siempre colaboró en toda actividad docente. Últimamente fue consultado sobre la integración del Instituto de Neumología con el de Enfermedades del Tórax. Su aceptación fue amplia.

Desde hace muchos años su salud estaba quebrantada. Podía haberse retirado o haber disminuido su actividad. No lo hizo. Creemos que frente a la ley del todo o nada, él optó por el todo, hasta el último momento.

El doctor Orlando F. Colombo, en nombre del Rotary Club de Montevideo y de sus colegas, entre otras expresiones, manifestó:

Lo conocí en el Pasteur en el año 1925 ya titulado, luego de una brillante carrera universitaria superior y teniendo ya en su haber varios concursos de oposición ganados.

El Pasteur era un sector del ancestral Asilo de Mendigos reformado para adaptarlo a Hospital de Enseñanza Clínica, pues el clásico Hospital Maciel ya estaba colmado de estudiantes. Con todo, fuimos pocos los estudiantes en los primeros años allí inscriptos: no llegábamos a superar un par de decenas. Pero esto fue a nuestro favor en la enseñanza y formación médica futura, dado que esa enseñanza fue directa del profesor al discípulo del tipo seminarístico como la preconizaba Rousseau. La Clínica Quirúrgica del profesor Dr. Horacio García Lagos fue la elegida por el que esto rememora y el Dr. Armand-Ugón era su jefe de Clínica.

Él demostró desde su inicio sus condiciones superlativas de hombre, de médico y de cirujano íntegro. Nuestro profesor García lagos, máximo magíster, integral maestro en todas sus facetas, no solamente nos enseñaba y guiaba a todos nosotros sino que nos estimulaba y obligaba a nuestra superación.

Dominó desde el principio toda la cirugía general, que en aquel tiempo no tenía las limitaciones propias de las especializaciones actuales pero inició una senda nueva que hasta entonces tenía grandes limitaciones: la cirugía torácica.

El tórax encierra órganos vitales: el corazón, sus grandes vasos, los pulmones y conductos digestivos. Sólo era invadido quirúrgicamente en sus contornos periféricos, siendo el máximo de cirugía, las toracotomías. Para evacuar los órganos de pus o de quistes, efectuándose resecciones costales que luego con la técnica de Sauerbruch, para tratamiento de ciertas formas de tuberculosis pulmonar fueron haciéndose más extensas. Armand-Ugón vislumbró el futuro enorme que debía tener la cirugía torácica que la equiparaba a la abdominal. Y así fue pese a las dificultades ambientales de la época, empezando con el problema anestésico, que en su casi totalidad lo hacíamos local y regional.

La variedad de los enfermos enviados para tal evento, cuando ya todas las limitadas medicaciones terapéuticas habían fallado, instrumental quirúrgico,

> sala de recuperación post-operatoria, etc., todo faltaba, Armand-Ugón luchó contra todas esas dificultades, paulatinamente las fue venciendo y superando. Es así que fue el primero en abrir el pericardio tuberculoso para sacar las fibro-adherencias en 1927: el primero en sacar un pulmón canceroso en 1933; en reformar la operación del quiste hidático del pulmón que se hacía en 2 o 3 pequeñas secciones que eran simples punciones evacuadoras en una Quistectomía total a cielo abierto, al igual en los procesos supurativos de esta víscera empleando primero la cauterización luego del amplio drenaje, técnica hoy reconocida mundialmente.

El doctor Lucio Malmierca, en nombre de la Fundación Pro-Cardias, señaló:

> Tan angustiados estamos como los que fueron sus colaboradores directos, discípulos, colegas, amigos que disfrutamos de la jerarquía del maestro, del quien fuera también para el Uruguay el primer cirujano cardíaco.
>
> Siendo profesor reclamaban a quien fuera capaz de extraer una bala del corazón a un ya desfalleciente y Víctor Armand-Ugón salvó esa vida.
>
> Era ese profesor de características tan peculiares quien iniciaba esa modalidad quirúrgica y su bondad y sencillez por la ciencia y el arte que ponía en la formación de futuros maestros, creaba también el sublime culto de la fraternidad. Señores, la cirugía ha de imprimir su actuación brillante en su libro de oro.

El doctor Orlando M. Pereira Villanueva, en nombre del Sindicato Médico del Uruguay y del CASMU, expresó, entre otros conceptos:

> Desde la aparición del SMU surge vinculada a su historia la figura y personalidad de don Víctor Armand-Ugón. Y en esos 50 años de lucha permanente, infatigable, acompañó, creó, moldeó, sin una pausa, la gesta magnífica del SMU y de su centro de asistencia. Acompañando al visionario Carlos María Fosalba, soñaron una nueva aurora para la medicina social.
>
> Era necesario "idealismo y acción" y don Víctor estaba entre ellos y sin desmayos, sin concesiones, luchó y consiguió que fuera realidad la idea.
>
> No sorprendió entonces que fuera el primer cirujano y luego el jefe magnífico de magníficos cirujanos que se enrolaba en la etapa de cambio de la medicina colectivizada.
>
> No es fácil el tránsito de la medicina individual a la colectiva, si no se posee clara conciencia social y se está despierto para percibir el cambio.
>
> El despojarse del ropaje que da la medicina individual, los halagos y vanidades que en grado variable la acompañan, no es tarea simple, aunque se haga simplemente.

En una necrológica publicada tres años más tarde, en la revista *Cirugía del Uruguay*[167] Alfredo Ruiz Liard, entre otros conceptos, expresó:

167 Ruiz Liard, A. *Cirugía del Uruguay,* 45(4): 356.

La experiencia, determina la formación natural de conceptos genéricos que cuando se dominan, ellos son más sintéticos. Así, expresa su experiencia en *El tórax quirúrgico*, donde buscó, según su expresión, evitar deslumbrarnos con la falsa precisión que supone un ilusorio intento de encerrar la verdad médica en ecuaciones de aspecto matemático que abandonan la verdad de la ciencia, persiguiendo estérilmente en el simplismo de una frase, aclarar y resolver, lo que es problema complejo y múltiple. […]

Su deseo de perfeccionamiento para todo acto quirúrgico, lo llevó a modernizar los servicios por él creados y dirigidos, en las medidas económicas de nuestro medio. Logró superar todas las dificultades, hasta llegar al estado actual que detenta su servicio especializado en el Hospital Saint Bois. […]

Aconsejaba un amplio conocimiento de la cirugía general, para luego llegar al perfeccionamiento de la cirugía especializada. Creó y desarrolló esta especialidad siendo su propio maestro. […]

La cirugía torácica de nuestro medio fue su creación; es así que elaboró su propio surco, que como todas sus creaciones fue fruto de su libre iniciativa llegando al desarrollo actual. Todo su esfuerzo cristalizó en la escuela de cirugía torácica, amalgamada en la Sociedad de Cirujanos Torácicos, una de sus últimas creaciones de las que son portadores sus discípulos.

Capítulo 18
Los precursores orientales

En el capítulo anterior vimos la figura central que permitió la aglutinación y el desarrollo de la cirugía torácica. Armand-Ugón fue un gran sistematizador, integró los temas previos y se abrió al futuro, generando la escuela continuada por sus discípulos. Fue el gran iniciador.

Quienes lo precedieron, abordados en el presente capítulo, fueron precursores y desarrollaron temas de acuerdo con la época y sus posibilidades. Aun así, aportaron líneas evolutivas claras, como la de Lamas y Mondino en hidatidosis, que prosiguieron Larghero, Armand-Ugón y otros. Enfatizaron en el desarrollo de la cirugía de la tuberculosis, patología fundamental en los inicios de la cirugía torácica.

En este mismo capítulo también se podrá recorrer la historia de algunos personajes recientes de la cirugía torácica uruguaya mediante entrevistas, anécdotas e historias que hicieron a cada uno de ellos lo que son hoy, referentes de la especialidad.

Los diferentes personajes aparecerán en forma cronológica, hasta llegar a la época del doctor Armand-Ugón, destacando a su colaborador directo, una figura clave pero ignorada, como lo fue el doctor Alejandro Victorica, uno de los cirujanos que más participó en aquellos inicios de la especialidad en la colonia de convalecientes Saint Bois.

Como hemos mencionado, en nuestro medio fueron particularmente la hidatidosis y la cirugía de urgencia las áreas donde se fue estableciendo el nacimiento de la cirugía torácica, con un gran aporte del doctor Manuel Benito Nieto, creador del famoso cuarteto de urgencia integrado por los doctores Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat, quienes también serán revisitados en este capítulo.

Alfonso Lamas (1867-1954)

Nacido circunstancialmente en Buenos Aires, pero esencialmente salteño oriental, Alfonso Lamas Delgado fue discípulo de José Pugnalin (1840-1900), el italiano primer profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo, de quien Lamas dejó una hermosa semblanza.[168] Seguiremos en esta información a Alfredo Pernin, que fue su discípulo.[169] Lamas ingresó muy joven a la facultad y por su estudio concienzudo fue nombrado disector ayudante junto a Nereo Iturriaga, el primer disector. Graduado el 6 de agosto de 1890, a los 24 años, actuó tempranamente en las luchas revolucionarias de ambas márgenes del Plata. En 1891 fue designado profesor de Patología Quirúrgica. En 1896 se creó la Segunda Clínica Quirúrgica y fue designado profesor en ella, proponiendo él a Luis Mondino como jefe de clínica, momento a partir del cual fueron un binomio inseparable, tanto en la clínica como en el sanatorio particular que tuvieron luego por muchos años.

Al renunciar en 1898 Pugnalin, Lamas ocupó la Primera Clínica. Sus salas eran asilo de enfermos crónicos de osteomielitis, tuberculosis óseas, urinarios, úlceras varicosas y fagedénicas. Hizo modificar la planta física, construyendo una sala de operaciones asépticas y otra para curaciones e intervenciones sépticas; destinó un ambiente para la esterilización de instrumental y otras funciones esenciales. Ejerció la docencia con "honestidad, sobriedad y espíritu práctico". Al estallar la revolución de 1904, asumió la jefatura del servicio sanitario de las fuerzas del Partido Nacional, acaudilladas por Aparicio Saravia, motivo por el cual fue destituido de su cargo docente. Una vez declarada la paz, por gestiones de numerosos colegas, especialmente de Alfredo Navarro, fue reincorporado y actuó desde 1905 hasta 1935 al frente de su clínica.

Sostenía que "hay algo peor que no hacerle nada a un enfermo y es provocar su muerte". También predicaba que "es preferible curar en dos tiempos que matar en uno solo" y una de sus citas predilectas era: "hacer todo el bien que se pueda; amar la libertad por encima de todo y, aunque fuere a cambio de un trono, no faltar nunca a la verdad".

168 Lamas, A. *José Pugnalin (1840-1900)*. En https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/articulo_12_pugnalin.pdf

169 Pernin, A. (1988). Alfonso Lamas (1867-1954). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006, pp. 64-67.

Fue cocreador de la operación llamada de Lamas y Mondino, que salvó y curó innumerables casos. Consistía en provocar la adherencia de las pleuras parietal y visceral frente a la localización del quiste hidático de pulmón, para luego, a través de esa sinequia, abordar y evacuar el quiste hidático con todo su contenido parasitario, evitando así el neumotórax y el consecuente colapso del pulmón, casi siempre mortal, de la operación en un tiempo, o la otra alternativa a la muerte, que era la siembra hidática en la cavidad pleural. Hasta la aparición de las técnicas de anestesia general que permitirían operar con el tórax abierto, estas operaciones se hacían con anestesia local.

Lamas se retiró en 1935 para dejar lugar a los más jóvenes y formó una de las escuelas quirúrgicas que hasta hoy persisten en Uruguay. Su gran aporte fue el haber iniciado, con la cirugía de la hidatidosis, la cirugía de tórax en un momento en que no estaba desarrollada en el mundo.

Luis Mondino (1867-1957)

Luis Mondino nació en Montevideo, en el barrio La Aguada, el 29 de junio de 1867.[170] Era hijo de un genovés, propietario de un molino y fideería. Educado en el Colegio Internacional y el Colegio Pío, en el primero de los cuales adquirió un amplio conocimiento del inglés, que le permitió leer tempranamente obras de Lord Moynihan (1865-1936), las publicaciones de la Mayo Clinic y los números de la *National Geographic*, de la que era suscriptor. Hizo su bachillerato en la vieja universidad, sita en la Casa de los Ejercicios, en Sarandí y Maciel, donde luego se ubicaría la primitiva sede de la Facultad de Medicina, y fueron sus maestros en Anatomía el profesor José Máximo Carafí y el primer disector, bachiller Nereo Iturriaga. Su formación quirúrgica se realizó en la clínica de José Pugnalin.

Berkeley George Andrew Moynihan nació en Malta en 1865 y murió en 1936. Se formó en el Royal Naval College. Originalmente, tenía la intención de seguir a su padre al ejército, pero decidió que los Moynihan "ya habían matado lo suficiente. Es hora de que arreglen sus caminos". Continuó su formación médica en la Escuela de Medicina de Leeds y en la Universidad de Londres logrando su Bachelor of Medicine, Master of Science, en 1887 y, posteriormente, su Fellow Royal College of Surgeons en 1890 y su Master of Surgery en 1893, cuando recibió la medalla de oro. Durante su carrera médica, se esforzó por eliminar las charlas y trabajó duro para alentar a los cirujanos a trabajar juntos y compartir conocimientos. Hasta ese momento, había existido una cultura de rivalidad entre los cirujanos. En 1910, tenía una reputación nacional y se convirtió luego en el primer profesor de cirugía y cirugía clínica en la Universidad de Leeds. Sirvió en el Consejo del Royal College of Surgeons y fue Presidente del Royal College of Surgeons durante seis años. Fue el primer presidente que vino de fuera de Londres. Era un cirujano general con una amplia gama de intereses, pero su mayor orgullo radicaba en lo que había hecho para dilucidar la úlcera duodenal. Hizo 134 contribuciones a la literatura quirúrgica, culminando en su primer libro: *Operaciones abdominales* (1905). Este se basó en diez años de notas y se volvió a publicar cuatro veces en 1926 y tuvo un inmenso impacto en el desarrollo de estándares quirúrgicos abdominales en los Estados Unidos y Gran Bretaña. Más tarde escribió sobre úlcera duodenal, cálculos biliares, hernia retroperitoneal y el bazo, y muchos otros libros de

170 Pernin, A. (1988). Luis Mondino (1867-1957). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988, pp. 85-88.

ensayos recopilados. Lord Moynihan "no estaba impedido por poseer ningún rastro de modestia" y había refutado la idea popular de que la mejor cirugía se realizaría en Londres. Consideraba la ciencia como una "observación exacta, razonamiento inductivo, de búsqueda y descubrimiento de verdades amplias". Realizó otras "primicias" en cirugía, no siempre bien recibidas por sus colegas, pero eso cambió la cirugía para siempre. Fue el primero en realizar una transfusión de sangre exitosa, en 1906. Se propuso cambiar su ropa ordinaria por prendas blancas esterilizadas antes de ingresar al quirófano. Fue el primer cirujano en el Reino Unido en usar guantes de goma cuando operaba. Al principio fue ridiculizado por estos y por cambiarse de ropa, lo que era percibido por otros como gestos teatrales, una broma que continuó en 1926 cuando Lady Moynihan recibió un ramo de guantes de goma. Era conocido por su ritual de lavarse las manos y mantener el jabón en antiséptico en un momento en que no era una rutina entre otros cirujanos. Introdujo el uso de paños para campos operatorios verdes en 1912 en lugar de telas blancas para reducir la fatiga de los ojos.[171]

Luego de graduado, operó en distintas salas del Hospital de Caridad, junto a los doctores Luis Pedro Bottaro y Luis Pedro Lenguas, y también con Luis Morquio. Cuando en 1896 se creó la Segunda Clínica Quirúrgica, Alfonso Lamas lo nombró como jefe de Clínica, cargo que ocupó por más de veinte años hasta que, en la segunda década del siglo XX, fue designado profesor adjunto de Clínica Quirúrgica. En 1904, al producirse el alejamiento temporario del profesor Lamas, quedó a cargo del servicio.

El anecdotario de Mondino fue célebre. Pernin relata algo que también reproduce Raúl C. Praderi en el capítulo de *Historia de la cirugía del trauma*:

> Luis Mondino (1867-1957), discípulo de Pugnalin, escribió su tesis de Desinfección quirúrgica. Este gran cirujano uruguayo, compañero inseparable de Alfonso Lamas, había actuado como cirujano del ejército nacional en las revoluciones de 1897 y 1904. Gran estudioso, fue uno de los primeros cirujanos uruguayos que leía inglés. Era además un excelente fotógrafo. Después de la batalla de Tres Árboles[172] trepanó varios heridos de cráneo.

Alfredo Pernin, en la biografía de Mondino, cita una historia clínica relatada por este, reproducida a continuación:

> Unos días después de Masoller[173] íbamos recorriendo ranchos a lo largo del camino hacia Casupá; en casi todos ellos se habían recogido heridos que,

171 Moynihan Club. Lord Moynihan of Leeds. s. f. Disponible en http://www.moynihanclub.co.uk/lord-moynihan-a-history/

172 El 17 de marzo de 1897 tropas profesionales del Ejército, entre ellas dos batallones de Cazadores, al mando de José Villar atacaron a los revolucionarios en las costas del arroyo Tres Árboles (departamento de Río Negro) y, sorprendentemente, sufrieron un grave revés.

173 Batalla que tuvo lugar el 1 de septiembre de 1904 en campos de Masoller, departamento de Rivera.

> bien que mal, eran atendidos. En una casa de material, sobre el camino real, en la puerta del frente, tenían sentado en un sillón de hamaca a un teniente. Su asistente y una de las hijas de la familia le daban agua y caldo con una cuchara. Estaba muy pálido y febril, había recibido un disparo en el hipocondrio derecho; el poncho ensangrentado estaba metido hacia adentro de la herida. Recorté el poncho, no me animé a sacar el pedazo hundido. Se hubiera producido una hemorragia incontenible, debía haber una herida del hígado. Seguimos viaje: de vuelta, cinco o seis días después, volvimos a pasar por la casa. El herido seguía sentado en el sillón, bien apoyado por almohadas; estaba evidentemente mejor, con pulso bien golpeado y poca fiebre. Con agua hervida y agua oxigenada fui tirando del trozo de poncho, era como un taponamiento a la Mikulicz. La bayeta fue saliendo junto con una serosidad sanguinolenta; en el fondo estaba la bala. Era una bala de plomo de Winchester 44, de 11 mm. Con esas armas descuidadas, sucias, con el caño casi sin el rayado, tirando de lejos, la bala va dando vueltas haciendo un ruido como la perdiz (bruu, bruu) —no puedo imitar la onomatopeya que acompañaba la descripción—, mientras que con el dedo de su mano de dorso velludo iba trazando una sinusoide; parecía verse la bala hasta llegar a su impacto. Le puse una mecha iodoformada y después Ramos Suárez fue recogiendo heridos y arrimándolos a Nico Pérez, donde llegaba el ferrocarril.

El nombre del oficial de marras, que Mondino no omitió, era Rufino T. Domínguez;[174] la evolución posterior debió de ser excelente, pues llegó al generalato. El inteligente "italiano" mantuvo el *packing* que había hecho el poncho.

Su unión y camaradería con Alfonso Lamas fue proverbial y se mantuvo de por vida, siendo ambos los propietarios de uno de los más prestigiosos sanatorios montevideanos, que tuvo su última sede en la Avenida 8 de Octubre, cerca de Tres Cruces. Al respecto transcribe Alfredo Pernin algo que Mondino escribió y permaneció inédito, que explica el origen de estos establecimientos:

> A fines de 1896, el Prof. Lamas, me propuso establecer un Sanatorio, para evitar la necesidad de operar en fondas y casas de familia, con grandes inconvenientes para poder hacerlo en las debidas condiciones; interrumpido el proyecto por la revolución del 97 y luego por mi enfermedad, que me obligó a pasar la mayor parte del año 1898 en Santa Lucía, lo establecimos a fines de ese año en una casa quinta de la calle Hocquart, con cinco piezas destinadas a los enfermos. Allí empezamos los trabajos con un material rudimentario, una mesa de exámenes adaptada como mesa de operaciones, una

174 Político y diplomático uruguayo (1857-1943) que ocupó varios e importantes cargos públicos y de gobierno: jefe político de Florida (1877) y de Montevideo (1898), diputado (1888), senador (1899), ministro plenipotenciario en Río de Janeiro (1905-1911) y en Italia (1911-1916). Ministro del Interior durante la presidencia del ingeniero José Serrato (1923-1927) y de Relaciones Exteriores en la del doctor Juan J. Campisteguy (1927-1931), quien había sido su ayudante mayor en la fracasada revolución del Quebracho (Castellanos, A. C. [2000]. *Nomenclatura de Montevideo*. Edición ampliada por Antonio Mena Segarra. Montevideo: Intendencia de Montevideo).

> estufa de Poupinel, la copa de una galerita redonda como máscara para el éter. Dos años después arrendamos una casa más amplia en la calle Durazno, donde estuvimos hasta 1906. Mientras tanto, y adquirido un cuarto de manzana en las Tres Cruces (camino 8 de Octubre), se edificaba un Sanatorio, que fue el primero construido expresamente para ese fin.

Fue socio fundador de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, institución a la que donó su biblioteca. Dejó numerosos discípulos e innumerables amigos.

Falleció el 1 de enero de 1957, a los 90 años, en extraordinaria lucidez.

Alfredo Navarro (1868-1951)

Alfredo Mónico Navarro Benítez nació en Montevideo, hijo del administrador del Hospital de Caridad, Antonio Navarro. Por su alta escolaridad, resultó becado para estudiar en la Facultad de Medicina de París, de donde egresó de forma brillante. Realizó el concurso del internado allí, obteniendo en 1891 el cuarto puesto entre 450 aspirantes. Volvió a Montevideo en 1895, donde revalidó su título. Ese mismo año, la Facultad de Medicina lo designó profesor de Medicina Operatoria. En 1896 pasó a la Cátedra de Patología Quirúrgica. En 1897 fue nombrado cirujano del Hospital de Caridad. En 1899 fue designado profesor de Clínica Quirúrgica, de la que se retirará en 1945, a los 77 años, para dejar lugar a los jóvenes. Fue nombrado decano de la Facultad de Medicina en 1905, a los 34 años de edad, y reelecto en 1907. Fue nuevamente designado en 1927, mientras estaba de viaje en Europa, y asumió en 1928. Fue reelecto en 1930 hasta 1933. Sus propuestas de reformas al plan de estudios, que siempre fueron aprobadas, resultaron fundamentales. Fue vicepresidente de la República, acompañando a Gabriel Terra.

Su gran aporte al tórax, en una época que la pleura no se abría, fue el desarrollo de las técnicas de frontera, en particular las toracoabdominales, así como el problema de los espacios subfrénicos a través de los abordajes torácicos.

Ricardo Pou Ferrari, en el libro que dedicó a Navarro,[175] señala en una magnífica biografía:

> Debemos señalar que estando Navarro a cargo de la sala "Presos", trató numerosas heridas penetrantes, tanto de abdomen como de tórax, aparte de las de los miembros.
>
> En sucesivos tomos de la citada Revista [de los Hospitales], Navarro publicó —aparte de sus innumerables intervenciones en las discusiones de las ponencias de otros miembros que en ellas aparecen y que vale la pena leer con atención— los siguientes trabajos:
>
> 1) "Cirugía del espacio subfrénico (Comunicación al Congreso Científico Latino Americano)".[176] […] De este modo —dice— se "puede explorar en todos los sentidos la cavidad subfrénica y las paredes que la limitan. Ya no sólo las colecciones purulentas de este espacio, ni las colecciones hepáticas que po-

175 Pou Ferrari, R. *Alfredo Navarro, maestro de la cirugía uruguaya*. Montevideo: Plus Ultra, 2015, pp. 239-240.

176 *RMU*, 1898, 1: 49-52

drán ser abordadas, sino que con ella ensancharemos mucho el límite de la intervención en los cánceres del hígado y tal vez sea esta la vía de elección para abordar las colecciones torácicas pleurales o mediastínicas. El porvenir, dirá si a ellas esta operación es aplicable". El primero de los pacientes falleció a los veinte días "por piohemia, con abscesos por todos lados". Según veremos, esta técnica propuesta por Navarro fue presentada por Hartmann en la Sociedad Francesa de Cirugía en 1910 y al año siguiente este cirujano dio cuenta de otra operación similar efectuada por Baudet. En la bibliografía francesa, aparece como "técnica de Baudet-Navarro", dado que el primero la había publicado con anterioridad al último en una revista de poca difusión por lo que éste no tenía conocimiento de la misma. Volveremos sobre el particular, que será abordado por el propio Navarro en publicación ulterior. [...]

El segundo de los casos, un niño como fue dicho, presentaba un quiste hidático de la cara superior del hígado, con disposición bilobulada; uno de estos lóbulos era apenas accesible debajo del reborde costal; con el fin de drenarlo, se practicó el procedimiento ya descrito.

Concluye Navarro afirmando:

"En consecuencia, Señores, me creo autorizado a decir que tenemos una ancha vía para abordar el espacio subfrénico; como Lannelongue y Monod, yo respeto la pleura pero ella no es para mí un obstáculo; prescindo de ella alejándola del campo operatorio; y la larga resección, entonces posible, me permite explorar en todos sentidos la cavidad sub frénica y las paredes que la limitan". [...]

"Luxaciones esternales".[177] A propósito de dos casos de luxaciones anteriores postraumáticas del manubrio esternal con respecto al cuerpo de este hueso, Navarro aprovecha para poner al día un capítulo poco frecuente de la patología, que fue inaugurado por Maisonnaive. Estima que la reducción es relativamente fácil y que la fijación definitiva se logra mediante hilos de plata que aseguran un segmento al otro. Destaca la importancia del tórax superior, como unidad anátomo-funcional, en los movimientos de la cabeza y de la articulación escápulo humeral. Asimismo, señala que, por esa razón, dichas luxaciones acontecen a consecuencia de golpes antero-posteriores sobre esa zona del tórax o por caída sobre los miembros inferiores desde cierta altura. Menciona un hecho clínico de gran importancia y originalidad: suponer —en este así como en traumatismos anteriores más bajos del tórax, a raíz de la mencionada correlación entre los elementos que forman la pared— la posible existencia de fracturas de columna. Estas, que son el componente de más grave significación, deben ser cuidadosamente investigadas por medio de la semiología clínica y radiológica. En algunos libros este complejo lesional es denominado "síndrome de Navarro".

Alfredo Navarro fue el iniciador de la otra gran escuela de cirugía uruguaya. Discípulos de Navarro fueron: Pedro Larghero Ybarz, Héctor A. Ardao,

177 Pantaloni, J. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*. París: Inst. Bibli. Scient., 1899, pp. 373-383.

Rogelio Risso[178] (formado en Francia con Delbet, jefe de Clínica de Navarro y destacado como cirujano de tórax), entre otros.

Recibió toda clase de honores de las instituciones más prestigiosas de América y Europa, distinguiéndose como miembro de la Academia de Medicina de París.

178 Rogelio Risso sería colaborador de Pablo Purriel en la realización de estudios epidemiológicos en la década del cuarenta, sobre tuberculosis y brucelosis, apareciendo como coautor en numerosos trabajos publicados.

Manuel B. Nieto (1873-1940)

Manuel Benito Nieto Maitres nació en Montevideo el 21 de marzo de 1873. Graduado en la Facultad de Medicina de Montevideo el 18 de enero de 1901, integró la primera promoción de practicantes internos por concurso de oposición, desempeñándose entre 1898 y 1901. Siempre vinculado al Hospital de Caridad, fue discípulo en el último tramo de su magisterio de José Pugnalin (1840-1899) y acompañó a Luis Pedro Lenguas (1868-1932), a quien consideró su maestro más dilecto y a Juan Francisco Canessa (1869-1939), "papá Canessa", cirujano independiente de formación empírica, de rica y larga trayectoria.

Se lo puede considerar como el gran iniciador de la cirugía de urgencia y de tórax de urgencia.

Vale la pena considerar el acople de experiencia y búsqueda para abordar el trauma penetrante, que era el que predominaba en una época por las guerras, duelos, etcétera. Particularmente, se enfocó en las heridas cardíacas, consideradas mortales, y sentó las bases para su tratamiento.

Desde 1902 fue designado médico interno (de urgencia) del referido hospital, donde desplegó su capacidad quirúrgica, Más adelante, en febrero de 1912, siendo su director, dio origen al Servicio de Cirugía de Urgencia, creando el "cuarteto de urgencia" que dio origen a una escuela de cirujanos de gran relieve durante buena parte del siglo XX, integrado por los doctores Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi, José Iraola y Domingo Prat.

Desde 1904 mostró su inquietud por la resolución de graves problemas en la cirugía de urgencia, con intervenciones muy recordadas a propósito de heridas de arma blanca que comprometían tórax y abdomen, realizando el abordaje de ambas cavidades con excelentes resultados, que merecieron la publicación en el país y el exterior. Tuvo la prioridad en América Latina en resolver un paciente con herida de corazón y pericardio cerca de 1904.[179]

En 1908 publicó en París su experiencia: "De l'intervention dans les plaies thoraco-abdominales par les voies abdominale, trans-chondro-diaphrag-matique et trans-pleuro-diaphragmatique.[180] Allí expuso sus siete observaciones personales de lesiones toracoabdominales por heridas de arma blanca y arma de fuego, estableciendo las diferentes conductas seguidas en cada caso. En 1910 presentó dos observaciones de sutura del corazón en el Congreso Inter-

179 Mañé Garzón, F. *El cuarteto de urgencia*. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2005.

180 Nieto, M. B. De l'Intervention dans les plaies thoraco-abdominales par les voies abdominale, trans-chondro-diaphragmatique et trans-pleuro-diaphragmatique. *Rev. Gynec. Chir. Abd.*, 1908, 12: 453-468.

nacional de Medicina e Higiene reunido en Buenos Aires, del 29 de mayo al 4 de junio de ese año. En este trabajo hacía gala de su conocimiento de la bibliografía europea más reciente. A propósito de la historia de estas heridas, que él trataba por toracotomía, realizaba el siguiente desarrollo:

> Las heridas del corazón eran consideradas hasta Larrey (padre) como instantánea e inevitablemente mortales. Tal era la opinión de Hipócrates y de Celso. Galeno establece ya una distinción entre las heridas no penetrantes y las penetrantes; la muerte sería siempre inmediata en este último caso, permitiendo una sobrevida de algunas horas o de un día en aquellas heridas que se detienen en el tejido cardíaco.
>
> Los autores que siguieron, Paul d'Egine, Fallope, Lanfranc, discutían sobre ciertos síntomas de las heridas cardíacas; pero admitían que la muerte es la consecuencia fatal.
>
> Larrey (padre) ha sido, después de Galeno, el primero en pensar que el corazón puede sobrevivir más o menos largo tiempo a sus heridas cuando estas no son penetrantes. En el caso en que la cavidad del corazón estuviera abierta, Larrey considera la prolongación de la existencia como imposible. Ambrosio Paré es el primero que ha referido una observación en la cual la muerte no fue inmediata.
>
> Se trata de un hombre que después de haber recibido en un duelo una estocada en el corazón pudo defenderse y perseguir un instante a su enemigo. Senac, lo mismo que Morgagni, insiste sobre los casos de sobrevida, explicando la muerte no por la pérdida de sangre, sino por otras razones que expondremos más adelante. Müller, después de él publicó una observación en la cual el enfermo no murió sino diez y seis días después, de una herida del ventrículo derecho. A partir de este momento, las observaciones de este género se multiplican y la posibilidad de la curación de las heridas se discute. Esta prolongación de la existencia, constatada ya en época tan antigua, debía hacer creer en la posibilidad de la intervención para las heridas del corazón; si los cirujanos de aquella época no observaban más que la expectación, en presencia de estas heridas, la falta se debía a la insuficiencia de sus conocimientos.
>
> Las experiencias científicas sobre los animales permitieron, después, augurar un brillante porvenir para la cirugía del corazón. En efecto, Bretonneau atraviesa de parte a parte, con una aguja, y en todas direcciones el corazón de perros jóvenes, sin que estos animales hayan manifestado el menor dolor y sin que hayan sobrevenido, para ellos, inconvenientes notables. Solamente se ha notado que si se picaba el corazón con una aguja de un cierto calibre, podía haber efusión de sangre, y en uno de los casos se encontró un derrame en el pericardio.
>
> Velpeau (1835) repitió las experiencias de Bretonneau, llegando a los mismos resultados. Era, pues, fácil comprender que las simples picaduras del corazón pudieran curar.

Auguste Nélaton, en su tratado de Patología Quirúrgica, publicado en 1854, escribía ya: "la hemorragia que sucede a las heridas penetrantes del corazón, consideradas durante largo tiempo como pudiendo determinar siempre e instantáneamente, la muerte, permite, en un gran número de casos, vivir durante un tiempo algunas veces bastante largo, y aún mismo estas heridas pueden curar. La hemorragia no es siempre muy considerable; la sangre, en algunos casos, se acumula en el pericardio, donde se coagula, y si en este caso la muerte sobreviene, no es solamente a la pérdida de sangre que se debe atribuir sino a otras causas, como lo había pensado Morgagni; la misma acumulación de sangre en el mismo pericardio y la compresión del corazón que produce su peso".

La tesis de agregación de Jamin publicada en 1857 ha venido a corroborar la opinión de Nélaton y de algunos de sus contemporáneos, haciéndose ya algunas tentativas muy tímidas de pequeña cirugía, consistiendo entonces la única intervención en hacer la punción si la presión amenazaba detener los movimientos del corazón.

Desde entonces los ejemplos de curación a la suite de heridas del corazón no son sumamente raros pues ya en la gran estadística de Fischer, que comprende 452 casos, la mortalidad es de 84,7% (1868). Todos estos trabajos no tenían más que un objeto: establecer por qué los heridos morían y en qué proporción.

"El cirujano de hoy día —como lo dice Podrez— no tiene el derecho de quedar inactivo enfrente del herido cardíaco, bajo el pretexto de que el corazón es una región para nosotros desconocida. La cirugía de estos últimos veinte años ha hecho tales progresos en todas las regiones del cuerpo que la timidez delante de una operación del corazón sería incomprensible".

En efecto: existen desde hace algunos años datos científicos y experimentales para poder tratar las heridas del corazón; y en esta tercera época, que podemos llamar realmente quirúrgica, las experiencias de Salomoni sobre las suturas de las heridas del corazón en los perros le hacen llegar a la conclusión siguiente: "Las heridas del corazón no conducen siempre a una muerte inmediata y admiten una terapéutica quirúrgica. Salomoni piensa que las heridas del corazón son bien soportadas en los perros, compatibles con la vida, y no detienen sus latidos".

En 1896 Farina hace la sutura del corazón por primera vez en el hombre y siguen luego las observaciones de Rehn y Parrosani y una nueva era terapéutica nace en el tratamiento de las heridas del corazón.[181]

Luego de un detallado análisis de la técnica empleada y de exponer los casos de su experiencia, arriba a las siguientes conclusiones:

I. La toracotomía a colgajo externo comprendiendo la tercera, cuarta o quinta costilla es la que ofrece más ventajas para abordar las heridas de la punta y de la parte inferior de los ventrículos. La segunda costilla será

181 Mañé Garzón, F. *op. cit.*, pp. 162-164.

comprendida cuando se sospeche una herida de la base o de las aurículas, si la luz no fuese suficiente puede resecarse al costótomo o con la pinza cortante una porción del esternón, caso muy excepcional.

II. La pleura debe abrirse, ya sea con precauciones, yendo lentamente, ya sea efectuando la abertura amplia junto con el colgajo.

III. El drenaje debe suprimirse.

IV. La cardiorrafia puede efectuarse con puntos separados o con surjet, la cicatrización tiene la misma solidez en ambos casos.

Alberto Mañé Algorta (1884-1960)

Por Fernando Mañé Garzón[182]

Alberto Mañé Algorta nació en Montevideo el 30 de mayo de 1884 y obtuvo el título de doctor en Medicina y Cirugía en 1908, luego de haber sido practicante interno en el servicio del doctor Bernardo Etchepare, en el Hospital Vilardebó, y en el Hospital de Caridad, en el servicio de cirugía del doctor Luis Pedro Lenguas. Inmediatamente de concluidos sus estudios, viajó a Europa con fines de perfeccionamiento en cirugía, frecuentando los más importantes centros médicos de Francia, Alemania y Suiza, y permaneciendo luego en París, donde asistió a los principales servicios de clínica quirúrgica, lo que le permitió completar su formación y aportar a nuestro país importantes conocimientos en los aspectos asistenciales, que pronto se vería en condiciones de aplicar a nuestra organización sanitaria incipiente.

A su retorno, el presidente José Batlle y Ordóñez lo designó en 1912 médico cirujano de Sanidad Militar, en cuyo hospital central desarrolló la mayor parte de su actividad. Luego fue designado director general y jefe del Servicio de Cirugía del mismo hospital. Desarrolló este servicio en forma completa, con departamento radiológico, laboratorio de análisis clínicos, especialistas anestesiólogos y departamento de anatomía patológica, este último a cargo del doctor José Verocay, recientemente reintegrado al país, luego de su profesorado realizado en Viena. La organización del servicio le valió ser designado en 1925 profesor libre de Clínica Quirúrgica, por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, cuyo decano era entonces el doctor Manuel Quintela.

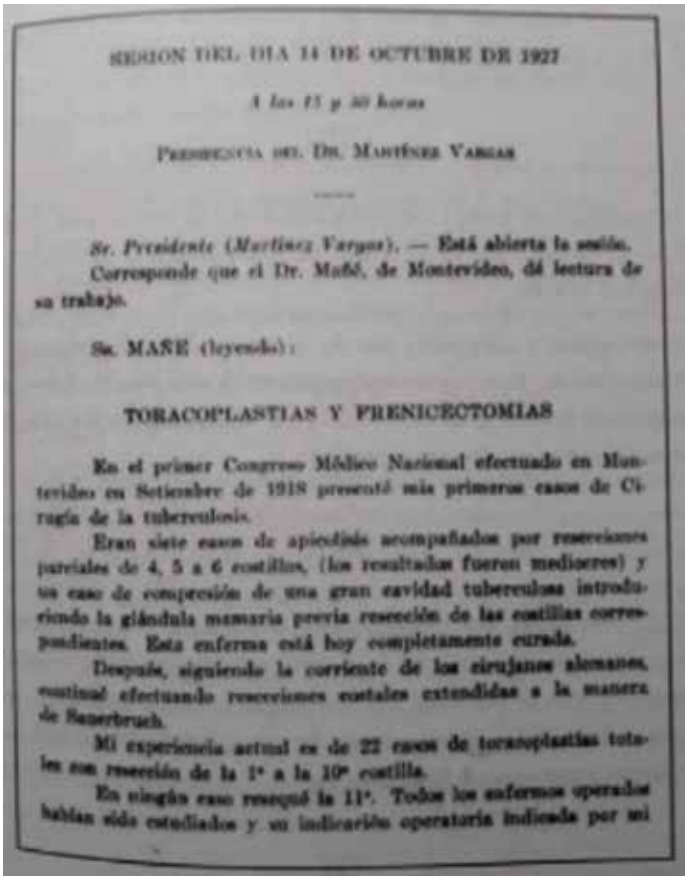
Fue asistente de la Cátedra de Clínica Terapéutica desde 1921, a cargo del doctor Juan B. Morelli, en el Hospital Maciel, en la que puso a punto y realizó las primeras intervenciones de cirugía torácica en nuestro medio.

Debe hacerse particular mención de sus estudios junto al doctor Juan B. Morelli sobre indicaciones, técnica de realización y resultados del neumotórax artificial, técnica recientemente creada por Forlanini en Italia y primer intento con resultados positivos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Fruto de esta actividad terapéutica de enorme beneficio para los enfermos

182 Mañé Garzón, F. Alberto Mañé (1884-1960). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006, pp. 147-148.

fue la obra publicada por Morelli con su constante colaboración quirúrgica: *El neumotórax artificial* (1923).

Prosiguiendo luego los progresos del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis, realizó las nuevas técnicas creadas y desarrolladas principalmente en Alemania, por Sauerbruch y su escuela, y adquirió en su servicio del Hospital Militar Central y en los Servicios de la Asistencia Pública Nacional amplia experiencia en la toracoplastia, apicolisis y frenicectomía. Realizó también un completo y documentado estudio epidemiológico sobre la incidencia de la tuberculosis en el Ejército (*Anales de la Facultad de Medicina*, 1925) con amplia repercusión en la prevención y detección precoz de dicha enfermedad.



SESION DEL DIA 14 DE OCTUBRE DE 1927

A las 15 y 30 horas

PRESIDENCIA DEL DR. MARTÍNEZ VARGAS

Sr. Presidente (Martínez Vargas). — Está abierta la sesión.

Corresponde que el Dr. Mañé, de Montevideo, dé lectura de su trabajo.

Sr. MAÑE (leyendo):

TORACOPLASTIAS Y FRENICECTOMIAS

En el primer Congreso Médico Nacional efectuado en Montevideo en Setiembre de 1918 presenté mis primeros casos de Cirugía de la tuberculosis.

Eran siete casos de apicolisis acompañados por resecciones parciales de 4, 5 a 6 costillas, (los resultados fueron mediocres) y un caso de compresión de una gran cavidad tuberculosa introduciendo la glándula mamaria previa resección de las costillas correspondientes. Esta enferma está hoy completamente curada.

Después, siguiendo la corriente de los cirujanos alemanes, continué efectuando resecciones costales extendidas a la manera de Sauerbruch.

Mi experiencia actual es de 22 casos de toracoplastias totales con resección de la 1ª a la 10ª costilla.

En ningún caso resequé la 11ª. Todos los enfermos operados habían sido estudiados y su indicación operatoria indicada por mi

Comunicación de Alberto Mañé Algorta al Primer Congreso Médico Nacional (Montevideo, abril de 1916), titulada "Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar".

Por la experiencia adquirida, fue designado por el Poder Ejecutivo y por la Facultad de Medicina delegado de Uruguay al Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, realizado en Córdoba en 1927, en donde presentó los pri-

meros aportes sudamericanos a la cirugía del tórax (toracoplastias, apicolisis y frenicectomía), publicados luego en las notas del congreso.

En el libro sobre Juan B. Morelli[183] consta que a partir de la publicación de *El neumotórax artificial*, antes citado, la cirugía de la tuberculosis pulmonar fue cobrando mayor importancia. A este respecto, el discípulo quirúrgico de Morelli, Alberto Mañé, practicó diferentes técnicas operatorias para lograr un mejor colapso pulmonar, particularmente en las lesiones cavitarias, localizadas en el vértice del pulmón. Ya en 1916, Mañé publicó su experiencia en toracoplastia, la que en años sucesivos completó hasta presentar en el Primer Congreso Panamericano de la Tuberculosis, en Córdoba, los resultados obtenidos.

En 1924, ambos autores, conjuntamente con José N. Quagliotti, se ocuparon de las perforaciones pulmonares en el curso del neumotórax y su posible consecuencia, la fístula pleural interna, que puede hacerse permanente y convertirse en una pleuresía, no infrecuentemente purulenta. A esta complicación se agrega la formación de una fístula externa o pleurocutánea, cuando se evacúa un piotórax al exterior o si se mantiene el trayecto de las punciones por infección a punto de partida del líquido pleural. En 1927, Morelli y Mañé presentaron un caso de supuración pulmonar, aparecida largo tiempo después de la curación de la tuberculosis por medio del neumotórax, circunstancia en la que se practicó un drenaje.

Múltiples trabajos presenta a lo largo de los años siguientes sobre estos procedimientos y sus complicaciones.

183 Resumen de Mañé Garzón, F y Pou Ferrari, R. (2004). *Juan B. Morelli en la historia de la medicina uruguaya*. Montevideo: edición independiente, p.149.

Américo F. Fossati (1886-1944)

Por Guillermo H. Fossati

El Hospital Fermín Ferreira para tuberculosos y leprosos se había inaugurado en 1891, en la orilla oeste del arroyo de los Chanchos, que corría donde hoy está la calle Tomás de Tezanos. Allí, desde 1910, actuaba el doctor Américo F. Fossati como médico de guardia y de sala con funciones de cirujano. Después, fue jefe de servicio, creador de un departamento de cirugía de tórax y, paralelamente, profesor libre de Clínica Quirúrgica.[184] Lo que sigue son algunos pasajes de la biografía realizada por su hijo, el cirujano plástico doctor Guillermo H. Fossati Benenati.[185]

Nació en Montevideo el 25 de julio de 1886. No realizó cursos de especialización fuera del país y su asistencia a congresos fue solo en Uruguay, Argentina y Brasil. En esa época no era raro especializarse en Europa, pero eso estaba lejos de las posibilidades de mi padre, cuyos orígenes eran bien modestos.

Fue variada y fecunda, como toda su vida. Ingresó al Hospital Maciel en 1904, momento turbulento en la historia del país, en el Servicio de Cirugía que estaba a cargo del doctor Mondino y luego del doctor Lamas. En el Maciel debió vivir el célebre "episodio de los crucifijos", en 1905, motivado por la disposición del doctor Scoseria luego de decretarse la separación de la Iglesia y el Estado, en que se disponía el retiro de altares y crucifijos de las salas de los pacientes.

En abril de 1910 fue nombrado por la Comisión Nacional de Caridad, a propuesta de su presidente, el doctor Scoseria, médico de Guardia y Sala en el Hospital Fermín Ferreira, con funciones de cirujano, hecho que motivó que en 1934 se lo confirmara como cirujano de sala. He mencionado varias veces al doctor Scoseria y siempre me ha impresionado que unos ochenta años después yo creara, sin ninguna intención especial, la más importante de mis clínicas, en la calle Dr. Scoseria, en Pocitos.

La actividad en el Hospital Fermín Ferreira continuó durante toda su vida, pasando luego a ser jefe de Servicio y creador del Departamento de Cirugía de Tórax, que tomó su nombre luego de su fallecimiento. En relación con ese

184 Crestanello, F. A. *Historia de la cirugía en el Uruguay*. Conferencia en el 90° aniversario de la fundación de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 2010.

185 Fossati, G. H. (2006). Américo F. Fossati (1886-1944). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006, pp. 162-168.

período de su actividad, creo conveniente reproducir parte de los informes de los directores del hospital, los doctores Brignole y Sarno.

> Nota n.º 519 (18 de noviembre de 1929): No puedo de ninguna manera concretarme a elevar simplemente esta nota, estimando de mi deber dejar constancia expresa de que la dedicación del Dr. Fossati a su Servicio ha sido siempre ejemplar, atendiéndolo con su preparación científica reconocida y con buena voluntad y actividad dignas de encomio. Debo hacer resaltar que, en lo que pudiéramos llamar período heroico del Fermín Ferreira, el Dr. Fossati debía traer, a menudo, médicos y cirujanos amigos para que dieran anestesia y lo ayudaran en las operaciones de sus enfermos, así como material operatorio, etc.
>
> Firmado: Dr. Alberto Brignole
>
> Oficio n.º 58 (febrero 10 de 1932): [...] la actuación del Dr. Fossati es digna de elogio, pues cuenta con una vasta preparación científica y con la colaboración de dos distinguidos médicos (honorarios) viene desarrollando una actividad intensa, reflejada claramente en la exposición que hace de sus intervenciones quirúrgicas en el Servicio.
>
> Firmado: Dr. A. Sarno

En 1930 fue elegido presidente de la Sociedad de Tisiología y ese mismo año dictó un curso sobre cirugía de la tuberculosis pulmonar, organizado por la Dirección Nacional de Asistencia Pública, con una importante concurrencia de estudiantes y médicos de Montevideo y del interior.

Fue el iniciador de Armand-Ugón, padre de la cirugía torácica.

Actividad científica

Su actividad científica fue importante y una muestra de ello es la cantidad, calidad y variedad de sus cursos, conferencias y trabajos científicos. Vamos a enumerar a estos últimos:

- "Cirugía del simpático", en colaboración con el profesor A. Lamas, presentado en el Congreso de Cirugía de Buenos Aires y publicado en la *Revista Médica del Uruguay* (1910).
- "Quiste hidático del pulmón", en la *Revista Médica del Uruguay* (1911).
- "Quiste hidático de pulmón. Hechos clínicos", en la *Revista de los Hospitales* (1912).
- "Frenicectomía", presentado en el Congreso Médico del Centenario, Sección de Tisiología, 5 al 12 de octubre de 1930.
- "Osteítis tuberculosa del peroné tratada con resección ósea", en la *Revista de Tisiología* (1932).
- "Quistes hidáticos óseos", en la *Revista de Tisiología del Uruguay* (1932).

- "Cavidad del vértice pulmonar derecho con caries costal", en el *Boletín de la Sociedad de Cirugía* (1932).
- "Tóraco-neumolisis-superior", en *Anales de la Facultad de Medicina*, tomo XIX, n.º 3-4 (1934).
- *Pleuresías tuberculosas purulentas, patogenia y tratamiento del empiema tuberculoso*. Imprenta Rosgal (1934).
- "Osteítis costal simulando radiográficamente una caverna pulmonar", en la *Revista de Tuberculosis del Uruguay*, tomo IV, n.º 6 (1935).
- "Breves consideraciones sobre el tratamiento de las tuberculosis óseas y articulares y de los resultados obtenidos", en la *Revista de Tuberculosis del Uruguay*, año III, tomo III, n.º 4 (1933).
- "Breves comentarios y estadísticas quirúrgicas de tóracoplastias por tuberculosis pulmonar y sus complicaciones", en la *Revista de Tisiología del Uruguay* (1936).
- "La neumolisis extrapleural", conferencia pronunciada en el curso organizado por el Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa del MSP, febrero de 1937.
- "Quistes hidáticos de pulmón. Estadísticas personales", en la *Revista de Tuberculosis del Uruguay*, tomo VII, n.º 1 (1938).
- "Tratamiento de los quistes hidáticos de pulmón con pleura libre", relato en la Sociedad de Cirugía.

Dr. Américo Fossati y colaboradores, en el Hospital Español.

Comentario de los trabajos

Sus trabajos fueron muy comentados en el Uruguay y en el extranjero. Como ejemplo voy a transcribir un comentario del cirujano francés Delbet, publicado en los *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire* (tomo 1, n.º 2, página 4, 1926):

> El cirujano uruguayo Américo Fossati es, si no nos engañamos, el primer autor que haya propuesto, incidentalmente, aplicar el neumotórax artificial al tratamiento de los quistes hidáticos de pulmón. Su trabajo data de julio de 1911, es decir un año apenas posterior a la publicación prínceps de Forlanini sobre 'un caso de absceso pulmonar datando de seis años y felizmente tratado por el neumotórax artificial', era, si se recuerda la opinión de Fossati, el cual hacía de la completa eliminación de la membrana madre, la condición *sine-qua-non* del éxito de este tipo de tratamiento.

Homenaje de la Sociedad de Tisiología (28 de junio de 1945)

Voy a transcribir una de las versiones de los diarios sobre este acto recordatorio, en la que se señala una de las actividades de la cual Américo Fossati fue notorio propulsor en nuestro medio.

> Tal como lo noticiáramos, el próximo jueves 28, la Sociedad de Tisiología celebrará, a las 18 y 45, un acto de homenaje a la memoria del distinguido médico compatriota desaparecido Dr. Américo Fossati.
>
> Dicho homenaje consistirá en una reunión científica en la cual serán considerados exclusivamente temas de cirugía torácica, de la cual el profesor Fossati fue eminente propulsor. Se efectuará en los salones del Club Médico, rigiendo la siguiente orden del día:
>
> 1. Palabras del Presidente de la Sociedad de Tisiología, Dr. León Muñoz Moratorio.
> 2. Dr. Víctor Armand-Ugón: Neumectomías y Lobectomías.
> 3. Prof. Dr. José Soto Blanco: Tuberculosis mamaria: su tratamiento quirúrgico.
> 4. Dr. Alberto Roca Estévez: Principios generales de la toracoplastia.
> 5. Dr. Arturo Vázquez Furest: 20 años de toracoplastia en el Servicio del Dr. Américo Fossati.
> 6. Dr. Ramón P. Sierra: Tóraco-neumo-tisis superior.
>
> La Comisión Directiva de la Sociedad invita muy especialmente […].

Pedro Larghero Ybarz (1901-1963)

Por Antonio L. Turnes[186]

Nacido con el siglo XX, el 13 de marzo de 1901, en un hogar de padres uruguayos descendientes de genoveses y aragoneses, fue discípulo del gran Alfredo Navarro. Dedicó su vida a formarse con el mayor nivel de exigencia: como estudiante, como patólogo, como clínico, como cirujano, como docente. Graduado con medalla de oro, dedicó cada momento de su vida a enriquecer su conocimiento y a prepararse para ser un gran médico y un sobresaliente profesor.

Dos grandes escuelas quirúrgicas tuvo Uruguay: la de Giuseppe Pugnalin, un italiano formado en Bologna, Italia, sucedido por Alfonso Lamas, que consolidó una, y la fundada por Alfredo Navarro, formado en Francia, que configuró la otra. Larghero incorporó los avances de la cirugía de los Estados Unidos y del mundo anglosajón, que introdujo la modernidad en la organización y en la sistematización de los procesos, para hacer la práctica más eficiente y segura.

Inició su carrera docente en Cirugía, como jefe de Clínica y asistente de Navarro, y, al mismo tiempo, en Anatomía Patológica, llegando a ser profesor agregado.

La cirugía de avanzada que practicó Larghero no conoció límites: incursionó en la cirugía abdominal y torácica, en la neurocirugía y la cirugía cardíaca y vascular. Sus aportes al tratamiento de la equinococosis en los más diversos territorios es una de las obras cumbres de su producción. Fue un adelantado en el cuidado de la infección nosocomial, bregando por una asepsia rigurosa para todas las maniobras. También fue un ardoroso investigador en el campo de la fisiología y la cirugía experimental. La bibliografía que produjo en más de treinta años de intensa labor da cuenta de la riqueza de su legado científico.

Su gran aporte fue la sistematización de la frontera de los tránsitos abdominales, como está escrito en el libro *Equinococosis hidática del abdomen*,[187] que es una joya de lectura obligatoria.

La figura de Larghero excede a la cirugía torácica. A modo de ejemplo, su vida y su pasión por la cirugía están expuestos en el libro editado en su ho-

186 Palabras pronunciadas en ocasión de la entrega del Premio Larghero-Benedek, el 14 de julio de 2017, en la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

187 Larghero, P.; Venturino, W. y Broli, G. *Equinococosis hidática del abdomen*. Montevideo: Delta, 1962.

nor,*Pedro Larghero: cirugía y pasión*,[188] muy recomendado porque su espíritu por la cirugía hay que hacerlo reflorecer en las nuevas generaciones.

Juan Carlos del Campo, otro gran maestro de cirujanos, dijo sobre Larghero que fue "uno de los más grandes profesores de Clínica Quirúrgica de todos los tiempos". Y agregó:

> Si se hace la historia de la cirugía de nuestro tiempo, el máximo lugar le corresponderá a él, que sin el abrigo de la fe religiosa, sin el consuelo filosófico, sin acogerse a un descanso lógico y egoísta, hizo de su obra quirúrgica el fin de su existencia, pasara lo que pasara. Y trabajando, combatiendo, proyectando, quemó hasta el final su vida.[189]

Pablo Purriel, un gran maestro de clínica médica, escribió páginas memorables destacando que:

> De él puede decirse que no solo fue un gran cirujano, sino uno de nuestros primeros internistas, dominador de la técnica quirúrgica; y por eso fijó su atención antes que nadie en los grandes problemas patológicos que puede corregir la cirugía, en los procesos generales de orden metabólico que es necesario vigilar en el enfermo quirúrgico, en el trauma psíquico que la terapéutica quirúrgica puede ocasionar.
>
> [...] ocupará un lugar de pionero, entre los que tuvieron a su cargo la pesada tarea de preparar el campo para la actuación fácil y eficaz de las nuevas generaciones. Él partió de la nada, para forjar lo que vendrá. [...]
>
> Los intereses materiales, jamás lo atrajeron, y solía decir: la riqueza se lleva en el corazón y en el cerebro.

Porque, como lo afirmó el mismo Purriel, su viejo compañero de la Emergencia del Hospital Maciel:

> El médico tiene el privilegio de que se le confíe el cuidado de lo trascendente. Necesita una exquisita sensibilidad que lo lleve a sentir el problema a resolver como algo suyo; una generosidad sin límites, que le permita volcar sobre el enfermo toda la ayuda material y espiritual a su alcance. Todo esto lo tenía Larghero como nadie.[190]

188 Benedek, P.; Pradines, J. C.; Ríos Bruno, G.; Vázquez Varini, F. S. y Venturino, W. *Pedro Larghero, cirugía y pasión*. Montevideo: edición independiente, 2000.

189 *Idem*.

190 Purriel, P. Pedro Larghero (1900-1963). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988, pp. 157-163.

Velarde Pérez Fontana (1897-1975)

Velarde Pérez Fontana nació en Nueva Palmira (Colonia) el 9 de mayo de 1897. Graduado en 1920, realizó el internado pasando, entre otros servicios, por las clínicas quirúrgicas de los profesores Alfonso Lamas y Alfredo Navarro. Se destacó como cirujano del Bureau Central de los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Fue inicialmente anatomista, más tarde practicante interno, luego jefe de Clínica Ginecológica y profesor agregado de Cirugía en los servicios de Eduardo Blanco Acevedo y Horacio García Lagos. En 1926 realizó una residencia de cirugía y patología quirúrgica en la Mayo Clinic. En 1941 fue el fundador, en Colonia del Sacramento, de la Asociación Internacional de Hidatidología y también el iniciador de los Archivos Internacionales de Hidatidología. Alcanzó la titularidad de la Cátedra de Cirugía Infantil. Falleció el 3 de enero de 1975 en Montevideo.

Dentro de sus contribuciones a la cirugía de la hidatidosis, merece mención especial su técnica de la adventicectomía para el quiste hidático de pulmón.

En 1948 se publicó su *Nuevo método de operar en el quiste hidático del pulmón*, el método uruguayo o de V. Pérez Fontana.[191]

> Las primeras tentativas de extirpación de la adventicia las realizamos en un niño que tenía un quiste hidático supurado del lóbulo superior derecho, evolucionado hacia el fondo del saco y mediastinal, adherente a la vena cava superior. El desprendimiento seroso se hizo con relativa facilidad. La resección del lecho de implantación fue dificultosa, porque la toracotomía anterior (incisión de Meyer) era pequeña. El niño falleció a las 48 horas, por asfixia debida a inundación brónquica por sangre. No dispusimos de aspirador ni de tienda de oxígeno. La colaboración decidida del equipo de anestesistas y oxigenoterapia, nos permitió volver a insistir en nuestros propósitos. En la Obs. n.º 1 practicamos la resección del borde inferior del lóbulo inferior izquierdo, en el que se implantaba una vesícula hidática casi pediculada. En la Obs. n.º 2, decidimos extirpar la periquística, lo que realizamos con éxito empleando la técnica siguiente: abordaje del quiste por toracotomía, resección de una o más costillas de acuerdo con la localización del quiste, bajo anestesia general con intubación traqueal para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas durante el acto operatorio. Una vez evacuado el contenido líquido de la vesícula parasitaria y la membrana germinativa, se procedió a la extirpación del

191 Pérez Fontana, V. Nuevo método de operar en el quiste hidático del pulmón. *Apartado de Archivos de Pediatría del Uruguay*, tomo XIX, 1948, enero, (1): pp. 5-37 (cortesía del doctor Jorge Nin Vivó). Comunicación a la Sociedad Uruguaya de Pediatría, 19.XII.47.

saco adventicio o periquística. Esta operación se realizó con facilidad. En la Obs. n.º 3 la intervención fue perfecta.

En general, los quistes del pulmón, de acuerdo con lo señalado por Lozano Monzón, de Zaragoza, —discrepando con el concepto sostenido por Dévé—, son someros o superficiales, si se tiene en cuenta que los quistes llamados centrales u hondos (Lozano), son someros o superficiales respecto a las cisuras interlobulares o a la pleura mediastinal. Los quistes más frecuentes son los de la base del pulmón derecho y su evolución se hace en dos sentidos: hacia atrás, hacia la fosa paravertebral, adhiriendo precozmente a la serosa (estos quistes suelen ser de pequeño o mediano volumen) en cambio, los quistes que evolucionan hacia adelante encuentran el espacio virtual de las cisuras, crecen rápidamente, y suelen tener un bronquio de drenaje amplio (generalmente un bronquio de 2º orden, del lóbulo en que se originan) y algunas comunicaciones bronquiales accesorias. (Pl. 7-1).

El quiste, al crecer, pronto evoluciona hacia la periferia del lóbulo pulmonar y alcanza la superficie pleural de las cisuras interlobulares. Entonces, su crecimiento es rápido. Así se explica el enorme volumen que alcanzan los quistes hidáticos del pulmón en los niños. La implantación en el parénquima y sus relaciones, suelen ser muy pequeñas en relación a su volumen. Las adherencias del saco adventicio a la serosa pleural visceral suelen ser de fácil desprendimiento; en cambio, es más difícil separarlo de la pleura parietal, por lo sólido de las adherencias y la gran vascularización vicariante que presentan. Una vez expuesto el quiste por una toracotomía amplia y liberadas las adherencias parietales, se moviliza el lóbulo afectado taponando los fondos de saco pleurales con mechas livianas, de gasa.

Una vez presentado el quiste, se procede a la extirpación de la vesícula germinativa, sea por punción y aspiración o desgarrando la periquística por el procedimiento de Posadas, usando la maniobra de Armand-Ugón. Luego de evacuado el saco adventicio se tapona con gasa para evitar el colapso completo del pulmón y favorecer la intervención. Se toman los bordes de la membrana adventicia con pinzas en corazón y se inicia el desprendimiento del parénquima pulmonar. Esta maniobra produce una ligera hemorragia que cesa inmediatamente una vez terminado el desprendimiento. Los bronquios y los vasos se insinúan juntos dentro del saco adventicio y es muy fácil aislarlos y ligarlos conjuntamente antes de seccionarlos, sin que se produzca hemorragia. Cuando el saco adventicio se ha desprendido totalmente se suturan las superficies cruentas del lecho de implantación, con puntos transfixiantes del parénquima, invirtiendo los bordes de la brecha pulmonar para obtener una perfecta oposición de la serosa y evitar en lo posible las suturas. El plano de adherencias del saco adventicio a la serosa interlobular, en general no sangra; basta con controlar los pequeños desgarros pleurales que se ponen de manifiesto con la hiperpresión. Cuando el saco adventicio es muy grande y grueso, como en el sitio que corresponde a la implantación primitiva del quiste, se reseca la adventicia en la extensión que sea posible y el resto se marsupializa con el plano muscular profundo de la pared torácica. En este mismo caso extirpamos la mitad inferior del lóbulo medio, que es-

taba representada por una faja de parénquima pulmonar de 4 centímetros, que quedaba flotante después de desprendido el saco adventicio. Se puede combinar la extirpación del saco adventicio con la lobectomía parcial. Otras veces se puede desprender el quiste de su adherencia interlobular y luego practicar una lobectomía parcial, como en la Obs. n.º 2. La sutura de los desgarros y brechas del parénquima pulmonar no ofrece en general dificultades técnicas y la hemorragia post-operatoria suele ser de poca importancia. El hemo-neumotórax es un recurso natural y providencial; por esta razón preferimos practicar el cierre total del tórax. En dos casos dejamos un drenaje pleural cerrado, en el lugar de declive. En algún caso quizás sea de utilidad practicar el drenaje a través de una contra abertura.

Esta técnica, cuyos lineamientos generales hemos expuesto, la hemos aplicado hasta ahora en 8 pacientes: 2 adultos y 6 niños. En un adulto extirpamos un quiste hidático infectado de la cara interna del lóbulo inferior derecho, que estaba alojado en la cisura. Se liberó el quiste del lóbulo medio, entrando en la cisura y luego se hizo una ligadura del bronquio de drenaje transfixiando el parénquima. Se resecó todo el borde inferior del lóbulo inferior derecho. La hemorragia operatoria fue copiosa, debido a las adherencias del lóbulo a la gotera raquídea. En este caso se puso drenaje. (Obs. n.º 7).

Alejandro Victorica (1900-1976)

Nacido el 25 de enero de 1900, Alejandro Victorica Belgrano estudió en la Facultad de Medicina de Montevideo y se graduó el 29 de setiembre de 1931.

Su padre, don Alejandro Juan Victorica Bresque (1861-1933), quien se había destacado como el primer rematador de ganado, fundador en 1887 de la casa que lleva hasta hoy su nombre (transcurridas tres generaciones, con más de 135 años de actividad comercial prestigiosa y continuada), en 1899 abandonó la soltería contrayendo enlace con Sofía Isabel Belgrano Zorrilla de San Martín, descendiente de dos familias de arraigo patricio en ambas márgenes del Río de la Plata.

De esa unión nacieron tres varones y una mujer: Alejandro Victorica Belgrano, el mayor; Víctor Victorica Belgrano, Juan José Victorica Belgrano y Sofía Victorica Belgrano. Alejandro siguió estudiando y se graduó como médico. El segundo y tercero se dedicaron a la empresa de su padre y fueron sus continuadores. Juan José Victorica Belgrano contrajo enlace el 11 de agosto de 1930 con Hortensia Turenne Puig, hija del doctor Augusto Turenne, profesor de Obstetricia, fundador del Sindicato Médico del Uruguay y del Foto Club Uruguayo y exdecano de la Facultad de Medicina. Víctor y Alejandro permanecieron en su eterna soltería. Sofía compartió su hogar con Alejandro hasta el fallecimiento de este. La madre, doña Sofía Belgrano, falleció en 1923; el padre, el 21 de marzo de 1933.

Don Alejandro fue fundador de la Federación Rural del Uruguay, la que presidió en dos períodos, directivo de la Asociación Rural del Uruguay y un pionero en la formación de las sociedades rurales de toda la República. Gran conocedor del territorio, inició una práctica nueva, con el remate de ganado en feria, para la comercialización, transparentando los precios de la hacienda. Es considerado uno de los líderes del desarrollo ganadero del país, tanto en su actividad comercial como en la mejora de los rodeos a través de la importación de ejemplares de alta calidad. También incursionó en la comercialización de caballos de raza y fue uno de los fundadores del Jockey Club. Contribuyó activamente para la fundación, el 6 de setiembre de 1928, del Frigorífico Nacional, a fin de evitar que los frigoríficos extranjeros incidieran negativamente en los precios del ganado en pie. De ahí procede la afición al turf de la familia, de la que no fue ajeno el joven Alejandro. Algunas de sus expresiones en la faena quirúrgica, evocadas por sus discípulos, se hicieron clásicas. Cuando había alguna complicación en el campo operatorio, soltaba su famoso: "¡Rodamos!".

Aunque no pudo ubicarse información sobre su educación inicial, presumiblemente concurrió, como sus hermanos, a la escuela que *mademoiselle* Marchand tenía establecida en la calle Sarandí y completó su educación secundaria en The British School, de Montevideo, que fundada en 1908.[192]

Se formó en cirugía torácica en el Hospital Fermín Ferreira, junto a Américo F. Fossati. En1940 se incorporó al Hospital Saint Bois, cooperando con Víctor Armand-Ugón en la cirugía de tórax durante toda su vida. Se había formado junto a Alfredo Navarro. Al respecto nos ilustra Ricardo Pou Ferrari:[193]

> El 6 de noviembre 1926 se le tributó un homenaje nacional, el "Día de Navarro", con motivo de conmemorarse los treinta años de profesorado. Durante toda la jornada tuvieron lugar varias demostraciones, más tarde publicadas en forma de libro, que recoge discursos, artículos de prensa y adhesiones nacionales y extranjeras.

El Comité Ejecutivo de Homenaje tenía al doctor Francisco Ruvertoni (1889-1936) como presidente al doctor Heriberto Valdés Olascoaga y a los bachilleres Pedro Cantonnet (1900-1988) y Alejandro Victorica como secretarios. La Comisión de Honor era numerosísima, encabezada por el presidente de la República, ingeniero José Serrato (1868-1960). Contó también con el apoyo del Sindicato Médico del Uruguay, que publicó varias noticias en su boletín, dando cuenta de los actos.

Enrique Barmaimon (1931), que perteneció a la generación 1949 y acudió al Hospital Pasteur desde marzo de 1951, recuerda a Victorica integrando la clínica de Pedro Larghero, posiblemente por los años 1953-1954, cuando concurría esporádicamente para operar algún paciente que lo requería:[194]

> En estos tres días habíamos conocido al Profesor [Raúl A. Piaggio Blanco] y los demás docentes de las cátedras; como los tres [se refiere a sí mismo, Wolfgang Göller y Bolívar Delgado] teníamos una verdadera inclinación por la cirugía, fue en la clínica del Prof. Larghero, donde le dedicamos más espacio a conocer a sus docentes como: Luis M. Bosch del Marco, Jorge Pradines, Roberto Rubio, Roberto Perdomo, Luis A. Gregorio, Walter Venturino, Alberto Fernández Chapella, Alejandro Victorica, entre otros y al practicante interno Guaymirán Ríos Bruno; y de la clínica del Prof. Piaggio Blanco, a sus docentes como: Jorge Dighiero, y Hugo Malosetti, entre otros.

En los libros de operaciones del Instituto del Tórax, aparece desde 1940 ayudando a Víctor Armand-Ugón u operando él mismo, ayudado por otros cirujanos.

---

192 Información de la familia Victorica-Belgrano extraída del libro: *Victorica Rematadores. 120 Años de historia. Homenaje a nuestros mayores*, noviembre de 2007 (archivo personal de Jorge Nin Vivó).

193 Pou Ferrari, R. *Alfredo Navarro, maestro de la cirugía uruguaya*. Montevideo: Plus Ultra, 2015, p. 207.

194 Turnes, A. L. *El Chumbo Ríos (Guaymirán Ríos Bruno) (1928-2004)*, pp. 313-314, citando a Enrique Barmaimon. Barmaimon, Enrique: comunicación personal (8 de enero de 2020).

Ha dicho Hamlet Suárez Gallego que

> Victorica tenía su pasión, y eran los caballos. Cuando me conoció a mí, le dijo al viejo: "Es inteligente, revolea los ojos como los pura sangre". Fue soltero, y vivió con la hermana. Sanjinés se casó (en segundas nupcias) con Julia. Victorica era un hombre seco, pero simpático. De pocas palabras, pero de un humor sarcástico, cortito. De frases cortas. No era de entablar un diálogo eterno ni nada. Julia se reía mucho con esas cosas. Y Sanjinés era verborrágico, todo lo contrario.[195]

La continuidad de la presencia de Victorica está documentada, entre otros elementos, en su acompañamiento a la visita del profesor Clarence Crafoord, en 1953, como puede apreciarse en la fotografía, que corresponde al Fondo Documental de Aron Nowinski.[196]

Suárez Gallego ha informado que

> en *Pubmed* se puede encontrar 16 referencias a trabajos de Alejandro Victorica. Hizo una carrera profesional, más de praxis que académica. Fue jefe de clínica, pero luego se volcó a la cirugía de tórax.[197]

Visita de Crafoord y su equipo al Hospital de Clínicas en 1953, en un intervalo entre conferencias. Sentados: Inga Ericsson, Bengt Jonsson, Nicolás Caubarrère, Clarence Crafoord, Alejandro Victorica, Margaretta Hamenberg; de pie: Olle Friberg, Alberto Barcia, Ake Senning y Orestes Fiandra. (*Mundo Uruguayo*, 7 de enero de 1954).

Falleció en Montevideo, a los 76 años, el 5 de setiembre de 1976. Jorge Nin Vivó lo considera uno de sus tres maestros, junto a Armand-Ugón y Hamlet Suárez Cesio.

195 Entrevista a Hamlet Suárez Gallego, realizada por el autor el 22 de agosto de 2022.

196 Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A. L.; Sánchez Puñales, S. y Sierra, J. (2011). *El Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix, p. 932.

197 Entrevista a Hamlet Suárez Gallego, realizada por el autor el 22 de agosto de 2022. Ver las referencias mencionadas en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Victorica%2C+A.

Hamlet Suárez Cesio (1902-1979)

Hamlet Justo Suárez Cesio nació en Montevideo el 15 de diciembre de 1902. Falleció en Montevideo, el 5 de noviembre de 1979, a los 76 años.

Fue cirujano general y de tórax en el CASMU. La misma actuación le cupo en el Bureau del MSP y en el BSE, y también otro discípulo y colaborador de Armand-Ugón, parte del grupo de iniciadores del Servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Saint Bois, junto a Alejandro Victorica.

Hamlet Suárez Gallego recuerda que "en el Saint Bois empezaron Armand-Ugón, mi padre y Victorica. Ellos fueron los que iniciaron. Después se integró Ruiz, Sanjinés, y todos los demás".[198]

Aquí aparecen los catorce ganadores del primer concurso de médicos de urgencia del CASMU, realizado en 1936. Hamlet Suárez es el que está de pie a la derecha. A la izquierda, sentados, se ubican: Juan José Crottogini, Oscar Bermúdez y Ricardo Yannicelli; luego de uno no identificado, aparece Hermógenes Álvarez. El penúltimo de los sentados, por el borde derecho de la imagen, es Eugenio Isasi.

Comenzó a publicar trabajos con Víctor Armand-Ugón, Alejandro Victorica, Alfredo Ruiz Liard, Aníbal Sanjinés, en los boletines de la Sociedad de Tisiología, de la Sociedad de Cirugía y en congresos rioplatenses. Los temas se referían, de preferencia, a hidatidosis pleuro- pulmonar, tuberculosis pulmonar (toracoplastias), decorticación pulmonar y cáncer de pulmón.

198 Entrevista a Hamlet Suárez Gallego, realizada por el autor el 22 de agosto de 2022.

Su trayectoria incluye el desempeño de numerosos cargos:[199] practicante interno de Salud Pública, entre 1929 y 1933; adjunto de Clínica Quirúrgica con el profesor Alfonso Lamas, en 1933-1934; jefe de Clínica Quirúrgica con el profesor Manuel Albo, entre 1935 y 1938 (continuando luego de fallecido el profesor en el mismo servicio); asistente de Clínica Quirúrgica del profesor Carlos V. Stajano, entre 1938 y 1944; asistente especializado en tórax de la Clínica Quirúrgica del profesor Abel Chifflet, entre 1955 y 1968; médico colaborador especializado en cirugía de tórax, en la Clínica Quirúrgica del profesor José A. Piquinela, entre 1957 y 1961; médico del Instituto de Tisiología, entre 1964 y 1968; cirujano de tórax de la Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois, entre 1942 y 1970; director del Instituto del Tórax en la misma Colonia Saint Bois entre 1970 y 1975. En el CASMU, fue médico de urgencia por concurso de oposición, ingresando en el primer concurso, del que emergieron algunos de los más destacados profesores de la Facultad de Medicina. Luego fue allí cirujano titular, hasta 1975, y jefe coordinador del Equipo de Cirugía de Tórax, entre 1965 y 1975. En el BSE fue cirujano de la Central de Servicios Médicos, entre 1957 y 1973.

Entre sus numerosos trabajos científicos, cabe destacar los siguientes:

- Armand-Ugón, V. y Suárez, H. "La resección en el tratamiento de la tuberculosis". Apartado del 2.º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1952. *Cir. Uruguay*, 1937.
- Armand-Ugón, V.; Victorica A. y Suárez, H. "Quiste broncógeno asociado a una tuberculosis pulmonar". *Rev. de Tuberculosis del Uruguay*, (3): 279-284, 1945.
- Armand-Ugón, V.; Victorica, A. y Suárez, H. "Neumonectomía por hidatidosis pleuropulmonar masiva". *Rev. Soc. Cir. Uruguay*, (4): 367-380, 1947.
- Yannicelli, R.; Suárez, H. y Castro Casal, E. "Granuloma hidatídico pulmonar del adolescente". *Soc. Cir. Uruguay*, (9-12): 441-445,1947
- Suárez, H. y Victorica, A. "Tratamiento de los tránsitos hidáticos hepato-pulmonares transdiafragmáticos". *Soc. Cir. Uruguay*, (3): 245-263, 1950.
- Suárez, H. "Decorticación pulmonar en tuberculosis". Décimo Congreso Uruguayo de Cirugía, tomo I, pp. 157-174, 9 al 11 de diciembre de 1959.

Otra de sus áreas de actividad en los últimos años fue el desarrollo de prótesis de polímeros que sustituían la pared costal en cirugías que requerían resecciones amplias. Esto lo desarrolló fundamentalmente en el sanatorio del BSE. Logró tal experticia en la técnica del manejo de polímeros híbridos, que

199 Información gentilmente proporcionada por su hijo Hamlet.

también hizo prótesis de estos polímeros para otras especialidades, como la urología, proporcionando a distintos urólogos prótesis de testículos cuando estos debían removerse por procesos oncológicos o traumáticos.

Como dato anecdótico, al fin de su actividad, contabilizando procedimientos quirúrgicos menores en cirugía torácica, tales como la operación de Jacobeus, se contaron más de diez mil actos quirúrgicos en los tres centros donde trabajó: Hospital Saint Bois, Sanatorio del BSE y CASMU.

Es muy probable que sus cariñosos amigos, primero practicantes y luego médicos, le hayan otorgado el nombre de Amleto o Hamleto, como indistintamente lo escribieron, desconociendo el probable origen en una traducción o una versión del Hamlet de Shakespeare al español, del siglo XVIII, cuyo autor fuera Ramón de la Cruz, en 1772: *Hamleto, rey de Dinamarca*, según la investigación realizada por Pilar Regalado Kerson, de la Central Connecticut State University.[200]

Hamlet Suárez Gallego, su hijo, contó:

> Mi viejo un día estaba raro y le pregunté: "¿Qué te pasa?". "Tengo un cáncer de pulmón". Al largármelo a mí, se alivió. Se decidió tratarse y fue a hablar con el flaco Nin, con Julia, y lo operaron, Ruiz, Nin y Julia. Le hicieron una lobectomía y sobrevivió tres años y medio. Era muy fumador, de tres cajas de cigarrillos diarios; al final fumaba pipa, pero era muy fumador.
>
> En los últimos años de su vida, que hizo una trombosis de la vena central de la retina, bilateral, que le dejó visión periférica, sobre todo, se dedicó a la crianza de pájaros. Tenía muchos pájaros, que los criaba de pichoncitos. Y artesanalmente, porque tenía mucha manualidad y le gustaba, que más o menos la heredó mi hermano, más que yo. Se dedicó a carpintería y hacía los tórax de plástico para él, para los enfermos de grandes resecciones, con polímeros, toda la parrilla costal, a veces sustituían con plombaje, no por tuberculosis, por traumatismos. Y después empezó a hacer testículos como prótesis para sustituir a los que extirpaban por cáncer y se los daba a Juan Carlos Lorenzo y todos los amigos. Siempre se dedicó mucho a una tarea muy artesanal. Cuando yo nací, fue en una casa de avenida Uruguay y Curiales, a media cuadra de Ejido. Ahí estuvimos alrededor de un año. De ahí fuimos a Río Branco, a una casa que luego se alquiló, y luego se hizo una casa. Consiguió unos obreros que trabajaban de noche. Compró un terreno grande, más de un cuarto de manzana en Dublín y Mones Roses, que ahora se llama Pedro Murillo. Hizo una casa donde vivimos cinco años. Tenía tres caballos, vacas, trescientas gallinas, ovejas… Fue una niñez lindísima. Después nos mudamos a Punta Gorda.[201]

200 Regalado Kerson, P. Hamlet en España en el siglo XIX: Hacia un nuevo concepto de traducción shakespeariana. *AIH. Actas*, (XI), 1992, 53-62. Disponible en https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/11/aih_11_4_008.pdf.

201 Entrevista a Hamlet Suárez Gallego, realizada por el autor el 22 de agosto de 2022.

Abel Chifflet (1904-1969)

Abel Chifflet, oriundo de Mercedes, se destacó como discípulo de Alfonso Lamas y Luis Mondino, siendo uno de los maestros de la cirugía del siglo XX y formando una importante escuela quirúrgica.

Entre sus múltiples aportes, Chifflet también los realizó con trascendencia nacional e internacional en el ámbito de la cirugía del tórax, focalizada en la hidatidosis y su tratamiento quirúrgico. Son destacables sus trabajos y particularmente el contacto que mantuvo con los médicos y cirujanos del interior, estimulando el perfeccionamiento continuo y el amplio intercambio para mejorar las posibilidades técnicas disponibles para beneficio de los pacientes de toda condición.

Ocupó una época en la que la cirugía torácica comenzaba a definirse claramente como una disciplina autónoma, que reconocía y mantenía estrechos vínculos científicos, de trabajo y de amistad, con Víctor Armand-Ugón como máximo exponente, a quien refirió algún colaborador que quería formarse en profundidad en la cirugía torácica. Reunió una importantísima experiencia en el tratamiento de la patología hidática, que publicó y expuso ampliamente, que se incluye aquí como epítome de su dedicación a esta cirugía en una época anterior a los grandes progresos que se alcanzarían a partir de los años sesenta del siglo XX.

En 1936, publicó un folleto de 62 páginas con finalidad docente, sobre equinococosis, en el que dio una vista de conjunto y los conceptos generales vigentes entonces sobre anatomía patológica, síntomas comunes a todas las localizaciones, complicaciones y principios generales del tratamiento de esta enfermedad. Esta publicación mereció múltiples comentarios en publicaciones locales. Además, Chifflet la envió a quienes había visitado en su viaje de 1935 y a otros importantes personajes de la época. El carácter elogioso que mereció de estos hace pensar que este trabajo comenzó a afirmar en ellos el concepto de que Chifflet era una figura valiosa de nuestra cirugía:

- Walter Álvarez, de la Mayo Clinic, aconsejó a la biblioteca de su institución incluir el folleto entre los libros de texto para estudio.
- Chevallier Jackson, de Filadelfia, lo encontró "muy interesante y hermosamente ilustrado" y lo fichó con objeto de consulta.
- Emery Burnett, también de Filadelfia, lo encontró igualmente interesante y le pidió sus trabajos sobre quiste hidático de pulmón.
- William Cotting, de Boston, lo encontró útil y lo hizo traducir al inglés.

- El *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría* le dedicó un comentario que concluía con esta frase: "Hemos leído con verdadera atención la tesis que reseñamos y no dudamos recomendarla a estudiantes y médicos interesados en esta enfermedad [...]".

Pero, sobre todo, merece destacarse la opinión del mundialmente afamado hidatólogo de Rouen (Francia) Félix Dévé (1872-1951). En una carta personal, Dévé le respondió a Chifflet:

> En conjunto yo coincido con las ideas que usted expone. Por otra parte, he creído reconocer, en varios puntos, como un eco de ideas que yo he expresado antes, bajo forma análoga. Sin embargo, sobre tres o cuatro puntos no estoy de acuerdo con usted. Permítame comunicarle mis reservas. [...]
>
> Perdone estas pequeñas críticas, que muestran por lo menos el interés y la importancia que yo doy a vuestra obra.

Un año después, a raíz del trabajo de Chifflet y Purriel sobre neumoquiste perivesicular, Dévé pidió a Chifflet todos sus trabajos sobre quiste hidático y en 1938, en un artículo publicado en *La Semana Médica*, señaló que Chifflet y Purriel habían "concluido que era un signo radiológico que permitía hacer el diagnóstico de quiste hidático de pulmón".[202]

Al abordar el estudio de los primeros trabajos de Chifflet sobre equinococosis, destaca Francisco Crestanello:

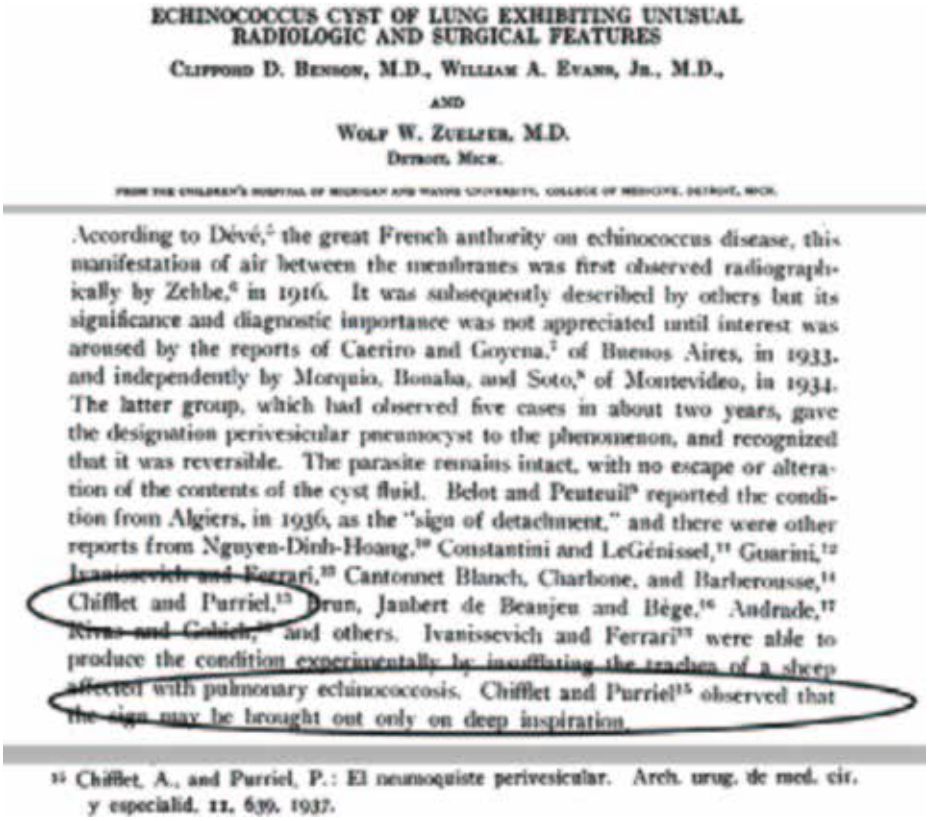
> El neumoquiste perivesicular de Morquio, Bonaba y Soto, o decolamiento de la membrana de Jaibero y de Belot y Penteuil, es un signo radiográfico muy característico, pero no patognomónico, de algunas formas de quiste hidático de pulmón.
>
> En este trabajo Chifflet y Purriel se propusieron subrayar la importancia de su intermitencia y darle un significado para su proyección terapéutica.
>
> Repasan las hipótesis patogénicas: punción del quiste; fisuración de la membrana hidática; y relajamiento de la adventicia, a la que descartan porque sus observaciones anatómicas les permiten afirmar que la adventicia no es capaz de distenderse.
>
> En base al análisis de cinco observaciones clínico-radiográficas simples o broncográficas, concluyen que:
>
> 1. El neumoquiste se magnifica en las inspiraciones profundas.
> 2. Fuera de los casos de punción deliberada, se debe a hipotensión de la vesícula parasitaria por permeabilización de su membrana, que permite entrar aire desde los bronquios abiertos en la cavidad adventicial.

202 Crestanello, F. A. *Abel Chifflet (1904-1969), el equilibrio entre espíritu, ciencia y arte en cirugía*. Montevideo, 2012, p. 394.

3. Constituye una señal de rotura inminente del quiste y una indicación de operación inmediata.

Como se señala en el capítulo 12, también recibió comentarios elogiosos de Dévé, quien señaló la aparición casi simultánea de este trabajo con otros dos sobre el mismo tema, uno en Argelia y otro en Francia.

También recibió elogios de otros importantes personajes extranjeros de la época, y seis años después fue citado por un trabajo de cirujanos del Hospital de niños de la Escuela de Medicina de la Universidad de Detroit aparecido en Annals of Surgery.



ECHINOCOCCUS CYST OF LUNG EXHIBITING UNUSUAL RADIOLOGIC AND SURGICAL FEATURES

Clifford D. Benson, M.D., William A. Evans, Jr., M.D.,

and

Wolf W. Zuelzer, M.D.

Detroit, Mich.

From the Children's Hospital of Michigan and Wayne University, College of Medicine, Detroit, Mich.

According to Dévé,[5] the great French authority on echinococcus disease, this manifestation of air between the membranes was first observed radiographically by Zehbe,[6] in 1916. It was subsequently described by others but its significance and diagnostic importance was not appreciated until interest was aroused by the reports of Caeiro and Goyena,[7] of Buenos Aires, in 1933, and independently by Morquio, Bonaba, and Soto,[8] of Montevideo, in 1934. The latter group, which had observed five cases in about two years, gave the designation perivesicular pneumocyst to the phenomenon, and recognized that it was reversible. The parasite remains intact, with no escape or alteration of the contents of the cyst fluid. Belot and Peuteuil[9] reported the condition from Algiers, in 1936, as the "sign of detachment," and there were other reports from Nguyen-Dinh-Hoang,[10] Constantini and LeGénissel,[11] Guarini,[12] Ivanissevich and Ferrari,[13] Cantonnet Blanch, Charbone, and Barberousse,[14] Chifflet and Purriel,[15] Brun, Jaubert de Beaujeu and Bège,[16] Andrade,[17] Rivas and Gelsich,[18] and others. Ivanissevich and Ferrari[13] were able to produce the condition experimentally by insufflating the trachea of a sheep affected with pulmonary echinococcosis. Chifflet and Purriel[15] observed that the sign may be brought out only on deep inspiration.

[15] Chifflet, A., and Purriel, P.: El neumoquiste perivesicular. Arch. urug. de med. cir. y especialid. 11, 639, 1937.

Título, pasajes del texto y referencia bibliográfica del trabajo de Chifflet y Purriel "El neumoquiste perivesicular" en *Ann. Surg.*, 1943, 117: 268-277.

Continuando el relevamiento de los trabajos de Chifflet sobre equinococosis, aporta Crestanello:

B. Otros trabajos sobre equinococosis pulmonar

a. La retención seca de membrana

Esta comunicación es un estudio clínico, radiográfico y terapéutico de esta forma de la equinococosis pulmonar que formó parte del trabajo de una Comisión multidisciplinaria nombrada por la Facultad de Medicina que preparó una exposición presentada en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires durante el 10° Congreso Nacional de Cirugía (ver capítulo 12).

La Clínica destacó el antecedente de vómica, las formas hemoptoicas, broncorreicas periódicas, mixtas y latentes.

La Radiología enfatizó el signo del casquete claro, que no es exclusivo del quiste hidático, pero que aparece en la inspiración profunda, lo que sí es importante para el diagnóstico, y otros signos en la radiografía simple, la tomografía y la broncografía.

La Anatomía Patológica demostró que la cavidad adventicial nunca se epiteliza y que la pared tiene restos de componentes bronquiales.

La Terapéutica Quirúrgica estuvo a cargo del Profesor Del Campo y del Profesor Agregado Chifflet.

Señala que:

- Extrayendo la membrana el tejido alterado remanente puede ir a la curación clínica completa o persistir provocando hemoptisis.
- La eliminación espontánea de la membrana es rara por lo que debe esperarse con prudencia y bajo vigilancia. La extracción por broncoscopía hecha por expertos debería redundar en beneficio; a propósito de esta posibilidad Chifflet mencionó que la consideró con Chevalier Jackson en Filadelfia, a quien había visitado tres años antes.
- La neumotomía podía hacerse con o sin neumotórax previo; Chifflet prefería esta última porque no tenía experiencia con la baronarcosis.
- La neumotomía planteaba dificultades por el pequeño tamaño de la lesión (lo que exigía diagnóstico topográfico preciso por radiografías previas, localización mediante punciones y en algunos casos hasta cuatro tentativas) y su situación profunda que implicaba el riesgo de hemorragias muy graves.

Hoy resulta interesante como muestra del estado de la cirugía del quiste hidático de pulmón entonces.

El desarrollo de la cirugía pleuro-pulmonar

En el siglo XIX, las técnicas anestésicas abiertas sólo permitían drenar colecciones pleuropulmonares infectadas. Un orificio en la pleura mayor que la luz laríngea no permitía la ventilación. En la última década del siglo Tuffier y otros cirujanos franceses y americanos realizaron las primeras toracotomías bajo respiración a presión positiva. En 1891 Tuffier en Francia hizo la primera resección parcial de pulmón.

En la primera década del siglo XX en Alemania se realizaron operaciones torácicas en una cámara a presión subatmosférica (-15 cm H2O), que dejaba afuera la cabeza del paciente y obligaba al equipo a usar cascos presurizados (Sauerbruch, 1904), o colocando una cámara a presión supra-atmosférica en torno a la cabeza del paciente (Brauer, 1905).

En 1909 se inició la intubación traqueal con ventilación a presión positiva (Meltzer y Auer. Nueva York), y en 1910 se hizo la primera toracotomía bajo este tipo de ventilación (Elseberg).

En la década de 1930 se hicieron las primeras neumonectomías por enfermedades no neoplásicas (R. Nissen. Basilea. 1932) y por cáncer (E. Graham. 1933).

Los ventiladores mecánicos y los curarizantes son de la década siguiente. Las diferencias en la prevalencia y en el diagnóstico de las enfermedades a tratar (tuberculosis, cáncer, supuraciones, etc.), sus características particulares y las dificultades que de ellas derivan, explican las diferencias cronológicas en el desarrollo de la cirugía de cada una, que no se produjo en forma simultánea.

***

En el Río de la Plata la hidatidosis exigió a la cirugía pleuro-pulmonar antes que la tuberculosis.

A fines del siglo XIX Posadas en la Argentina diseñó, realizó y filmó (probablemente la primera película de una operación en el mundo) una técnica de tratamiento de la hidatidosis pulmonar que fijaba el pulmón a la pleura, hacía una neumotomía, evacuaba el parásito y su membrana y cerraba el pulmón y la pared sin drenaje.

En Uruguay, Lamas y Mondino creaban adherencias pleurales para evitar el neumotórax y en un segundo tiempo operaban el quiste a través de ellas.

***

En 1908 Nieto señaló que en siete casos personales de abordajes combinados para el tratamiento de las heridas tóraco-abdominales, el neumotórax no constituyó un problema de gravedad.

***

En 1938 Armand-Ugón como resultado de su sólida experiencia en cirugía pleuropulmonar publicó *El tórax quirúrgico*, en el que el capítulo sobre quiste hidático de pulmón muestra el estado del tratamiento de esa enfermedad en esa época.

b. El diagnóstico de la equinococosis pulmonar múltiple

Es un trabajo de 1940 en colaboración con Purriel y Ardao, que es una parte a cuenta de un amplio capítulo que se proponían publicar in extenso.

Se refieren a sus tres variedades más corrientes —múltiple primitiva, metastásica y broncogénica— que ilustran con siete observaciones clínico-radiográficas y, en algunos casos, además operatorias o necrópsicas. A partir de ellas describen el diagnóstico positivo, diferencial (que con el estudio de la expectoración incluida de E. Lasnier perdería su interés), y de variedad para el que aportan algunos elementos sugestivos (antecedentes de rotura de un quiste previo, hallazgo de sus restos o de quistes concomitantes en otras vísceras), pero señalan que la mayor parte de las veces no se puede fundamentar con certeza.

***

Los restantes trabajos sobre equinococosis pulmonar sólo son objeto de una breve alusión.

c. La eosinofilia costal en el quiste hidático del pulmón

Es una corta nota preliminar, de una época en que los métodos diagnósticos de los quistes hidáticos de pulmón eran limitados y su tratamiento quirúrgico se realizaba en dos tiempos. En ella señala un hecho de observación: en múltiples casos de los últimos 5 años había hecho buscar eosinofilia en la médula ósea de la costilla resecada en el primer tiempo operatorio, encontrando algún falso negativo pero ningún falso positivo, por lo que la consideraba de valor diagnóstico en los casos dudosos.

d. La intermitencia del signo del casquete claro

El signo del casquete claro no es patognomónico de quiste hidático hialino de pulmón a menos que se observe intermitentemente durante un mismo estudio radiográfico.

e. Algunas consideraciones sobre el tratamiento del quiste hidático del pulmón

Es un trabajo escueto y práctico; fue presentado en la Seccional Tisiología de las Jornadas Sudamericanas de Medicina y Cirugía que se realizaron en enero de 1938, con la presencia de cirujanos extranjeros, entre ellos el Profesor Oscar Ivanissevich de Buenos Aires que intervino en la discusión.

Menciona y deja de lado a los quistes vomicados. Respecto a los quistes hialinos señala que:

- Son una enfermedad netamente quirúrgica, pero ese concepto general. No justificaba los atropellos operatorios que se cometían. Hay quistes hidáticos a operar y quistes hidáticos a vigilar.
- La indicación operatoria se basa en conocimiento exacto de su localización, la anatomía pulmonar y el estado de los bronquios periquísticos.
- La operación de sus maestros Lamas y Mondino que aprendió con ellos y prefiere, da cuenta fácil del quiste sin riesgos mayores porque atraviesa el peligro pleural sin ver la cavidad y coloca al quiste en condiciones favorecedoras de la operación.

- Su fracaso en la producción de adherencias tiene que ver sobre todo con la no observancia de sus detalles técnicos y sus plazos.
- Tiene algunas complicaciones que prolongan la hospitalización y secuelas, pero no arriesgan la vida del paciente.

El trabajo es interesante porque resume para médicos, las indicaciones y las técnicas del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad en aquella época.

f. Sesenta observaciones de equinococosis pulmonar

Es un trabajo de casuística sobre 60 pacientes con hidatidosis pulmonar (25 de ellos quistes hialinos), operados con la técnica de Lamas y Mondino en la Clínica del Profesor Stajano entre 1936 y 1942. Es el último y más importante trabajo sobre esta técnica.

g. Tratamiento de la equinococosis pulmonar.

Fue una conferencia dictada en el Congreso Médico del Este de 1944 realizado en San Carlos.

Analiza el tratamiento médico y el quirúrgico.

En el segundo insiste en que debe adaptarse al tipo de lesión (quiste hialino, vomicado, equinococosis múltiple, etc.).[203]

203 Crestanello, F. A. *op. cit.*, pp. 504-508.

Oscar Bermúdez (1906-1980)

Oscar Bermúdez Martinelli, apodado por sus amigos como El Gaucho Bermúdez, nació el 31 de julio de 1906 y se graduó el 29 de marzo de 1934, luego de ser practicante interno del MSP. Su vocación quirúrgica, según Raúl Ugarte Artola, nació en las salas de anatomía, pero entre 1935 y 1938 se desempeñó como adjunto honorario en la Clínica Médica del profesor Juan Carlos Plá Verde.[204] Fue autor del libro *Cuadros agudos del tórax, aspectos quirúrgicos*, publicado en marzo de 1960 por la Editorial Científica de la Facultad de Medicina.[205]

Fue profesor de Patología Quirúrgica y cirujano de guardia del Hospital Maciel. Luego sería profesor de Clínica Quirúrgica, actuando primero en el Hospital Pasteur y luego en la Clínica Quirúrgica F, en el piso 7 del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.[206]

En la introducción de su mencionado libro, bajo el título "Propósitos", expresa el autor:

> Varios años de ejercicio profesional en cirugía de urgencia, nos han permitido vivir las inquietudes que crea la agresión aguda del tórax cuando afecta gravemente el equilibrio funcional de mecanismos vitales. Se trata de pacientes que colocan al equipo de guardia en situaciones de real apremio, porque exigen un rápido balance funcional y lesional que permita adoptar medidas terapéuticas urgentes, oportunas y ajustadas. El grave desequilibrio funcional que domina inicialmente, requiere una adecuada compensación que impida la entrada en estados de "irreversibilidad". No pocas veces "se han ido de las manos", pacientes que pudieron ser reintegrados con gestos terapéuticos sencillos, aplicados con corrección y oportunidad.
>
> El conocimiento de ciertos hechos fisiopatológicos fundamentales, de su expresión clínica, y de las directivas terapéuticas urgentes, son indispensables para cumplir con los principios de recuperación, que permiten salvar muchas vidas y evitar complicaciones y secuelas desagradables.

204 Ugarte Artola, R. Oscar Bermúdez (1906-1980). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejempares*, tomo II. Montevideo: Rosgal, 1989, pp. 206-207. Disponible en http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/ bermudez.pdf.

205 Bermúdez, O. *Cuadros agudos del tórax. Aspectos quirúrgicos*. Montevideo: Editorial Científica de la Facultad de Medicina, 1960.

206 Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A. L.; Sánchez Puñales, S. y Sierra, J. *El Hospital de Clínicas de Montevideo: génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix, 2011.

Es nuestro propósito trasmitir a los jóvenes técnicos, que integran los Servicios de Guardia Hospitalaria, las enseñanzas recogidas en tal sentido, frente a situaciones angustiosas que nos han planteado diversos cuadros agudos del tórax. Consideramos ampliamente compensada nuestra labor, si contribuimos a difundir conceptos básicos de conducta en las "urgencias torácicas" y si llevamos con ello la serenidad al joven técnico que deba enfrentar a estos pacientes.

Oscar Bermúdez, *Cuadros agudos del tórax. Aspectos quirúrgicos.*
Montevideo: Editorial Científica de la Facultad de Medicina, 1960. 258 páginas.

Bermúdez dividió la publicación en dos partes. La primera se dedica al examen de la fisiopatología general en las agresiones agudas del tórax, a través de casi cincuenta páginas. La segunda está dedicada a los cuadros agudos del tórax, en nueve capítulos:

- Traumatismos cerrados
- Traumatismos abiertos
- Aspectos clínicos del traumatizado del tórax
- Tratamiento de los cuadros agudos del tórax de origen traumático
- Lesiones traumáticas toracoabdominales
- Cuadros agudos toracoabdominales originados por estrangulación de las hernias diafragmáticas traumáticas
- Lesiones traumáticas del esófago
- Cuadros agudos por rotura o perforación pulmonar no traumática
- Cuadros agudos provocados por hipertensión en grandes cavidades aéreas intrapulmonares
- Obstrucciones agudas de las vías aéreas
- "Paro circulatorio" y muerte en sala de operaciones.

Bonifacio Urioste (1911-1987)

Bonifacio M. Urioste López, nacido en Rocha el 23 de marzo de 1911, se graduó en la Facultad de Medicina el 29 de marzo de 1940. Su actividad estuvo vinculada a servicios de la Facultad de Medicina y al doctor Víctor Armand-Ugón, pero fundamentalmente al Hospital Militar Central, en cuyo Servicio de Cirugía trabajó por muchos años con el grado de capitán y del cual fue jefe.

Trabajó varios años junto al profesor doctor Eduardo C. Palma (1907-1994). Alcanzó el grado de profesor agregado y actuó junto a Juvenal Botto, Francisco Rissi y Tomás Chiara.[207]

Conoció personalmente al doctor Antonio Lladó (1881-1935), el primer cirujano de Rocha,[208] quien inspiró su vocación de cirujano como modelo a imitar. Cuando en 1969 presidió el 20.° Congreso Uruguayo de Cirugía, en su alocución presidencial se refirió al doctor Lladó en estos términos:

> El Dr. Antonio Lladó fue un eminente cirujano, de la época heroica del cloroformo y de la cirugía a domicilio. Una herida de corazón por el 1912 fue con éxito suturada por él; tallas de urgencia, en enfermos graves del medio rural, fueron operadas bajo focos de las forchelas de la época, y un amigo mío, gracias a este verdadero maestro, luce todavía una cicatriz xifo-púbica a consecuencia de una operación por hidatidosis hepato-peritoneal, realizada en el comedor de su casa.

Y continuó el doctor Urioste:

> Conocí su biblioteca, colecciones completas de revistas extranjeras y los más importantes trabajos de cirugía; una copiosa librería de ciencias, literatura, geografía, arte, etc., denotaban al hombre que actuaba porque sabía y por poseer una amplia y exquisita cultura.

Finalmente, agregó:

> He evocado estos nombres por sentido homenaje a héroes médicos casi anónimos, alejados del medio académico, que realizando su función médica con dignidad, modestia y jerarquía, fueron ejemplo e iniciación de vocación para imitarlos. Los recuerdo, como homenaje a los colegas del interior, que dentro de medios reducidos han formado centros quirúrgicos de importancia y que al igual que aquellos, realizan su silenciosa obra con modestia, como médicos integrales, dándose íntimamente al enfermo y al medio social.

207 Crestanello, F. A. *Academia Nacional de Medicina, 40 años de avances y realizaciones 1976-27 de diciembre-2016*, p. 163.

208 Arnoletti Virginio, J. P. *Antonio Lladó (1881-1935) El primer cirujano de Rocha*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/antonio_llado_primer_cirujano_rocha.pdf.

En su trabajo sobre la *Evolución de la cirugía pediátrica en el Uruguay,* Folco Rosa Ruvertoni dejó este testimonio:

> En la cirugía de urgencia de niños hay un hecho a destacar, de importancia por la época en que fue realizado: el 4 de octubre de 1948, el Dr. Bonifacio Urioste, recién llegado de Inglaterra, donde había permanecido un año estudiando cirugía torácica con Price Thomas[209] y Tubor Edward [Arthur Tudor Edwards],[210] en el Brompton Hospital de Londres, operó en el Hospital Pereira Rossell, la primera atresia del esófago en nuestro país. Se trataba de una niña de 4 días de edad. La enferma curó y fue la primera operación exitosa de este tipo en América Latina. Hasta ese momento en Francia no había habido ninguna sobrevida.[211]

En 1950, Urioste publicó en el primer número de la *Revista de Sanidad Militar* un artículo sobre neoplasma de pulmón, donde con relación al tratamiento indicaba:

> El tratamiento del neoplasma del pulmón es quirúrgico: intenta ser radical en la curación del enfermo, o tan solo paliativo.
>
> La radioterapia no ha mostrado su eficacia. Se trabaja intensamente con ella pero no se han obtenido los resultados que con la cirugía. Desgraciadamente, aún vemos pocos enfermos a los cuales se les puede hacer una exéresis con posibilidades de curación. Desde luego, hay neoplasmas de rápida difusión cuya sintomatología recién es aparente en este momento que obliga a la primera consulta.
>
> Pero no es menos cierto que hay un gran número de enfermos que acuden al médico en la etapa del síndrome mínimo y de la no difusión: de éstos, es absolutamente responsable aquel profesional que no piensa en la posibilidad de esta afección o que pierde tiempo en esperas perjudiciales por desear poseer una etiqueta diagnóstica segura.
>
> En los distintos servicios que actuamos y muy especialmente en el Centro de Cirugía Torácica que dirige el Profesor Víctor Armand-Ugón, hemos observado muchos casos que llegaron después de 6 meses, uno o dos años de haber consultado por primera vez. Muchos de ellos eran clínica y operatoriamente desechables, pese al tiempo transcurrido.
>
> Esto demuestra que hay tumores de muy lenta evolución y que, en estos casos, hubo una sensible pérdida de tiempo, cuya responsabilidad fue de cuenta exclusiva del médico tratante.[212]

209 Sir Clement Price Thomas (1893-1973).

210 Arthur Tudor Edwards (1890-1946).

211 Rosa Ruvertoni, F. Evolución de la Cirugía Pediátrica en el Uruguay. En Juan Ignacio Gil y Fernando Mañé Garzón (eds.), *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, Volumen IX-X, 1987-1988. Montevideo, 1992, pp. 121-138. Disponible en http://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2018/11/EVOLUCI%- C3%93N-DE-LA-CIRUG%C3%8DA-PEDI%C3%-81TRICA-EN-EL-URUGUAY.pdf.

212 Urioste, B. Neoplasma de pulmón. *Revista del Servicio de Sanidad Militar*, 1950, 1(1): pp. 5-12.

Jorge Nin Vivó, al realizar una sucinta biografía de Víctor Armand-Ugón (1900-1972), destacó:

> En 1962 en el XIII Congreso Uruguayo de Cirugía el Dr. Bonifacio Urioste hace el relato "Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón". En la discusión del relato Armand-Ugón luego de felicitar al relator y señalar su acuerdo en general, hace diversas consideraciones sobre 100 pacientes con esa patología vistos en ese año entre el 1° de enero y el 15 de noviembre, procedentes del Saint Bois, CASMU, Hospital Italiano y Español. De ellos, 62 fueron considerados inoperables luego de la evaluación correspondiente. Explica el criterio de selección, y al respecto debemos decir, más de 40 años después, que es el criterio aceptado a la fecha. La evaluación de la lesión pulmonar y de la eventual invasión mediastinal se hacía mediante radiografía simple de tórax y algún enfoque tomográfico. No existían las tomografías computadas y estábamos en ese entonces a menos de 3 años del momento en que Carlens había descrito la mediastinoscopía y no se hacían en nuestro medio. La única diferencia son algunos pacientes insuficientes respiratorios que no toleran una neumonectomía y que pueden resolverse en ocasiones con lobectomías con resección anastomosis bronquial. Al respecto debemos señalar que la utilización de estas técnicas se empieza a generalizar en centros de referencia a partir de la década del 70.

Hablando de variedades de tumores pulmonares, dice:

> Hay una variedad de tumor sobre la cual queremos insistir, y es un homenaje a un eminente profesor uruguayo, el Prof. Ricaldoni, que fue el primero en 1920, a quien le oímos una clase sobre un tumor del vértice del pulmón. Tumor que fue después retomado en su sintomatología por el Prof. Tobías de Buenos Aires, y que posteriormente fue conocido como tumor de Pancoast. Este tumor perfectamente descrito por Ricaldoni, se caracteriza sobre todo, por ser un síndrome doloroso del ápice pulmonar, que se localiza casi siempre en la fosa supra retro pleural, tomando el simpático y los primeros nervios intercostales. Tenemos un operado con sobrevida de 6 años. Practicamos la exéresis en block de la primera, segunda, tercera y cuarta costillas, juntamente con el lóbulo superior. A veces con apófisis transversa y mismo con algún segmento de vértebra.
>
> Porque si se deja evolucionar este tumor, se transforma en los tumores más terriblemente dolorosos de la economía; son enfermos que mueren sufriendo rabiosamente, y no hay ninguna terapéutica, salvo la resección quirúrgica, que los pueda aliviar de sus dolores. Por eso es que creo que deben ser operados".
>
> De los 38 operados 14 fueron toracotomías exploradoras. Debemos recordar que en ese momento no se disponía de medios diagnósticos actuales tales como la tomografía computada y la mediastinoscopía. Los otros pacientes fueron resecados, efectuándose 13 neumonectomías y 11 lobectomías. La conclusión a la que llegamos después de la exposición de Armand-Ugón sobre 100 pacientes con cáncer de pulmón vistos en diez meses y medio, no

puede ser otra, que era muy raro que en nuestro país un paciente con un cáncer de pulmón fuese ajeno a su opinión.

Aunque Bonifacio Urioste no se dedicó con exclusividad a la cirugía torácica, fue, como muchos cirujanos de su tiempo, un cirujano general que incursionó en ella, luego de su formación en el Reino Unido con dos de las figuras más relevantes. Le corresponde el mérito, señalado por Folco Rosa, de haber practicado la corrección de una atresia esofágica en una niña de cuatro días en 1948, que fue la primera practicada en América Latina.

Falleció el 10 de octubre de 1987.

Arthur Tudor Edwards (1890-1946)

Arthur Tudor Edwards (7 de marzo de 1890-25 de agosto de 1946) fue un cirujano torácico galés que trabajó en el Hospital Westminster, el Hospital Royal Brompton y el Hospital Queen Mary, Roehampton, y fue pionero en la cirugía de pulmón, particularmente en la tuberculosis pulmonar y los tumores de pulmón.

Edwards nació en Swansea, hijo mayor de William Edwards y su esposa Mary Griffith Thomas. Fue educado en Mill Hill School, Londres, St. John's College, Cambridge y en el Hospital Middlesex, Londres, donde se calificó como médico en 1913. Fue nombrado cirujano interno y registrador quirúrgico en el Hospital Middlesex, y obtuvo los grados más altos de M.Ch. y FRCS en 1915.

Edwards fue comisionado en el Royal Army Medical Corps en la Primera Guerra Mundial y llegó al rango de mayor. Fue el primer director del Departamento de Cirugía Torácica en el Hospital de Londres. También fue responsable de la formación de cirujanos notables, incluidos Dwight Harken, sir Clement Price Thomas y sir Russell Brock.

Sir Clement Price Thomas (1893-1973)

Clement Price Thomas fue un cirujano galés que nació el 22 de noviembre de 1893 en Abercam, Monmouthshire, donde su padre era comerciante. Su abuelo materno era ministro de religión. Era el más joven de una familia numerosa y fue a la Escuela de Medicina de Cardiff, donde ganó la Medalla Hughes en anatomía y una beca de ingreso a la Escuela de Medicina del Hospital Westminster por su trabajo clínico.

Durante la Primera Guerra Mundial sirvió como soldado en Gallipoli, Macedonia y Palestina. Price Tho-

mas calificó como miembro del Royal College of Surgeons en 1923. Fue influenciado por Ernest Rock Carling, G. T. Mullally y Tudor Edwards, quienes lo introdujeron en la cirugía torácica, que se convertiría en la especialidad en la que se destacó y que, finalmente, le ganó el reconocimiento mundial, como evidencia de los numerosos títulos honoríficos otorgados por universidades nacionales y extranjeras.

Fue nombrado cirujano del Hospital Brompton para enfermedades del tórax. También se desempeñó como consultor en cirugía torácica para el Ejército y la Real Fuerza Aérea, y como asesor en cirugía torácica al Ministerio de Salud.

Price Thomas fue elegido presidente de numerosos cuerpos importantes durante su carrera, incluida la Asociación Médica Británica, la Royal Society of Medicine, la Association of Thoracic Surgeons, la Thoracic Society y la Welsh National School of Medicine. También fue presidente de la World Medical Association en 1964-1966. Precursor de la cirugía torácica en la plataforma internacional, pronunció varias conferencias homónimas y recibió varios títulos honoríficos.

Menos conocido por su cirugía cardíaca, también introdujo la cirugía para la coartación de la aorta en el Reino Unido, un procedimiento que aprendió de Clarence Crafoord.

Sufrió cáncer de pulmón en sus últimos años, debido al tabaquismo de por vida, y murió a la edad de 79 años. Dejó una esposa y dos hijos, uno de los cuales se convirtió en cirujano.

Merece ser recordado que, así como los cirujanos en Uruguay habían realizado sus intervenciones en los primeros años del siglo XX, operando en las salas de la casas de sus pacientes, también sir Clement Price Thomas operó al rey Jorge VI en una sala del palacio, preparada especialmente para guardar estricta reserva. La operación practicada al rey Jorge VI en 1951 por un cáncer de pulmón, una neumonectomía izquierda, fue realizada en la mañana del domingo 23 de setiembre de 1951 en el salón Buhl del palacio de Buckingham. Price Thomas fue ayudado por sus jóvenes asistentes, Charles Edwin Drew y Peter Jones, quienes vigilaron en palacio el posoperatorio del paciente, que transcurrió sin inconvenientes. La cirugía se practicaba en esa época sin contar con unidades de cuidado intensivo ni la apoyatura de la más moderna tecnología que hoy conocemos. Jorge VI falleció en febrero de 1952 a causa de una enfermedad arterial. Sir Clement no quiso percibir honorarios, considerando que había sido un honor haber servido a su rey. Por ello fue nombrado caballero de la Orden de la Reina Victoria.

Sir Clement Price Thomas falleció el 19 de marzo de 1973.

Julio R. Mezzera (1915-2009)

Julio Raúl Mezzera Álvarez nació el 7 de febrero de 1915. Conoció al profesor agregado Abel Chifflet cuando como estudiante pasó por la Cátedra de Medicina Operatoria y luego cuando como practicante interno hizo una rotación por la Clínica de Stajano, en la que se recibió el 28 de agosto de 1943.

Entre Chifflet y Mezzera se estableció un vínculo, y, más tarde, cuando Mezzera desistió de hacer Ginecología, Chifflet lo llevó al Servicio de Víctor Armand-Ugón en la Colonia Saint Bois par que se entrenara en cirugía de tórax.

Fue el *alma mater* que organizó desde sus comienzos el Sanatorio Americano, al que convocó en 1946 a Chifflet para dirigir la actividad quirúrgica, donde este concentró su actividad privada, junto a otros distinguidos profesores de la Facultad de Medicina, referentes en sus respectivas disciplinas médicas y quirúrgicas.

En 1951 Mezzera era grado 2 en la Clínica de Blanco Acevedo y rotó al cargo que quedó libre en la Clínica de Chifflet por la renuncia de Martín Miqueo. En 1956 fue profesor agregado de Cirugía y se desempeñó como jefe de Policlínica de la Clínica de Chifflet.

Cuando la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet se trasladó desde el Hospital Pasteur al piso 9.° del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Mezzera integraba el plantel docente, junto a Héctor A. Ardao Jaureguito, Ruben Varela Soto, Luis A. Praderi González, Carlos Ormaechea, Mario Bossano Bozzo, Hernán Parodi Samonati, Eduardo Anavitarte, Walter García Russich y Alberto Aguiar Jaureguito.

Paralelamente se había especializado en cirugía torácica no cardíaca en el Servicio de Cirugía de Tórax del Prof. Víctor Armand-Ugón en la Colonia Saint Bois, en Londres con el profesor Clement Price Thomas (que en 1951 hizo una neumonectomía al rey Jorge VI de Inglaterra) y en la Clínica Mayo de Rochester con John Webster Kirklin. Como anécdota histórica Mezzera refería que en 1952, mientras estaba en Londres presenciando una operación del profesor Price Thomas, llegó la noticia que el rey Jorge VI había fallecido.

Pese a su estrecha vinculación con Chifflet y su cumplimiento estricto de las responsabilidades de los cargos que ocupaba, por sus obligaciones en el Hospital Saint Bois la concurrencia de Mezzera a la clíncia de Chifflet luego de que terminó su cargo fue más esporádica.

Correspondió a Mezzera el triste privilegio de certificar la muerte de su maestro y mentor Abel Chifflet.

Crestanello brinda un esclarecedor resumen de la historia del Sanatorio Americano, su génesis y cómo se llevó adelante el proyecto conducido por Julio R. Mezzera, con el importante apoyo económico de Alberto A. Dodero (1887-1951), magnate naviero argentino que dominó por décadas la navegación de cabotaje en el Río de la Plata, amigo de Juan Domingo Perón y de Aristóteles Sócrates Onassis, el magnate griego, también armador naviero y propietario de líneas aéreas.[213]

Falleció en Montevideo el 18 de marzo de 2009.

213 Crestanello, F. A. *Abel Chifflet (1904-1969), el equilibrio entre espíritu, ciencia y arte en cirugía*. Montevideo: edición independiente, 2012, p. 332.

Alfredo Ruiz Liard (1917-1997)

Por Gonzalo Estapé Carriquiry[214]

Dos especialidades: la anatomía y la cirugía de tórax, una pasión: la anatomía. Así podemos definir la actividad científica de este hombre que enseñó a tantas generaciones de estudiantes y de jóvenes especialistas quirúrgicos.

Su vida intensa transcurrió entre el Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina, la Clínica del Banco de Seguros, el Hospital Saint Bois y el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Lo conocimos en el año 1959, cuando ingresábamos a la facultad, con su larga túnica cruzada y su ceño fruncido, que inspiraba respeto y hasta cierto temor.

Sus clases de anfiteatro, multitudinarias, eran de una meridiana claridad, y transmitían los largos años de trabajo personal en el cadáver y en el laboratorio.

Cuando ingresamos en el escalafón docente, pudimos aquilatar su gran conocimiento de las técnicas de conservación e inyecciones de material elastomérico, que despertaban admiración y curiosidad en sus colegas en los congresos internacionales de anatomía.

La incorporación a la enseñanza de la tomografía computada lo llevó a confeccionar un excelente atlas comparativo de los cortes cadavéricos con ese estudio.

Pero, sin duda, su gran aporte lo constituyó el libro *Anatomía humana*, en coautoría con Michel Latarjet, su entrañable amigo. Fue el resultado de un esfuerzo personal de años y de varios viajes a Lyon, para aunar opiniones con el coautor.

En la segunda edición adecuó la terminología tradicional a la propuesta por el Comité Internacional de la Nómina Anatómica, que es el único lenguaje válido en las publicaciones internacionales.

***

Los aportes más relevantes del profesor Ruiz Liard a la cirugía torácica se centraron sobre todo en sentar las bases del concepto de segmentación pulmonar anatómica como elemento clave en la resección sublobar anatómica, así como en el estudio detallado de los pedículos pulmonares y su importancia para las resecciones pulmonares mayores.

Dos artículos que publicó sobre estos tópicos son:

214 Estapé Carriquiry, G. Alfredo Ruiz Liard. *Noticias del SMU*, 1997, (88), octubre.

- Segmentación pulmonar. *Anales Fac. Medicina.* 1962: 659-674.
- Contribución al estudio de los pedículos pulmonares [Tesis de Doctorado]. *Anales Fac. Medicina.* 1947.

Algunos conceptos anatómicos que destaca en su obra y que son de implicancia quirúrgica:

a. Inexistencia en la mayor parte de los casos de un verdadero bronquio lobar inferior derecho con las características de los otros bronquios lobares. Así lo describe: "el bronquio principal derecho penetra en el lóbulo inferior mediante dos bronquios: el apical y otro que sigue el trayecto del bronquio principal que siguiendo a Boyden se denomina tronco de los bronquios basales". Esta disposición es la más frecuente de ver y es lo que Cordier denomina disposición cruciforme, siendo los brazos de esa cruz el bronquio intermediario y el tronco de los basales en vertical, y el bronquio apical de Nelson y el intermediario en horizontal.
b. Sistematización del drenaje venoso del lóbulo superior derecho. Este se realiza mediante la reunión de dos colectores. Por un lado, una vena apical que sigue el borde anterior del hilio lobar denominada hilio marginal anterior (conocida como vena de Ruiz Liard), la cual es de situación prearterial (por delante de la arteria mediastinal anterior). Por ello su sección facilita la identificación y disección arterial durante el tiempo mediastinal anterior de la lobectomía superior derecha ("llave quirúrgica de la lobectomía"). Por otro lado, la vena interlobar cisural, más profunda y cuyo origen es posterior. Durante su trayecto recibe afluentes intersegmentarios y a la propia vena de Ruiz Liard, así como a un afluente profundo anterior (vena anterocisural o interlobar anterior).
c. Concepto de segmento pulmonar, que se caracteriza por:
    1. Estar formado por un pedículo broncoarterial propio integrado por el bronquio segmentario y la arteria homóloga.
    2. Tener una forma piramidal con base periférica y vértice hiliar, con una o varias caras tapizadas por pleura visceral y otras caras adosadas a segmentos vecinos. Estas caras se hallan separadas por un plano intersegmentario al que no atraviesan las ramificaciones bronquiales ni arteriales.
    3. Un drenaje venoso dispuesto en la periferia que transcurre por los planos intersegmentarios recogiendo sangre de varios segmentos. Estos planos venosos son la referencia anatómica para emplazar el límite de sección parenquimatoso en el contexto de una segmentectomía anatómica.

Aníbal Sanjinés Bros (1917-2011)[215]

Aníbal Ulises Sanjinés Bros nació en Montevideo el 25 de diciembre de 1917, graduándose en la Facultad de Medicina en noviembre de 1947. Fue un destacado cirujano cardiovascular y de tórax, formado como cirujano general en la clínica del profesor Juan Carlos del Campo, donde fue jefe de Clínica y asistente. Estimulado por Raúl Piaggio Blanco y Jorge Dighiero, que comenzaban en el Hospital Pasteur por 1948 a estudiar con vistas a la sanación quirúrgica de los pacientes cardiológicos, se interesó en esta rama y, siguiendo el consejo de esos amigos y maestros, dirigió diversas postulaciones a clínicas de primera línea en los Estados Unidos.

Como la respuesta no llegaba, a instancias de otro amigo viró para San José de Mayo y, dispuesto a ejercer allí como cirujano general, alquiló apartamento, consiguió teléfono (lo que para la época era muy difícil) y entonces llegó una carta de Charles Bailey, cardiocirujano de Filadelfia, invitándolo a trabajar en el hospital de la Hahnemann University, fundado en 1848 como el Homeopathic Medical College of Pennsylvania, el primer colegio médico homeopático de los Estados Unidos.

Allá marchó con su primera esposa y se instaló, no sin dificultades idiomáticas, porque de entrada lo enviaron a la sala de operaciones y no entendía casi nada de lo que le decían. Decepcionado, pensó en ir a Francia, a invitación de un profesor cardiocirujano visitante, ya que se había formado en el Liceo Francés, entre otros institutos, y dominaba esa lengua. Pero Bailey lo orientó a la cirugía experimental, para que mejorara su inglés, y así pudo continuar su entrenamiento. En los Estados Unidos nació su hija, y Sanjinés permaneció por dos años trabajando como residente primero y como jefe de residentes después. Cuando retornó a Uruguay, comenzó a hacer las primeras cirugías cardíacas, en la inicial ayudado por el propio Charles Bailey, en los hospitales públicos Maciel y Pasteur. Pero era apenas el comienzo de un largo camino, que inició por la comisurotomía mitral, para corregir a corazón cerrado la estenosis de esa válvula. En alguna operación fue ayudado por el profesor Oscar Bermúdez, actuando como tímido y confuso instrumentista un joven practicante Roberto Puig Quadrelli.

Charles Bailey (1911-1993) fue un pionero intrépido en la cirugía cardíaca, introducida en la década del cuarenta, como lo afirmó otro astro de esta ciru-

215 Turnes, A. L. *La hidatidosis en el Río de la Plata. Una revisión de algunos hitos a través de tres siglos*. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2014.

gía, Denton A. Cooley (1920-2016), en *The New York Times*, el 19 de agosto de 1993, a su fallecimiento. Dijo Cooley acerca de Bailey:

> Bien podría ser considerado como el padre de la cirugía cardíaca directa, después de haber demostrado que el corazón humano puede soportar las manipulaciones que antes se consideraban imposibles. [...] La trayectoria profesional del Dr. Bailey fue un tanto irregular debido a su naturaleza volátil y el desprecio de sus críticos [y a que sus] convicciones resultaban con frecuencia agresivas e intransigentes.

Aníbal Sanjinés operó más de 22 quistes hidáticos cardíacos y una multiplicidad de patologías cardíacas, hasta que, a instancias de Dighiero y ya inaugurado el Hospital de Clínicas en 1953, en los años siguientes trabajaría junto a Roberto Rubio y Juan Carlos Abó en la realización de operaciones de corazón a cielo abierto mediante hipotermia del paciente (lo sumergían en una bañera con agua mantenida a 26 °C con hielo).

La observación de que en Canadá ciertos animales presentaban una frecuencia cardíaca muy disminuida y que sobrevivían incluso sin alimentarse a temperaturas extremadamente bajas hizo pensar al cardiocirujano canadiense Wilfred Gordon Bigelow (1913-2005) que quizás a bajas temperaturas corporales podría haber una disminución sustancial de las demandas metabólicas y, consecuentemente, se podría conseguir mantener en paro al corazón un tiempo más prolongado sin ocasionar lesiones orgánicas significativas. Sobre esa hipótesis, en 1948 McQuiston desarrolló experimentalmente la técnica de la hipotermia. Al año siguiente, Bigelow y su equipo realizaron la primera operación de corazón abierto en animales con el uso de la hipotermia, llevando la temperatura corporal a 80 °F (26,7 °C). El 2 de setiembre de 1952 F. John Lewis, Richard Varco y Walton Lillehei, de la Universidad de Minnesota, utilizando la técnica desarrollada por Bigelow, realizaron el primer cierre exitoso de una comunicación interauricular en una niña de 5 años. Comenzaba así la cirugía cardíaca a cielo abierto.[216]

Eso fue así hasta que aparecieron el profesor Clarence Crafoord y su equipo por el Río de la Plata y trajeron la primera máquina corazón-pulmón para la perfusión extracorpórea que permitió operaciones más audaces. Era, como en todos los comienzos, la época heroica, donde el cirujano no solo debía operar, sino también velar por la evolución del enfermo. No había CTI, ni equipos especializados. A esas peripecias destinó su tiempo Sanjinés hasta 1963, cuando pasó a ocuparse exclusivamente de la cirugía torácica, tanto a nivel público como en la actividad privada.

> En diciembre de 1953, por iniciativa del ministro de Salud Pública Dr. Federico García Capurro, visitó nuestro país el renombrado cardiocirujano sueco, Prof. Clarence Crafoord, del Instituto Karolinska de Estocolmo, junto con un equipo de colaboradores, entre los que estaba el radiólogo uruguayo Alber-

216 Kermode-Scott, B. Wilfred G. Bigelow. *British Medical Journal*, 2005, 330(7497): 967.

to Barcia Capurro, que se encontraba en Suecia desde mediados de 1952. Realizaron demostraciones quirúrgicas y de estudios angiocardiográficos en el Hospital de Clínicas y el Hospital Saint Bois y dictaron varias conferencias. Crafoord disertó sobre adelantos en cirugía de tórax y sobre coartación de aorta. El anestesista Olle Friberg sobre la anestesia en cirugía del tórax. El cardiocirujano asistente, Ake Senning, sobre resucitación en cirugía. El cardiólogo Bengt Jonsson habló sobre estenosis pulmonar y Barcia sobre adelantos en el diagnóstico radiológico de las cardiopatías congénitas. El equipo sueco fue fotografiado en la azotea del Hospital y en el piso 19 durante un intervalo en dichas actividades, destinado a almorzar.

En el correr de 1954 Sanjinés y Juan Carlos Abó, cirujano uruguayo formado en cirugía cardíaca con el Prof. Michael DeBakey de Houston, Texas, comenzaron a operar en el Hospital de Clínicas, realizando cirugía cardíaca "cerrada".[217]

Era la primera vez que un equipo completo visitaba, cooperaba en el diagnóstico y realizaba la corrección quirúrgica de estas cardiopatías.

Visita del cardiocirujano sueco Clarence Crafoord a Montevideo en 1953.
A su derecha está Pedro Larghero y a su izquierda, Alberto Barcia Capurro, radiólogo uruguayo entrenado en Suecia.[218]

La integración del equipo de cirugía torácica del Hospital Saint Bois quedó patentizada por haberse operado los pacientes en dicho hospital, así como por la presencia de Alejandro Victorica en esta y otras imágenes disponibles en este texto.

Jorge Lockhart afirmó que José Luis Roglia fue en 1952 el primero en operar con éxito una coartación de aorta, lo que reafirmó Sanjinés.[219]

217 Wilson, E.; Nowinski, A.; Turnes, A. L.; Sánchez-Puñales, S. y Sierra, J. *Hospital de Clínicas de Montevideo: Génesis y realidad (1887-1974)*. Montevideo: Bioerix, 2011, pp. 392- 394.

218 Benedek, P.; Pradines, J. C.; Ríos Bruno, G.; Vázquez Varini, F. S. y Venturino, W. *Pedro Larghero, cirugía y pasión*. Montevideo: edición independiente, 2000.

219 Bado, J. L. José Luis Roglia. En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares, tomo II*. Montevideo: Rosgal, 1989. Disponible en http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/roglia.pdf.

> La cirugía cardíaca planificada se había iniciado en el país con José Luis Roglia (1961-1903) en el Hospital Italiano, luego de que este destacado cirujano retornara de una prolongada estadía en Europa, primero en Leeds (Inglaterra) con Thomas Price [sir Clement Price Thomas], luego en Estocolmo con Clarence Crafoord durante 6 meses y finalmente otra vez en Inglaterra, en Londres. Entre 1952, fecha en que operó los primeros tres casos de coartación de aorta y 1961, año en que falleció, Roglia operó más de 40 casos con cirugía del corazón a cielo abierto. Integraban su equipo Anuar Urtubey como ayudante, Saúl Caviglia como anestesiólogo, Raúl Di Bello como cardiólogo clínico y Jorge Dubra como hemodinamista. En ese entonces la cirugía cardíaca, si se excluyen unos pocos casos de pericarditis hidática, se limitaba a la corrección de lesiones valvulares y a la cirugía paliativa de la tetralogía de Fallot.[220]

Visita de Crafoord y su equipo al Hospital de Clínicas en 1953. En una azotea del Piso 17, de izquierda a derecha: Olle Friberg (anestesista sueco), Ake Senning (cirujano sueco), Alejandro Victorica, Clarence Crafoord, Bengt Jonsson (cardiólogo sueco), Alberto Barcia, Margaretta Hamenberg (secretaria de Crafoord), Nicolás Caubarrère, Ruben Franco (periodista) e Inga Ericsson (instrumentista).[221]

En las actas del 5.º Congreso Uruguayo de Cirugía (1954), hay un relato sobre cirugía de las cardiopatías congénitas, a cargo de Aníbal Sanjinés Bros. En la página 33, dice:

> En 1945, Larghero es el primer cirujano, que en nuestro país, realiza con éxito la obliteración de un canal arterial. Sierra, interviene una Tetralogía de Fallot cinco años más tarde y Roglia inicia la cirugía de la coartación de aorta. Armand-Ugón se ocupa fundamentalmente de la cirugía del canal arterial y es quien tiene mayor casuística nacional. A pesar de haberse iniciado esta

220 Wilson *et al.*, *op. cit.*, p. 398.
221 *Mundo Uruguayo*, 1954, 7-1.

> cirugía en 1945, el número de cardiopatías congénitas operadas en nuestro medio es muy limitado.[222]

Eduardo Joaquín Canabal, en el mismo relato, refiere al estudio estadístico y casuística, subrayando:

> En nuestro medio, Sapriza cita dos coartaciones operadas por Roglia con una muerte. Por considerarlo de interés, adjuntamos la documentación de 2 de nuestros pacientes operados. En la figura 8, presentamos el caso de Z. C., de 31 a., en la que vemos la coartación ístmica, así como la curva tensiométrica aórtica, supra e infra estrictural (220 mm Hg y 150, respectivamente). Intervinimos en el acto quirúrgico, realizado por Crafoord, resecando la coartación y suturando los cabos con sutura evertida continua. Las paredes de la aorta presentaban lesiones de ateroma. Esta paciente desarrolló un cuadro septicémico en el postoperatorio, a los tres meses de la operación y un síndrome de obstrucción de la anastomosis, falleciendo un mes y medio después con hemoptisis masiva. Las radiografías, pusieron en evidencia la existencia de una formación tumoral a nivel de la zona operada; la autopsia (Sanjinés), y el estudio anátomo-patológico (Aquiles H. Delfino), demostraron la existencia de una formación pseudoaneurismática, originada a nivel de la línea de sutura, en la parte externa, en comunicación con el árbol bronquial.
>
> La figura 9 corresponde a E. M. de 4 años, con una coartación de la aorta asociada a una estrechez mitral, como lo demuestra la angiocardiografía (Dighiero). Este paciente fue operado por Bailey y nosotros [Sanjinés], en febrero de 1953, de su estenosis mitral y luego por Crafoord, en diciembre del mismo año, corrigiéndose la coartación. Su situación ha mejorado últimamente, siendo el único caso conocido por nosotros en la literatura, en que ambas lesiones fueron tratadas, con sobrevida del paciente.[223]

Desde la muerte de Roglia, el equipo de Abó, Rubio y Sanjinés operó también en el Hospital Italiano, que fue el centro donde primero se practicaron estas intervenciones, incluso con circulación extracorpórea, actuando como hemodinamista Jorge Dubra Tafernaberry.

Pero la historia de Sanjinés, que recorrió diversos centros de cardiocirugía en los Estados Unidos, con estadías en Houston, San Francisco y la Clínica Mayo, tiene algunos hechos interesantes. Su padre era el dueño del Hotel España, un famoso hotel y rotisería que estuvo por décadas ubicado en la calle Colonia, entre Andes y Florida. Era nieto de vascos y catalanes, aunque de padres uruguayos. Sus primeras letras las conoció con las hijas del médico Alfonso Espínola Vega (1845-1905),[224] dos maestras y directoras que vivían en el hotel de su padre (Esther y María Espínola), y cuando ingresó a la escuela

222 *5.º Congreso Uruguayo de Cirugía*, 1954, tomo II, p. 33.

223 *Idem*, p. 81.

224 Se trata del médico natural de Lanzarote (Islas Canarias) que atendió heroicamente a la población de Las Piedras y San José, falleciendo allí. Su busto se encuentra en el *hall* central de la Facultad de Medicina de Montevideo. Turnes, A. L. *Alfonso Espínola Vega (1845-1905)*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/espinola.pdf.

pública, lo hizo en el Colegio de Aplicación para Señoritas, que luego sería la escuela República Argentina, directamente a segundo año. En quinto año lo cambiaron al Liceo Francés, para que estudiara idiomas, y al terminar sexto no pudo ingresar a secundaria porque tenía apenas 10 años y no le permitían dar el examen de ingreso, lo que hizo al año siguiente, cuando solo le faltaba un mes para cumplir los 12. Primero de liceo fue en el Francés y luego asistió al liceo Rodó, que le quedaba a una cuadra. Más tarde al Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (IAVA). Pero quiso seguir la carrera militar, y se disponía a hacerlo cuando su padre le dijo:

> Bueno, mirá: tú sabrás lo que vas a elegir. Pero fíjate que con tu manera de ser y con tu carácter —en la escuela era buen estudiante pero siempre lo echaban de clase por conversar y armar líos— vas a estar siempre arrestado. No vas a poder salir en todo el año.

Entonces lo pensó mejor y consideró hacer Arquitectura. Pero se inclinó por lo que le gustaba a su padre, y fue médico. O sea que la vocación en él fue surgiendo de forma progresiva y sin una determinación clara desde el inicio.

Fue jefe de Servicio en el Hospital Saint Bois, junto a su maestro don Víctor Armand-Ugón, y allí hizo también cirugía cardíaca, inicialmente, y de tórax más tarde, interesándose particularmente por la cirugía de hidatidosis pulmonar. Viajó a numerosos congresos mundiales de hidatidología, recordando en especial los de Madrid y Argelia. Fue presidente de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis entre 1985 y 1990 y de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. Fue miembro titular y secretario general de la Academia Nacional de Medicina, desde su fundación, realizando permanentes aportes y perfeccionando su organización, con un marcado compromiso que mantuvo intacto hasta su muerte.

Tuvo gran admiración por su padre y gran amistad con Horacio García Lagos, quien le dejó imborrable recuerdo a su ingreso al hospital como estudiante. También de Jorge Dighiero, Juan Carlos del Campo, Abel Chifflet, Piaggio Blanco y Fernando Herrera Ramos, con este último compartió largos años desde la fundación de la Academia Nacional de Medicina.

Su segundo matrimonio fue con la doctora María Julia Salsamendi, distinguida anestesióloga que formaba parte del equipo de cirugía del Saint Bois.

Aníbal Sanjinés, dueño de una personalidad desbordante, hablaba siempre con voz fuerte, pero con muy buen humor. Dedicado a sus pacientes, fue de los pioneros en una cirugía cardiovascular que hoy, ensanchada y expandida, se practica en muchos centros con una multiplicidad de técnicas.

Su honestidad y ética profesional fueron intachables, como lo fue su dedicación a esta compleja cirugía, por lo que debemos guardar un gran recuerdo de su paso por esta vida.

Falleció en Montevideo el 24 de noviembre de 2011, a los 93 años.

Valentín Crosa Dorado (1925-2003)

Médico y cirujano de tórax nacido en Montevideo el 9 de agosto de 1925, hijo del doctor Valentín Crosa, médico graduado el 20 de diciembre de 1923, integrante de la generación ingresada en 1918, de brillo singular, dentro de la cual estaban Víctor Armand-Ugón, Fernando D. Gómez, Alfonso Frangella y Rodolfo V. Talice.

Graduado el 27 de febrero de 1953, Crosa Dorado fue discípulo de Víctor Armand-Ugón. Junto a él, situó a la escuela uruguaya de cirugía torácica al nivel de las más prestigiosas del continente.

Fue inicialmente neumólogo y luego cirujano de tórax, sin haber sido antes cirujano general. Organizó el primer Departamento de Cirugía Torácica en la Asociación Española, donde desarrolló intensa actividad quirúrgica y también docente para la formación y entrenamiento del equipo de colaboradores médicos y de enfermería.

Fue innovador en el campo de su especialidad, introduciendo técnicas quirúrgicas publicadas en revistas especializadas y avaladas en congresos de la especialidad sobre el enfisema pulmonar.

Fue un creativo intenso en materia de técnicas quirúrgicas para el tratamiento del enfisema y la disnea, ideando procedimientos que hoy son conocidos por su nombre, particularmente para la resección de ampollas de enfisema y la remodelación pulmonar, con la "técnica de Crosa" o "de Crosa-Dorado", como son hoy conocidos universalmente y citados en los textos de la especialidad.

Inventó instrumental, sentando las bases para la moderna ingeniería médica que desarrollaría las máquinas de sutura bronquial. Su producción de grandes innovaciones para el avance en la cirugía de tórax le dio trascendencia mundial. Era un verdadero artesano y utilizaba técnicas como la tornería para producir los implementos llamados "los palitos de Crosa", empleados en la cirugía del enfisema, hoy superados por las máquinas de sutura automática.

Esta técnica, que difundió entre tantos cirujanos para emplearla, permitió que los pacientes pudieran volver a respirar.

Crosa Dorado fue no solamente un cirujano de admirada destreza y depurada técnica operatoria, poseedor de agudo y certero sentido clínico, sino también un docente de trabajo silencioso para despertar la conciencia de sus discípulos. Era, más que un académico, un verdadero artista que enseñaba haciendo. Ejemplo en aplicar saber, querer, osar y callar, fue un referente y aliciente para las jóvenes generaciones. A su lado se formaron la mayoría de los

actuales cirujanos de la especialidad, todos los que admiraron la austeridad y disciplina científica de este académico, que lamentablemente no ha recibido el justo reconocimiento por sus notables innovaciones.

Edificó una estructura empresarial, con la colaboración de su hijo, Gonzalo Crosa, que difunde en la región y el mundo los artículos médicos de la línea Crosa, que hoy día cuenta con su propia planta de producción y una amplia gama de productos y patentes, extendida en aplicaciones para cirugía cardíaca y otras áreas. La línea Crosa abarca el 90% del mercado nacional de insumos médicos para cirugía torácica y cardíaca, una línea de drenajes pleurales que ha ganado la aceptación de los cirujanos por la calidad que permiten alcanzar para la seguridad de los pacientes.

Su obra sigue brillando y amplificándose cada día.

Padeció una afección coronaria, primero, una valvulopatía después, y otras enfermedades intercurrentes. Fue operado inicialmente en los Estados Unidos y más tarde en la clínica del doctor René Favaloro, en Buenos Aires.

Falleció el 23 de enero de 2003.

Consideraciones sobre la situación actual del equipo[225]

Por Valentín L. Crosa Dorado[226]

La situación de la especialidad antes de crearse la Sociedad de Cirugía Torácica era la siguiente:

La práctica de la cirugía torácica estaba radicada en Saint Bois en forma primordial y en forma accesoria en el Fermín Ferreira.

En las mutualistas, salvo el CASMU, no se realizaba al no haber cirujanos capacitados. Se efectuaba alguna operación particular por Armand-Ugón y ocasionalmente Victorica, pero en forma muy espaciada.

En las distintas clínicas eran practicadas por los profesores con una morbilidad importante, a excepción de la clínica de Larghero.

La diferencia entre el grupo de Saint Bois y los demás cirujanos estaba basada más en la experiencia recogida en la práctica de unos diez años operando pulmones, que en conocimientos y conceptos que cualquiera los podía adquirir leyendo libros de 300 o 400 páginas.

La idea de que para hacer cirugía torácica era necesario haber practicado cirugía general por cinco o seis años estaba incorporada en forma mo-

225 Este documento es la versión digital de una fotocopia deteriorada, con tres dobleces y varios quiebres, que el doctor Jorge Nin Vivó le entregó al doctor Gerardo Bruno el 30 de diciembre de 2019. Algunos pasajes no han podido transcribirse por ilegibles, particularmente los correspondientes a los bordes inferiores de cada una de las cuatro páginas.

226 Este texto tiene base en un documento elaborado por Valentín Crosa Dorado en julio de 1991. Brinda un panorama del desarrollo de la especialidad en Uruguay, así como consejos y reflexiones sobre la conformación y el fortalecimiento de los equipos. Aunque algunos párrafos lucen incompletos, constituye un valioso testimonio.

nolítica en el pensamiento de todos los cirujanos de la época. En definitiva, en el medio la cirugía torácica no era considerada una especialidad.

Por otra parte, todos los integrantes de Servicio de Cirugía de Saint Bois tenían resuelto su problema económico con la cirugía general, por lo que el desarrollo de la especialidad no les preocupaba mucho. Se sentían satisfechos por integrar una "elite" comandada por un cirujano impresionante por su inteligencia, conocimientos y personalidad, don Víctor. La luz que proyectaba solamente su nombre de una manera u otra nos iluminaba a todos y la verdad sea dicha cada uno a su manera disfrutaba de la situación.

En 1965 yo tenía 40 años, tenía una experiencia importante: seis años como practicante del servicio y doce años de actividad quirúrgica, gozaba del *status* de cirujano de tórax, pero tenía que ganarme la vida haciendo medicina general.

Fue en esa época que me decidí luchar para crear situaciones que me permitieran vivir en el futuro de la cirugía torácica, a mí y a todos los que la practicaran. La lucha fue larga pero entre todos conseguimos los objetivos buscados.

[…] general. Esto cambió la actitud de varios cirujanos generales que hacían cirugía torácica, como acción competitiva frente a los cirujanos de tórax que hacían cirugía general.

Posteriormente se creó la Sociedad de Cirugía de Tórax, con el establecimiento de aranceles. Estos racionalizaron los honorarios y permitieron que mutualistas que no tenían cirujanos torácicos titulares pudieran hacer operar sus pacientes con costos razonables. Antes de establecerse los aranceles, los honorarios de las escasísimas operaciones mutuales eran igual a los privados.

Las grandes mutualistas reconocieron la especialidad y se crearon cargos y posteriormente equipos y centros.

Posteriormente, la Facultad reconoció de manera tácita la especialidad al crear el escalafón en el Instituto de Neumología.

En la actualidad, el buen nivel de la cirugía torácica uruguaya es reconocido internacionalmente. Así como estuvimos en los primeros puestos en cirugía traqueobronquial, tal vez podremos estar en cirugía de transplante.

El año pasado se realizó el primer congreso.

Si uno analiza las conquistas, es evidente que se consiguió mucho, porque se trabajó mucho y bien de parte de todos los integrantes de la Sociedad de Cirugía Torácica. La especialidad es reconocida sin discusión y los cirujanos torácicos pueden vivir cómodamente del ejercicio de la misma.

Si bien todos los integrantes de la sociedad tuvieron parte en estas conquistas, nuestro equipo tuvo una gestión preponderante, sin mediar la cual seguramente no estaríamos en la situación en que nos hallamos.

Este equipo fue surgiendo solo, impulsado su desarrollo en el apoyo que en forma espontánea se les fue prestando en forma sucesiva a aque-

llos que se venían incorporando a él. Apoyo técnico, material y afectivo, lo que le dio en los momentos en que se necesitó, y que fue- ron muchos, una solidez granítica, la que le permitió salir adelante en varias situaciones críticas.

La amalgama que unió siempre a los integrantes del equipo fue la estructura ética de cada uno de sus integrantes, el respeto mutuo, la buena interrelación y, como consecuencia inevitable, el afecto. Esto fue la causa también de que en el camino quedara algún integrante, pero sobre la marcha se fue [...] conformados con el material adecuado.

[...] a los más jóvenes, becas en el exterior, etc. Por lo expresado, el integrar el equipo era una tarea cómoda y redituable.

En el transcurso de la lucha por imponer y acreditar la cirugía torácica se fue generando un fuerte espíritu de competitividad que fue sumamente útil para los fines buscados.

Sin embargo llegado el momento actual en el que las situaciones están estabilizadas, situaciones que se obtuvieron por el esfuerzo conjunto, se comprueba que la actitud competitiva se ha comenzado a manifestarse dentro del grupo.

Esta actitud, si no se corrige, será sin duda alguna muy peligrosa. No solo para la integridad del equipo, sino para el desarrollo futuro de la especialidad. La competitividad tiene un importante componente subjetivo que genera *stress* y tensión, lo que conspira con la buena interrelación entre los integrantes.

La eficiencia y capacidad de cada uno de sus integrantes y por lo tanto los logros a conseguir debe ser consecuencia natural de sus condiciones desarrolladas en forma ética, pero no generadas por la competitividad dentro del equipo.

Una de las manifestaciones más claras del desarrollo de esta competitividad la constituye la falta de comunicación. De no haber mediado la concurrencia obligatoria a las reuniones de equipo de la Española, algunos de nosotros pasaríamos semanas y aún meses sin encontrarnos.

Si bien la falta de comunicación tiene consecuencias funestas para el normal desarrollo de una relación humana, tiene un significado pronóstico muy malo, la ausencia del sentimiento de necesidad de esa comunicación.

Esto quedó claramente demostrado en el hecho [de] que tuvieran que mediar sanciones económicas para que dichas reuniones tuvieran una asistencia aceptable y aun hoy, a pesar de que las reuniones duran sesenta minutos, no es raro que se llegue faltando quince minutos para la hora de finalización.

Los hechos que ocurrieron en los últimos días no pueden sorprender en lo más mínimo a un observador objetivo de la situación. Sin embargo, si uno analiza los hechos fríamente comprueba que los mismos no fueron

generados por problemas reales de importancia, sino por la subjetividad de los actores.

[…] al equipo los que el equipo les dio en su oportunidad.

El primer paso es en nuestra opinión hacer un esfuerzo de meditación y razonamiento y despojarse de todo sentimiento personal negativo, ya sea susceptibilidad, envidia, rebeldía, porque las cosas no se hacen como a uno le parece que se deben hacer, frustración por no haber conseguido lo que otro consiguió por procedimientos honestos y lícitos, etc.

Después de ese trabajo introspectivo, que seguro no será fácil, debemos proyectar las conclusiones del mismo hacia dentro del grupo para crear un sano espíritu solidario dentro del mismo y hacia el exterior bajo la forma de una actitud laboriosa y creativa para promover el progreso técnico, científico y laboral del grupo, sin importarnos quién es el que triunfa. Porque el triunfo de un integrante es un triunfo del equipo.

El que consiga desarrollar dentro de sí este sentimiento habrá conseguido un importante logro en el desarrollo de su personalidad, que le dará muchas satisfacciones y le evitará sufrimientos. Es mucho más redituable sentirse feliz por la conquista obtenida por un amigo que frustrado por no haberla conseguido uno.

Anécdota de Valentín Crosa Dorado

Por Jorge Nin Vivó[227]

Me acuerdo cuando allá por el 65 o 66 yo me estaba por ir a Francia, viene don Víctor y una mañana nos dice: "Estuve leyendo y releyendo el trabajo de Brantigan[228] sobre tratamiento del enfisema publicado en 1959, y más allá [de] que ya no se habla de sus planteos, pienso que en algunos puntos puede tener razón".

Fue en ese momento que Armand-Ugón encargó a Crosa del tema. Y Crosa aceptó. Ahí se puso a trabajar, duramente, con María Julia Salsamendi. Y yo me acuerdo, los primeros enfermos morían sistemáticamente de infección y a veces con algún problema de fallas de sutura. Y en aquella época todavía no estaban las suturas mecánicas y Crosa fue el que ideó las suturas como las del zapatero, los "palitos de Crosa". Pero todo eso lo planificó en función de que había perdido enfermos por problemas de sutura. Y paralelamente por el control férreo de Salsamendi, la otra cosa a la que llegaron fue que no había que tocar a esos enfermos hasta que tuvieran un período prolongadísimo de fisioterapia respiratoria, a veces de meses.

227 Comunicación personal a Gerardo Bruno y Antonio L. Turnes, 3 de mayo de 2020.

228 Brantigan, O. C. Surgical treatment of pulmonary emphysema. *W. V. Med. J.*, 1954, 50(10): pp. 283-285.

Y con base en la rehabilitación que ellos hacían en aquella época, iban controlando, hasta que llegaban a un momento en que juzgaban que podían operar.

Cuando nosotros trajimos a Deslauriers en el año 1989, después de las jornadas, lo llevamos al CASMU 1 para que viera una operación de Crosa. Porque, vamos a entendernos, Crosa, como no publicaba, solo nosotros sabíamos lo que hacía. Y a raíz de eso, Deslauriers, en determinado momento, me escribió diciéndome si lo autorizaba Crosa, ya que no escribía, a presentar en el norte su técnica. Y después, estimulado por Deslauriers, que insistía, Crosa presentó el trabajo.

En 1995 yo estuve en Montreal, en junio, en un simposio que se hizo de enfisema, organizado por Cooper, y también estaba Deslauriers; Cooper lo repetía después en Francia el mismo simposio. Me acuerdo de que yo les había llevado, a pedido de Deslauriers, el video de Crosa, y me pidieron que lo comentara, cosa que hice con muchísimo gusto. Con esto les quiero decir cosas de Crosa de un valor tremendo.

Una noche, habíamos salido a cenar, Cooper, Deslauriers y yo. Conversábamos Deslauriers y yo sobre que en noviembre él vendría al Uruguay para el congreso, en el que se iba a tratar el tema del enfisema, y Cooper me preguntó por qué no lo había invitado a él. Y yo le dije: "Mirá, Joel, yo no te invité porque ese tema lo va a tratar Crosa con veinticinco años de experiencia en esa cirugía, y tu recién te has iniciado".

RESEARCH IN SURGERY

Treatment of Dyspnea in Emphysema: Pulmonary Remodeling. Hemo- and Pneumostatic Suturing of the Emphysematous Lung

V.L. Crosa-Dorado, J. Pomi, E.J. Pérez-Penco, G. Carriquiry
Department of Surgery, Hospital Saint Bois, Montevideo, Uruguay.
Address: V.L. Crosa-Dorado. Hospital Británico, Avenida Italia, 2420, Montevideo, Uruguay.

ABSTRACT

A treatment protocol is proposed to correct a number of the causes of dyspnea in chosen emphysematous patients (pure or predominantly panacinar emphysema) by eliminating the abnormal air spaces that characterize the disease. A brief analysis is made of the most important causes of respiratory difficulty in these patients, and the physiopathological bases of the proposed remodeling technique are described. A detailed account is given of the original technique involving hemo- and aerostatic suturing. Finally, a description is made of a number of manipulating maneuvers that aim to avoid damage to the lung in areas removed from the suture zone - this being the cause of the main complications of this surgical procedure.

Key words: Emphysema. Dyspnea. Lung remodeling.

INTRODUCTION

The elimination of bullae and/or sectors of lung destroyed by emphysema (lung remodeling) is of demonstrated efficacy in improving tolerance to exercise in certain dyspneic patients suffering from pure or predominantly panacinar emphysema. However, the procedure has not met with universal acceptance, due to the complications created by air leakage at the sutures of the emphysematous lung.

The original suturing technique described in the present study has been performed in 76 patients over a period of 11 years, and has been found to be efficient in countering air leakage. The technique also involves a number of maneuvers with the aim of preventing damage to the fragile lung in areas removed from the suture zone - this being a common cause of uncontrollable air leakage.

The areas of destructive emphysema and the bullae produced in the lung with pure or predominantly panacinar emphysema (PAE)(1-10) accentuate the deterioration of the organ's elastic rebound capacity. This again in turn leads to respiratory problems that adversely affect tolerance to exercise and may cause discapacitating dyspnea (4-13). Likewise, the decreased inspiratory negative intrapleural pressure prevents blood from adequately reaching the right atrium, thus causing a drop

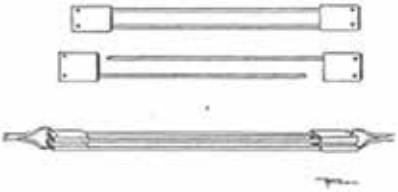


Fig. 1. Suture instrument. The needle-point rod is longer, to facilitate coupling. The lateral orifices of the head units facilitate a perfect matching of the pieces. Suturing is performed in a horizontal plane between the aligned rods in turn fixed by two forceps.

Research in Surgery, Vol. 4, No. 3, December 1992

Fig. 2. The lung is incised at the most distal part of the sector presenting emphysematous destruction (previously insufflated by the anesthetist).

Fig. 3. The peripheral zone of the lung destroyed by the emphysema easily collapses, thus delimiting the less damaged parenchyma. A clamp is situated here to block the sector requiring elimination.

in cardiac output. This effect is eventually reflected by muscle atrophy and diminished cutaneous perfusion in these patients.

The adoption of surgical measures to eliminate the above mentioned lesions may improve the situation (2-4,6,8,14).

Frequently, however, the mere surgical removal of the bullae is insufficient to improve the condition, and complementary measures may be required in the form of the elimination of coexisting destructive emphysematous foci (4-6).

In those cases were few bullae are observed, surgery centers on the elimination of severe or destructive emphysematous areas that ultimately exert effects similar to those of bullae (2-4,6,14). For this reason, we prefer to abandon the concept of bullectomy in favor of "lung remodeling".

This surgery is based on the fact that the panacinar emphysematous lesions exhibit an irregular distribution (3,4,8,14), in which the same lung may present emphysematous destruction coexisting with moderate or even slight lesions. The severity of each particlar case depends upon the extent and distribution of the different degrees of lesion.

Two phenomena occur when emphysematous destruction affects a particular pulmonary zone: (a) the damaged region is able to distend due to retraction on the part of the surrounding tissue, which preserves its elastic elements; and (b) the retracted tissue surrounding the distended zone in turn loses rebound capacity, for on retracting and shortening, its elastic fibers no longer exert a tension effect.

Consequently, elastic rebounding capacity decreases in PAE as a result of two mechanisms. One, destruction of the elastic meshwork, is irreversible, while the resting condition of the retracted sector fibers is reversible.

The aim of lung remodeling is to eliminate those parenchymal regions that have lost their rebound capacity due to destruction, thus restoring tension to the inactive elastic tissue of the retracted territories.

The removal of bullae tends to involve fewer problems than the elimination of emphysematous lung tissue, due to the air leakage generated by suturing in the latter case (2,3,15).

The preoperative differentiation (clinical examination, radiology, functional tests) between a bulla and a sector of lung destroyed by PAE is difficult to establish. In this sense, we consider that the surgeon should be able to operate both procedures with the same margin of safety (12). This is the aim of the present technique.

MATERIAL AND METHODS

The application of this technique is based on the fact that the PAE lesions predominate in the peripheral regions of the lung, leaving the central areas more intact (3,10); a resistant plane is established on which to apply the sutures, formed by the tissues to be eliminated. To this effect we employ two identical instruments (Fig. 1). Each in turn consists of two similar pieces that are assembled to prepare the tissue for suturing, and then deassembled on completing the procedure.

Each piece presents a flat rectangular head unit out of which a thin metal rod some 12 cm long emerges. At the other end of the same face of the head unit there is a deep, dead-end orifice into which the rod of the opposing head unit is introduced. Each head unit in turn possesses two transverse orifices for manipulating the units during the assembly process. One of the rods ends in a point, while the tip of the other is rounded and is a few millimeters shorter, to facilitate coupling.

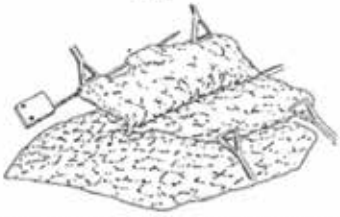


Fig. 4. The sector of blocked emphysematous lung is divided into two flaps that extend to the clamp, care being taken to not perforate them. Both flaps are exposed using Duval forceps. The distal edge of each is then mounted with the point-tipped rod element.

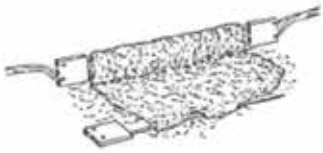


Fig. 5. The instrument is assembled, a roll is made with the parenchymal flap, and the whole unit is fixed by forceps passed through the lateral orifices of the head units. The same procedure is then repeated with the other flap.

Fig. 6. Having rolled up both parenchymal flaps, the blocking clamp is removed and an additional twist is applied to make the incision comissure ascend to above the trajectory to be followed by the sutures. The head units are aligned so that they may be fixed by forceps passed through the deeper lateral orifices of the head units. A safety suture is applied to each comissure. The assembly is thus solidly anchored, forming a resistant plane for suturing.

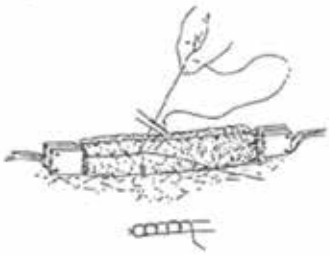


Fig. 7. Bottom: schematic representation of the "shoemaker's" or "sewing machine" surget employed. Top: The needle end of the filament should be subjected to firm traction in order to drag the opposite loose free end into the sutured tissue.

The lobe to be remodeled is exteriorized and insufflated. The most damaged section is easily distended.

A small incision is made at the most distal point (Fig. 2). The cortical zone with destructive emphysema rapidly collapses, clearly delimiting the line bordering with less damaged tissue. At this point we temporarily apply a straight clamp to block air escape (Fig. 3).

The blocked zone is divided into two flaps down to the clamp; care is taken to not perforate them. The needle point rod is then inserted along the full length of the free margin of one of the flaps (Fig. 4), followed by assembly with the complementing head unit and blunt rod. Following assembly, the flap is rolled up (Fig. 5).

The resulting flap roll lies parallel to the blocking clamp and is fixed by two forceps through one of the lateral orifices of each head unit (Fig. 5). The same procedure is repeated with the other parenchymal flap.

The clamp and forceps are removed, and the instruments are given a final twist to superficialize the deepest zone of the incision. The head units of both instruments are precisely opposed and fixed in position by two forceps through the deepest transverse orifices of the head units (Fig. 6). Thus, by using the fragile emphysematous lung tissue, a firm plane is created on which to support suturing.

At each of the incision comissures (critical suture points) we apply two silk x-sutures (Fig. 6). A horizontal "shoemaker's" *surget* is performed (thus termed in being similar to that used in sewing soles to shoes)(Fig. 7): multifilament 2-0 polyglactine lubricated with silicone is employed to this effect.

Suturing begins at a point passing below the comissure. The free end of the filament (that without the needle) is deliberately left long and parallel to the suture trajectory. The needle advances as shown in Figure 7, and includes the free end at each turn. The needle end of the filament should be kept tense, so that at each turn it drags the free end of the filament into the tissue. The needle should pass through the planes perpendicularly, advancing only on the side opposite to the free end of the filament, to secure full tissue inclusion in the *surget*.

Having completed the trajectory, and always keeping the needle end of the filament firm, traction is exerted upon the free end so that the tissue becomes firmly trapped between the two threads. Both are then knotted, including the comissure. The instruments are deassembled and removed. The knot is tightened and reinforced by several more, superimposed upon each other.

This procedure thus affords an effective hemo- and pneumostatic suture. The few leakages left by the passage of the filament through the visceral pleura are covered by an extensive tissue flap that simultaneously facilitates cicatrization (Fig. 8). The procedure is repeated as often as required until the lung presents a volume appropriate to the thoracic capacity. This aspect is of fundamental importance. An excessively voluminous lung will be unable to secure an optimal functional recovery of the recycled tissue, while too small a lung will be unable to expand sufficiently. This inconvenience is avoided by correctly evaluating the collapsed sectors via selective pulmonary cineangiography.

The cases of prolonged air leakage encountered in our series of 76 patients were not caused by the suturing but by lung tearings or lesions far removed from the operated site.

In order to avoid such complications, a number of measures should be adopted:

Research in Surgery, Vol. 4, No. 3, December 1992

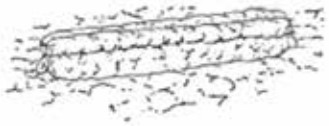


Fig. 8. On completing the suture trajectory, the device is deassembled one piece at a time. The filament extremity that was left loose is now subjected to firm traction, laterally compressing the tissue included in the suture against the other thread which was kept tight. The surgeon is completed with several knots. The suturing process is thus performed on a resistant plane created with the fragile emphysematous lung to be remodeled. Possible leakages caused by the passage of the needle through the lung are covered by the prepared flap. The suture afforded is highly hemo- and pneumostatic; most air leakages in our series were due to lung tearings away from the suture zone.

Fig. 9. The source bronchus is always surrounded by small vacuoles that frequently tear on exerting traction on the lung, which in turn leads to air leakages that are difficult to resolve. In order to avoid this problem, the mediastinal pleura surrounding the source bronchus is sectioned before surgical manipulation of the lung.

- The thoracotomy should be sufficiently extensive to facilitate maneuvering and avoid tractions.
- A blunt instrument should be utilized to access to the pleural cavity.
- In sectioning the visceral pleura, care should be taken to not depress the lung with instruments, but protect it with the flexed index finger.
- Care must be taken to carefully debride the lung prior to exteriorization, to avoid the risk of tearing the organ. Such a tear would cause air leakage of difficult management. The emphysematous lesions are a constant presence at source bronchial level. In order to avoid possible tearing of the latter on exerting traction to expose the lung, the mediastinal pleura around the bronchus should be sectioned (Fig. 9).
- Care should be exerted to avoid rib fracture with the separators: the ribs of these patients tend to be fragile.
- The lung should be handled in a semi-insuflated state.
- Both the lung and hands of the surgeon should be kept permanently humid. Exposure to the air and the heat of the overhead illumination tend to dry the visceral pleura of the emphysematous lung, which becomes even more fragile to contact with dry gloves.
- Metal instruments should be avoided in rib joining; the pericostal x-sutures effectively compensate them.
- Two-way sondes should be employed in anesthesia, to avoid excessive distension of the destructive emphysema zones of the contralateral lung during insuflation maneuvers to detect lung leakage.

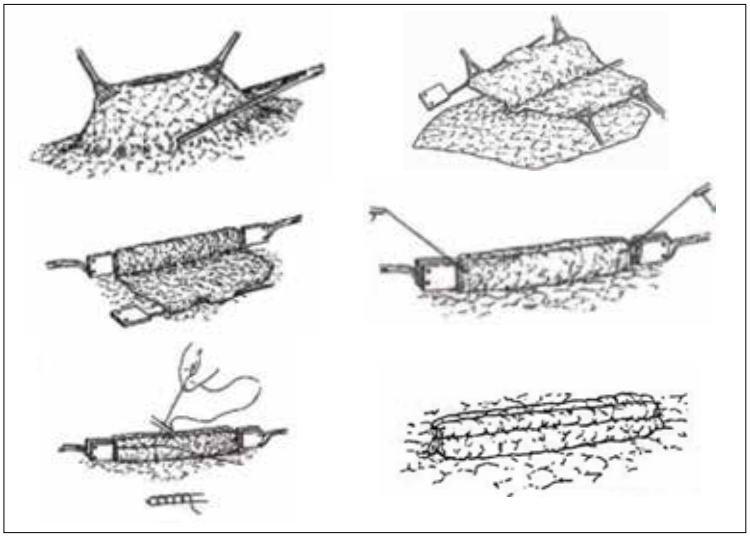
REFERENCES

1. CIBA Guest Symposium Report (1959). Terminology, definition and classification of chronic emphysema and related conditions. *Thorax*, 14: 286.
2. Current status of the surgical treatment of pulmonary emphysema and asthma. *Am Rev Resp Dis*, 97: 486, 1969.
3. Delarue NC, Woolf CR, Sanders DE et al. (1977). Surgical treatment for pulmonary emphysema. *Can J Surg*.
4. Fitzgerald MX, Keeland PJ, Cugell DW (1974). Long-term results of surgery for bullous emphysema. *J Thor and Cardiovasc Surg*, 68(4).
5. Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn AS (1959). The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in the working population. *Br Med J*.
6. Gaensler EA, Cugel DW, Knudson RJ (1983). Surgical management of emphysema. *Clinics in Chest Medicine*, 4(3).
7. Jensen KM, Miscall L, Steinberg I (1961). Angiocardiography in bullous emphysema: Its role in selection of the case suitable for surgery. *Am J Roentgenol*, 85: 229.
8. Kress MB, Goco RV, Brantigan O (1968). The role of surgery in the management of generalized emphysema without blebs and bullae. *Dis Chest*, 53(4): 447.
9. Parmar JM, Hubbard WG, Matthews HR (1987). Teflon strip pneumostasis for excision of giant emphysematous bullae. *Thorax*, 42(2).
10. Reid L (1966). Emphysema: Classification and clinical significance. *J Dis Chest*, 60.
11. Serrano-Muñoz F, Alix-Trueba A, Toledo J et al. (1966). Tratamiento quirúrgico del enfisema pulmonar. *Revista Clínica Española*.
12. Seineldin S, Luque A, Talarn C et al. (1989). Resección de ampollas de enfisema por la técnica de Cross-Dorado. *Revista Argentina de Cirugía*, 56(5).
13. Sharp JT (1983). The respiratory muscles in emphysema. *Clinics in Chest Medicine*, 4(3).
14. Brantigan O, Cress M, Mueller EA (1961). The surgical approach to pulmonary emphysema. *Am Rev Resp Dis*, 80: 444.
15. Bousy SF, Kohen R, Billig DM et al. (1968). Bullous emphysema: Clinical, roentgenological and physiological study of 49 patients. *Dis Chest*, 54(4): 367.

La creatividad de Valentín Crosa Dorado

Así como en el Río de la Plata fueron los hermanos Enrique y Ricardo Finochietto los creadores de una escuela quirúrgica en la República Argentina que dejaron una importante herencia de técnicas e instrumentos, en nuestra República Oriental del Uruguay hemos tenido a Valentín Crosa Dorado, quien, desde su evolución de médico tisiólogo a cirujano de tórax, gracias a su creatividad, capacidad propositiva y arte más allá de la cirugía, dejó un legado constituido por las herramientas e instrumentos que ideó para que facilitaran el trabajo propio y el de sus colegas. Hasta hoy se emplean ampliamente la mayoría de ellos, tanto en la cirugía torácica como en la cardíaca.

Iniciado por los "palitos de Crosa" para la remodelación pulmonar en la cirugía del enfisema, se expandió luego a una multitud de accesorios e instrumentos para facilitar el drenaje torácico y otros detalles importantes para la buena evolución de los pacientes y la facilidad de la tarea de cirujanos y personal de enfermería.



Los palitos de Crosa y su uso.

Los palitos de Crosa fueron empleados por varias décadas, y merecieron la admiración de cirujanos del exterior, que los comentaron en sus libros y artículos. Como lo destacó el discípulo y colaborador de Valentín Crosa Dorado, Jorge Pomi:

> Después hizo esta técnica, del tratamiento del enfisema, que se publicó en el exterior en 1992.[229] En la técnica se empleaban "los palitos de Crosa", que como los bautizó Francisco París Romeu,[230] de Valencia, eran "los pinchitos morunos", como los *brochettes.*

Aquí va una pequeña reseña de sus inventos, que hoy se producen en serie y se exportan al mundo.

1. Levantador de escápula
2. Válvula Heimilich Fenestrada
3. Frasco drenaje pleural descartable
4. Cuerda para drenajes
5. Apósito para drenaje
6. Conector bicónico
7. Inhalo cámara para bronco dilatadores
8. Limpiador de cuchillas de electrobisturí
9. Equipo Aspiración continua sencillo
10. Prótesis elástica costal
11. Remodelador pulmonar
12. Pico de aspiración
13. Easy Vac
14. Dispositivo estabilizador (no desarrollado)
15. Dosificador para pleurodesis

16) Hemosuctor de doble propósito (no desarrollado)

17. Frasco seco (no desarrollado)

Breve historia de los creadores (la familia Crosa)

Todo comenzó en Uruguay, en el año 1981, con el propósito de brindar soluciones e innovaciones técnicas, para facilitar y mejorar las técnicas operatorias y posoperatorias de la cirugía torácica. Allí se diseñaron e implementaron

229 Crosa Dorado, V. L.; Pomi, J.; Pérez Penco, E. J. y Carriquiry, G. Treatment of dyspnea in emphysema: Pulmonary remodeling. hemo- and pneumostatic suturing of the emphysematous lug. Department of Surgery, Hospital Saint Bois, Montevideo, Uruguay. *Research in Surgery*, V(3): 152-155.

230 Francisco París Romeu, también historiador de la medicina, a quien Jorge Pomi obsequió un ejemplar de *El tórax quirúrgico*, de Víctor Armand-Ugón, Montevideo, SMU, 1938.

los primeros modelos y se obtuvo la primera patente denominada "puntero de aspiración autoobturante", creación que mereció el premio Génesis el 11 de diciembre del año 1997.

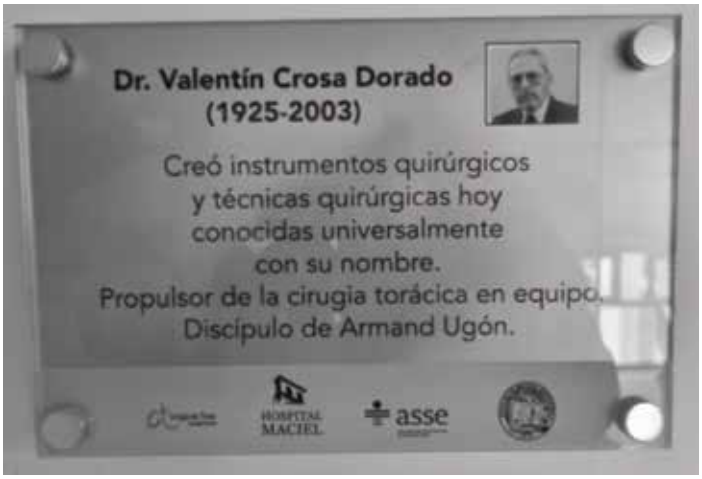
Actualmente, se cuenta con varios productos patentados en el país y en el exterior, como otros tantos presentados para patentar.

El objetivo primordial es ayudar a los cirujanos y personal de enfermería para hacer un adecuado manejo del posoperatorio de la cirugía torácica.

A raíz de estos logros, se edificó una estructura empresarial donde el reconocido profesor doctor Valentín Crosa Dorado dio nombre a la línea de productos y así brindó sus amplios conocimientos y experiencia de más de cuarenta años como referente internacional de la cirugía de tórax.

Asimismo, como complemento de esos conocimientos, su hijo, Gonzalo Crosa Berthier, contribuyó en forma decisiva en el diseño de los productos de la línea, especializándose en capacitación técnica, desarrollo, planificación y producción, logrando así materializar esos nuevos proyectos que dieron origen a la línea Crosa en artículos médicos.

Hoy en día la línea se encuentra establecida en su propia planta de producción y cuenta con una amplia gama de nuevos productos y patentes, con un espectro de acción diversificado, dirigido no solo a la cirugía torácica, sino también a la cirugía cardíaca y otras áreas.



Placa de homenaje a Valentín Crosa Dorado, en el Servicio de Cirugía de Tórax en el Hospital Maciel, colocada en setiembre de 2021.

La línea Crosa atiende el 90% aproximadamente del mercado nacional de insumos médicos para cirugía torácica y cardiaca en la línea de sistemas para drenajes pleurales, debido a sus excelentes prestaciones técnicas, así como a las tecnologías que aplica en la elaboración de los productos y controles de calidad.

De esta forma, las creaciones, al comienzo artesanales, de un destacado cirujano torácico uruguayo se fueron expandiendo y evolucionando hasta hacerse de uso general, trascendiendo en muchas décadas la actuación de su ilustre creador y perpetuando también su memoria.

Descripción de algunos inventos de Crosa

Limpiador de cuchillas de electrobisturí (Mod. Crosa)

Antecedentes: La adecuada conductividad entre la cuchilla del electrobisturí y los tejidos que secciona o coagula es fundamental para la eficiencia de su funcionamiento. Es frecuente que durante la intervención dicho puntero acumule residuos de tejidos o sangre, que se carbonizan por efecto de la elevada temperatura generada por la fulguración. Este fenómeno tiene dos consecuencias Como los residuos carbonizados son malos conductores, la conductividad de la cuchilla disminuye y con ello decrece la eficiencia del instrumento. Los residuos aumentan la superficie de contacto de la cuchilla con los tejidos, por lo que se pierde el efecto punta, fundamental en el proceso de la electrocoagulación. Por esta razón, la cuchilla se debe limpiar varias veces durante el procedimiento quirúrgico. Para esta operación se debe interrumpir la intervención y el cirujano o la instrumentista limpiar la cuchilla con la hoja de un bisturí convencional. La repetición de este proceso no solo hace perder tiempo, sino que con frecuencia interrumpe y le quita continuidad al procedimiento que se está realizando.
Descripción: El dispositivo está formado por una base autoadhesiva de pequeña superficie sobre la que está fijada una plancha de tela abrasiva de un grano especialmente adaptado para la función para la que está programada.

Kit de drenaje pleural de emergencia (Mod. Crosa)

La situación en la que se requiere la colocación de un drenaje pleural sin pérdida de tiempo se suele presentar con cierta frecuencia tanto en sala de emergencia como en centros de tratamiento intensivo o en traumatismos graves. En esas circunstancias la disponibilidad o no de material idóneo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte del paciente. El kit de drenaje resuelve esta situación. Consta de un catéter de drenaje pleural tipo Jolly n.º 29, con su mandril, un bisturí de hoja descartable armado y una válvula de Heimlich fenestrada con una bolsa colectora. Entre sus ventajas sobre los dispositivos convencionales sobresalen los siguientes hechos: reúne todos los implementos necesarios para un drenaje pleural, por lo que se evita el tiempo que habitualmente se pierde buscando los componentes; tiene escaso volumen, por lo que puede ser guardado y transportado sin dificultad, lo que asegura su disponibilidad inmediata.

Válvula de Heimlich fenestrada (Mod. Crosa)

Antecedentes: En *Dis. Chest.* 53: 282, 1968, H. J. Heimlich presentó su comunicación "Valve of pleural cavity". En *Thor. Surg.* 22: 163, 1973, Mercier, Page y Verdant publicaron un trabajo titulado "Out patient management of intercostal tube drainage in spontaneous pneumothorax" basado en el empleo de la válvula de Heimlich. En el libro *Thoracic surgery*, Churchill y Livingstone, 1995, del profesor Griffith Pearson y colaboradores, se le dedicó el tema de tratamiento ambulatorio del neumotórax espontáneo al dispositivo de referencia. El doctor Robert J. McKenna Jr., de la Universidad de Los Ángeles, en su conferencia sobre videocirugía de volumen reducción pulmonar en el Congreso Sudamericano de Cirugía Torácica de 1997, en San Pablo, manifestó que a los pacientes operados que presentan aerorragias moderadas en el posoperatorio los da de alta con un drenaje de Heimlich.
Descripción: La válvula de Heimlich está compuesta por un racor conectado a una sopapa de PVC siliconado de paredes delgadas sumamente sensible a los cambios de presión. La sopapa está colocada en un estuche transparente que le sirve de protector y permite observar su comportamiento durante el proceso del drenaje. Dicho estuche termina en otro racor que se conecta a una bolsa colectora.
Funcionamiento: Si se conecta el racor de la sopapa al tubo de drenaje pleural, se establece una corriente unidireccional de aire o líquido de la cavidad pleural hacia el exterior sin posibilidades de reflujo, porque la válvula está permanentemente cerrada y se abre cuando aumenta la presión dentro del tubo para volverse a cerrar cuando la presión disminuye. Ventajas: Sin llegar sustituir el clásico drenaje bajo agua de Bülau, en determinadas situaciones el drenaje de Heimlich tiene claras ventajas sobre aquel, principalmente cuando el drenaje de líquido es escaso o el drenaje está constituido exclusivamente por aire. 1. En sala emergencia: ocupa un pequeño espacio, por lo que siempre hay disponibilidad. El dispositivo está siempre pronto para ser usado. El tiempo que se pierde en buscar el o los frascos (que por su volumen están por lo general en otro sector), armar un drenaje de Bülau y llenarlo con agua puede ser crítico en determinadas situaciones. 2. En unidades de emergencia móviles: como es imposible, por el volumen que ocupan, disponer en las ambulancias de frascos de drenaje, es frecuente que pacientes con traumatismos graves de tórax con evidencia de neumotórax no puedan ser drenados en el lugar del accidente y con frecuencia hagan paros cardiorrespiratorios o mueran en el traslado. El reducido espacio que ocupa la válvula de Heimlich hace posible su presencia en el maletín de la ambulancia. 3. En el traslado de pacientes: como los tubos de drenaje pleural no se deben pinzar, el frasco de drenaje exige especial atención para evitar su rotura, su ubicación por encima del nivel del tórax o su enganche con obstáculos en la movilización de la camilla 4. En la movilización y deambulación de los pacientes: facilita este

procedimiento porque evita que el paciente camine con un frasco colgando, lo que le produce dolor y ofrece un espectáculo desagradable, que algunos pacientes toleran mal. Con la válvula bajo la ropa el tubo produce escaso dolor y además pasa desapercibido. Este punto es importante en cirugía pediátrica, donde la presencia del frasco y el dolor que producen sus movimientos impiden la movilización del paciente, recurso terapéutico de primer orden en esta cirugía. 5. Permite el alta precoz y el tratamiento ambulatorio de los pacientes con neumotórax o derrames de menos de 100 centímetros cúbicos diarios. El único cuidado que requieren estos pacientes es cambiar el colector cada tanto. La sopapa está siempre cerrada y sella el drenaje, por lo que es imposible la infección pleural de afuera hacia adentro. 6. Genera mayor vacío dado que lo que salió de la sopapa no vuelve a refluir como ocurre con el drenaje de Bülau en el que durante la inspiración, parte del líquido que salió del tubo vuelve a refluir. Esto se manifiesta por el ascenso de la columna líquida dentro del tubo. Esta característica es de gran utilidad en casos de cámaras de aire pleurales de poco volumen en los casos de expansiones pulmonares incompletas, donde el reducido volumen de cámara de aire residual no alcanza a desplazar toda la columna de líquido contenido en tubo de drenaje y el aire no puede salir. La válvula de Heimlich extrae el líquido del tubo y aspira el aire de la cámara en unos pocos golpes de tos. 7. En la unidad de tratamiento intensivo: la movilización del paciente para higiene o cambio de posición se ve dificultada por la presencia de los frascos de drenaje, dificultad que no se presenta cuando se sustituyen por drenajes de Heimlich.

Equipo de aspiración continua EASYVAC (Modelo Crosa Dorado) (Patentes: Uruguay DNPI acta n.º 01390; Brasil INPI n.º 000197; Estados Unidos USPTO 09/476,897)

Es un equipo de aspiración continua descartable de uso médico de última generación que ha sido creado para obviar los inconvenientes de manejo que presentan los clásicos modelos de tubo sumergido. Su funcionamiento está basado en el efecto que produce el peso de una columna de agua de altura regulable contenida en un tubo sobre un delgado diafragma elástico que ocluye un orificio que comunica el sistema de circulación de aire del dispositivo con el aire ambiente. El hecho de que el aire que circula por el circuito no entre en contacto con el agua tiene una serie de consecuencias, a saber: debido a que no existe la evaporación característica del barboteo de los aparatos de tubo sumergido, la altura de la columna de agua permanece constante durante todo el tiempo que dura el procedimiento, lo que obvia el control de su nivel. En caso de que se produzca espuma en el interior del frasco de drenaje y esta sea aspirada por la red de vacío, dicha espuma pasa a través del dispositivo sin que se altere su funcionamiento, por lo que se elimina el empleo de frascos trampas de uso imprescindible en estas circunstancias si se usan

vacuóstatos convencionales de tubo sumergido. Elimina el ruido permanente que produce el continuo barbotar del aire en el agua, que suele molestar a los pacientes, principalmente durante le noche. Por su condición de descartable, evita el laborioso proceso de desarmado, limpieza y esterilización que debe seguir después del empleo de los vacuóstatos de tubo sumergido.

Conector bicónico (Mod. Crosa)

El diseño de este pequeño accesorio le permite un amplio espectro de empleos en lo referente a conectar tubos de goma o plástico entre sí. Se trata de un conector con la forma de dos conos opuestos por su base, unidos por un corto tubo cilíndrico. Los conos están provistos de ranuras circulares para facilitar la fijación de los tubos. Están construidos con un plástico lo suficientemente blando como para permitir su sección con un instrumento cortante corriente, bisturí o tijera, pero lo suficientemente rígido como para poder ser introducidos a presión en el tubo. El racor es fabricado por el procedimiento de soplado, por lo que su interior mantiene la forma bicónica. Por estas características se pueden conectar tubos de distintas medidas entre sí, sin que el diámetro interior del sistema sea alterado.

Apósito para pleurostomía y otros tubos de drenaje (Mod. Crosa)

Los orificios cutáneos de los tubos de pleurostomía y otros, que deben permanecer colocados durante períodos de cierta duración, deben ser mantenidos secos para evitar la maceración de la piel alrededor del tubo, causante de la pérdida de continencia de la incisión. Los apósitos de gasa que se emplean corrientemente se humedecen, facilitando el proceso referido. Por esta razón, es necesario cambiarlos regularmente, a pesar de lo cual no se consigue el objetivo en forma eficaz. El apósito autoadhesivo de espuma de poliuretano permite la evaporación de la humedad de la piel a través de las innumerables intercomunicaciones de sus celdillas, las que a su vez impiden la llegada de microorganismos a la zona operatoria. La forma y la distribución de los cortes del apósito complementan en forma efectiva las condiciones anteriormente referidas.

Tubos de drenaje pleural (Mod. Crosa)

Los tubos de drenaje Modelo Crosa están construidos en PVC atóxico de uso quirúrgico. La fórmula del material empleado para su construcción fue obtenida después de un prolongado período de experimentación y pruebas. El resultado de dicho proceso fue una tubuladura de considerable elasticidad, a pesar de lo cual no se colapsa al intentar plegarla. La consistencia del tubo disminuye en forma marcada el dolor que normalmente acompaña al drenaje pleural. Le proporciona mayor confort al paciente facilitando su movilización

y la realización de la fisioterapia respiratoria. El extremo externo del tubo viene cortado en bisel y presenta un dispositivo conductor tractor patentado que facilita en grado sumo el proceso de colocación del drenaje, aun cuando se hayan practicado toracotomías mínimas, mientras que en el interno hallan cinco perforaciones no enfrentadas que mejoran el flujo del drenado. Se presenta en varios tamaños y de un largo de 50 y 150 centímetros. Esta última longitud está calculada para ser colocado sin el empleo de racores intermediarios al frasco de drenaje, lo que asegura una luz uniforme a todo el largo de toda la tubuladura y también evita el riesgo de desconexiones.

Prótesis elástica de costilla (Mod. Crosa Dorado)

Este material de prótesis tiene por objetivo mejorar los inconvenientes de los procedimientos convencionales, tanto en lo que se refiere a la estabilización del tórax traumático, a la reparación de pared resecada o a la corrección de las secuelas de las fracturas costales soldadas en forma viciosa o deformadas congénitamente. Se trata de una prótesis costal individual para cada costilla, construida en un material elástico liviano y de comprobada tolerancia de parte de los tejidos del organismo, como el acrílico cristal. El acrílico cristal es metacrilato de metilo polimerizado por medios físicos, sin intervención de sustancias catalizadoras. Por este procedimiento se le imprime al metacrilato una polimerización en largas cadenas lo que le otorga a la sustancia una gran tolerancia frente a los tejidos debida a su inercia fisicoquímica y biológica. La cristalinidad del material es índice de la polimerización perfecta. El dispositivo está constituido por una delgada lámina curva de unos 9,5 milímetros de ancho y 4,5 milímetros de espesor, que tiene la forma de una costilla de curvas exageradas. Por su cara cóncava corre una garganta de sección trapezoidal que aumenta su resistencia a la deformación lateral y permite una adaptación uniforme a la superficie curva de la cara externa de la costilla. Sin embargo, admite ciertas incurvaciones laterales sin sufrir deformación por torsión. Por su diseño, es capaz de adaptarse a la forma de la costilla en toda su longitud y apoyarse uniforme y firmemente en toda la convexidad de la superficie externa del hueso. Sobre las aristas de su cara convexa presenta muescas regularmente dispuestas donde se alojan los hilos que fijan la prótesis a la costilla subyacente. Alternando con las muescas, existen perforaciones que permiten la estabilización de las prótesis entre sí y la fijación a las costillas sanas próximas en casos de reconstrucción de pared torácica por resecciones amplias. En resumen se trata de un dispositivo de empleo seguro que le devuelve a la costilla su curvatura primitiva, aumenta la resistencia de la costilla fracturada a deformaciones por presiones del exterior y restablece su elasticidad normal, pues la resistencia de la prótesis al movimiento de rectificación, que se produce en el momento de la inspiración.

Luis E. Bergalli Campomar (1939-2000)

Por Alberto M. Piñeyro

Luis Eduardo Bergalli Campomar nació en Montevideo el 15 de noviembre de 1939. Fue el tercer hijo del matrimonio formado por Román Bergalli Gorlero y Olga Campomar Ghigliani. Cursó estudios en el Colegio y Liceo Inmaculada Concepción "Los Vascos".

Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en 1958 y obtuvo el título de doctor en medicina en 1966. En 1971 se recibió de cirujano general.

En su ascendencia, tanto paterna como materna, contó con médicos de renombre. Su abuelo paterno, Román Bergalli Bergossi, fue médico de la Isla de Flores y del Lazareto. Desempeñó la mayor parte de su exitosa profesión en el departamento de Maldonado. Fue diputado por el Partido Colorado entre 1899 y 1911. Su tío abuelo Luis Bergalli Bergossi fue médico militar y tuvo una importante actuación durante la Revolución de 1897. Su tío abuelo materno, el doctor Francisco Ghigliani, tuvo activa participación en el periodismo, en el deporte y en la política. Fue senador, ministro del Interior y primer presidente del Servicio Oficial de Difusión Radiotelevisión y Espectáculos (SODRE).

Luis Bergalli desempeñó el cargo de practicante interno en el MSP y en la Facultad de Medicina entre 1963 y 1967, y fue director del Departamento de Anatomía. Dos de sus rotaciones fueron en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois. Allí, tutelado por los doctores Víctor Armand-Ugón, Alejandro Victorica, Aníbal Sanjinés y Valentín Crosa Dorado, dio sus primeros pasos en la cirugía torácica, a la que ya no abandonaría. También concurrió asiduamente a los recordados ateneos de los miércoles de tarde en el servicio del doctor Pablo Purriel.

Se casó en Montevideo, en 1970, con Graciela Richero Aguerre. La pareja tuvo tres hijos: Pablo, Marcos y Bernardo.

En 1971 Luis Bergalli presentó su tesis de doctorado: *El ligamento de Cooper y su valor en las herniorrafias inguinocrurales.* Fue calificada con sobresaliente por unanimidad.

Su carrera docente en la Facultad de Medicina fue exuberante. Comenzó como asistente (jefe de clínica) en la Clínica Quirúrgica 1 del profesor doctor Walter Suiffet, cargo que desempeñó entre 1968 y 1971. Luego fue profesor adjunto de la Clínica Quirúrgica B dirigida por el profesor doctor Jorge Pradines, entre 1974 y 1978. En 1984 fue designado profesor agregado de Clínica Quirúrgica "2", primero interino y a partir de 1989 como titular en el servicio del profesor Dr. Celso Silva. Finalmente accedió al cargo de profesor titular en

el año 1996. Afectado por una enfermedad neurológica degenerativa, no se presentó a la reelección, abandonando la carrera docente en 1998.

Fue extensa su carrera como médico militar. Ingresó al Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas en 1967. Fue jefe del Departamento de Emergencia y se retiró en 1994 como jefe del Departamento de Cirugía.

En 1976 recibió una beca para perfeccionarse en cirugía torácica en el Centro Médico Militar Nacional Walter Reed en Bethesda, Maryland, Estados Unidos.

En el ámbito mutual actuó en dos instituciones: el CASMU y el Círculo Católico de Obreros. En ambas ocupó todos los cargos, desde practicante hasta los más altos del escalafón quirúrgico.

Sus publicaciones, tanto en revistas nacionales como internacionales, son innumerables. Solo detallaremos algunos de los principales premios que recibió. En 1972 se hizo acreedor al Premio Larghero por su trabajo *Tratamiento de los traumatismos de tórax*. El Premio Centenario de la Facultad de Medicina le fue adjudicado en 1976 por la obra *Tórax agudo traumático*. En 1980 recibió el Premio Lorenzo Mérola de la Asociación Médica del Uruguay por el trabajo *Pancreatitis agudas letales. Análisis clínico-terapéutico*. Finalmente, en 1983 obtuvo el Premio Johnson & Johnson de la Asociación Médica del Uruguay por su obra *Tratamiento de los heridos graves*.

En la Sociedad de Cirugía ocupó los cargos de mayor responsabilidad, siendo presidente durante dos períodos (1992 y 1993). Fueron tiempos conflictivos, ya que se plantearon importantes reivindicaciones en defensa del trabajo del cirujano. Luis Bergalli fue líder indiscutido y símbolo de conquistas relevantes.

En sus últimos años, por ser su vecino de edificio, lo visitaba asiduamente para consultarlo ante dificultades de mi práctica quirúrgica. Allí se generaban verdaderos ateneos que ambos disfrutábamos.

Vencido por una cruel enfermedad, Luis Bergalli dejó de existir en Montevideo el 24 de setiembre del 2000. Lamentablemente, me tocó certificar su muerte.

Luis Bergalli fue un excelso cirujano que partió aún joven. Enseñó constantemente. Lo hizo en el anfiteatro, en la sala de internación, en la sala de operaciones y también en la vida. Llegó a la mansión del sueño, sin ostentación, sin ruido, modesto, humilde, pero seguido del respeto y cariño de todos los que lo conocieron de cerca y pudieron apreciar sus virtudes.

Mario Víctor Brandolino Barbenza (1932-2019)

Nació en Buenos Aires el 3 de febrero de 1932. Cursó estudios en la Universidad de Buenos Aires. En 1959 se trasladó a Montevideo, donde se recibió de médico el 1.º de octubre de 1961.

Obtuvo su título de especialista en Cirugía en 1968. En el Sanatorio Español comenzó a interesarse en la cirugía de tórax al relacionarse con el profesor Víctor Armand-Ugón.

En 1966, Nin Vivó hizo una pasantía en el servicio del profesor Jean Mathey, en el Hospital Laennec de París, Francia. De regreso en Montevideo, abordó el desarrollo de la cirugía de la tráquea. Integraban su equipo los doctores Mario Brandolino y Hamlet Suárez Cesio, y luego se incorporó Hugo Bertullo, quien también viajó a París a hacer una pasantía con el doctor Le Brigand en el Hospital Marie Lannelongue. La anestesia estaba a cargo de la doctora María Julia Salsamendi. Mathey y Eschapasse asistieron como invitados a congresos uruguayos de cirugía. Mathey participó incluso de la resección de un leiomioma traqueal en el Hospital Saint Bois (1980). Eschapasse participó de una mesa redonda en el Congreso Uruguayo de 1980. Nin Vivó viajó a Toronto y entró en contacto con Pearson, con quien lo habría de unir una estrecha relación científica y personal.

De izquierda a derecha: de pie, Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino; sentados, Marta Bastón de Nin Vivó, Frederick Pearson, Ángel Bracco. Punta del Este, 1991.

En 1979, los doctores Nin Vivó y Brandolino fueron invitados a una sesión del American College of Surgeons realizada en Buenos Aires y participaron de

la mesa redonda de cirugía reconstructiva traqueobronquial, que les permitió establecer lazos académicos con cirujanos rioplatenses. Estas instancias se sucedieron y se estableció rápidamente un fecundo intercambio con los cirujanos latinoamericanos. Es de señalar el estrecho contacto que mantuvo el equipo uruguayo, además de con los cirujanos argentinos, con los brasileños, especialmente con Vicente Forte, de San Pablo, a quien Nin Vivó visitó en 1981. Forte, que había comenzado a operar tráquea, acumuló rápidamente una enorme experiencia en cirugía traqueal y participó en la mesa redonda del congreso de Punta del Este (1995), junto a Grillo, Pearson y Couraud.

Jean Deslauriers, Mario Brandolino y Jorge Nin Vivó, Punta del Este, 1995.

Es oportuno señalar que Mario Brandolino fue el último jefe de Cirugía Torácica del Hospital Gustavo Saint Bois. Antes del retorno del servicio de cirugía al Hospital Maciel, como dependencia de la Facultad de Medicina, fue dirigido por José Luis Martínez Apezteguía, Juan Chifflet de Lodrón, ambos como grado 4, hasta la llegada del doctor Guillermo Carriquiry como primer grado 5 de Cirugía Torácica en la historia de la Facultad de Medicina, lo que tuvo lugar recién cuando el servicio ya estaba instalado en el Hospital Maciel. Todos ellos, además de los doctores Jorge Pomi y Hugo Bertullo, realizaron pasantías en el exterior, tanto en Europa como en América del Norte, como parte de su formación y perfeccionamiento académico, junto a grandes referentes de la especialidad.

Como ha expresado Jorge Pomi,

> En ese momento Mario Brandolino estaba encargado del servicio del MSP. Como yo era muy amigo de él, iba todas las mañanas, y ahí aprendí cirugía de tórax —o me la quisieron enseñar— con mis tres grandes maestros: Mario Brandolino, Jorge Nin Vivó y Valentín Crosa Dorado, cada uno con sus carac-

terísticas distintas, pero los tres enormemente generosos en mi aprendizaje. Creo que si tuve alguna virtud fue tratar de aprender lo mejor de cada uno. Nunca me ocultaron nada y me enseñaron los secretos de aquella época en la cirugía torácica, sin pedirme nada a cambio. Nunca me pidieron nada a cambio. Siempre digo que les debo la especialidad a ellos.

De izquierda a derecha: Hermes Grillo, Mario Brandolino, Roberto Delbene y Louis Couraud, en el IV Congreso Sudamericano de Cirugía Torácica, Punta del Este, noviembre de 1995.

Por su parte, al evocarlo, dijo José Maggiolo:

En marzo de 2011 cambió la presidencia de la Sociedad de Cirujanos de Tórax del Uruguay (SCTU). El Dr. Carlos Tarabochia me pasó la posta y fue así que tuve el honor de ser durante dos años Presidente, acompañado por los doctores Siul Salisbury (vicepresidente) y Daniel Terra (secretario).

En ese momento me planteé varios objetivos para mi gestión al frente de nuestra querida sociedad. Hoy, nueve años más tarde, puedo asegurar que el que más satisfacción me generó fue la idea de realizar y concretar un homenaje a Mario V. Brandolino. El único antecedente que recuerdo fue el realizado póstumamente a Valentín Cosa Dorado.

En ese momento, Mario (como lo llamábamos todos) ya estaba afectado por una penosa enfermedad degenerativa que en definitiva acabaría con él muchos años después, pero tenía un estado general y sobre todo mental lo suficientemente bueno como para disfrutar de un evento de esas características.

La razón por la que solicité a mis pares que aprobaran esta moción no fue, por supuesto, la afectación de salud de Mario, ni el inmenso cariño, respeto y admiración que siempre me generó su persona. La única razón fue que, simplemente, se lo merecía. No solo se merecía ese reconocimiento frente a

sus pares de la SCTU, familiares y amigos, sino que se lo merecía tenerlo en vida.

He notado que a los uruguayos y a los humanos en general nos resulta fácil hablar bien y homenajear a la gente cuando muere, pero es poco frecuente que lo hagamos en vida.

Hablar de por qué Mario se merecía dicho homenaje puede resultar fútil para quienes lo conocíamos, pero quizás sea útil para quienes lo conocían menos o no lo conocían.

A Mario V. Brandolino Barbenza la SCTU decidió nombrarlo "maestro de la cirugía torácica", porque fue, para todos los que aprendimos a ser cirujanos de tórax a su lado, precisamente eso.

Mario no solo nos enseñó a operar, nos llevó la mano y se paró firme y decidido del otro lado del paciente mirando con tremendo coraje y serenidad nuestras maniobras, sufriendo como solo lo sabe quien luego le tocó ocupar su lugar, pero siempre dejando hacer hasta que adquirimos las habilidades técnicas básicas como para manejarnos solos; sino que también nos enseñó a comportarnos como cirujanos de tórax.

Otro viejo maestro (el Dr. Juan Carlos "Caco" Castiglioni) siempre decía: "No solo hay que ser, sino que hay que parecer cirujano".

Mario nos enseñó precisamente eso, ser y parecer cirujanos de tórax.

Trabajando junto a Mario todos aprendimos un montón sobre clínica, imagenología (recuerdo a muy pocos que leyeran tan bien las radiografías y tomografías de tórax como él), pero también aprendimos a comportarnos frente a los pacientes, familiares y colegas. Aprendimos sobre el respeto y la importancia de la presencia que un cirujano de tórax debía mantener siempre.

Mario era un apasionado de la cirugía de tórax, pero también era un apasionado de la vida. Todo lo que hacía lo hacía así, con enorme pasión.

Fue un estudioso voraz (recuerdo en los inicios de mi carrera de medicina, cuando estudiaba en su casa con su hijo Gabriel, verlo sentarse en cualquier momento libre entre salida y salida a trabajar, con sus revistas científicas). También recuerdo verlo preparar trabajos científicos; pero lo que más me llamaba la atención era la preparación de presentaciones para congresos y ponencias.

En esa época las presentaciones se hacían con diapositivas y había que diseñarlas y luego fotografiarlas, una por una. Mario diseñaba cada diapositiva sobre un vidrio usando letras transferibles y luego elegía un fondo paisajístico para sacarle cada foto.

Se transformó en un fotógrafo avezado y nunca escatimó esfuerzos para que su producto fuera el mejor.

Mario fue tan innovador que frecuentemente, para lograr un objetivo, tuvo que desarrollar otras habilidades. Nunca tuvo pereza para hacerlo. Siempre quería ser el mejor en todo lo que hacía.

Tuve la suerte de verlo exponer en innumerables lugares y siempre me resultó admirable su elocuencia, postura y claridad expositiva. En ese aspecto también nos enseñó a todos.

Por razones que desconozco, nunca llegó a ostentar rangos académicos en nuestra facultad. Creo que la miopía de nuestra máxima institución, que pone frecuentemente el ojo en quien no lo merece, influyó bastante en ello. Puede que también él mismo no lo haya buscado. De todos modos y aunque académicamente nunca lo fue, se lo llamaba "profesor" (a él le encantaba).

Fue así que, ante la imposibilidad de que nuestra Facultad de Medicina lo honrara con un mérito absolutamente legítimo, la SCTU decidió nominarlo con este otro que considero mayor que el de profesor. Mario fue "maestro de cirugía de tórax".

A profesor (sin desmerecer en absoluto la jerarquía e importancia de este título) se llega por concurso. A maestro, como en este caso, por el reconocimiento de sus pares.

Homenaje de la Sociedad de Cirujanos de Tórax de Uruguay
al Dr. Mario V. Brandolino.

Nadie se opuso o planteó objeción alguna. Las unanimidades surgen del convencimiento pleno y en este caso así lo fue.

El evento en sí fue magnífico. Allí estuvieron todos (hasta los que no lo querían mucho), demostrando que, por encima de todo, había un reconocimiento pleno a la persona, al cirujano y al amigo entrañable.

Guillermo Carriquiry, a su vez, lo recordó así:

> También en esa época, tres cirujanos importantes comienzan a sistematizar la cirugía de la tráquea: uno es Frederick Griffith Pearson, en Toronto (íntimo amigo de Jorge Nin Vivó), otro es Hermes Grillo, en Boston, y el otro es Louis Couraud, en Burdeos. Por primera vez, coincidieron los tres en un congreso de la Sociedad Sudamericana de Cirugía de Tórax, en Punta del Este, en 1995, presidido por Jorge Nin Vivó y conmigo como secretario. Se realizó paralelamente el Congreso Uruguayo de Cirugía Torácica, que lo presidió Mario Brandolino. Hay una foto histórica que ha recorrido el mundo y está en los libros, que son los tres en una mesa en el Cantegril Country Club, discutiendo la cirugía de la tráquea.

Mario Brandolino exponiendo en el Congreso Uruguayo de Cirugía de 1990.

> La cirugía de la tráquea es una técnica que en estos años significó un avance muy importante. Si bien acá veía los primeros casos que habían hecho Nin Vivó y Brandolino, cuando fui al servicio de Couraud todas las semanas se hacía una cirugía de tráquea, una cosa impresionante. Se hacía fundamentalmente por estenosis luego de intubación prolongada en los CTI, aunque también por cáncer. Siempre se dice que la cirugía traqueal es el testigo del éxito de la reanimación. Pacientes ventilados un mes o más quedan con esa secuela. Después sobreviven, pero les queda dañada la tráquea, que cicatriza estenosándose. Hay que operarlos, resecarlos y anastomosar los cabos. Antes quedaban con una traqueostomía definitiva. A partir de los trabajos de estos tres grandes, la cirugía de tráquea se sistematizó y se adoptó como regla.

En el año 1951 Mathey hace la primera reconstrucción mundial del *carrefour* traqueobronquial. Cuando en 1966 Jorge Nin Vivó llega al servicio de Mathey, este ya había publicado su experiencia en *Annals of Thoracic Surgery,* cuando fue invitado por los americanos en 1960, presentando 20 casos de cirugía traqueal.

Cuando Nin Vivó regresa a Uruguay, junto con Hamlet Suárez, Mario Brandolino y María Julia Salsamendi comienzan a prepararse para realizar las primeras incursiones en cirugía traqueal. Y el primer caso surge de un traumatismo del tórax que recibe Hamlet Suárez en el CASMU, en 1969. Ahí Jorge Nin Vivó opera en la Asociación Española el primer tumor traqueal. Después él opera la segunda reconstrucción traqueal que era una estenosis, en un paciente de Paysandú, al que por dificultades en la evolución hubo que hacerle una traqueostomía definitiva. Desde ahí continuó con Hamlet Suárez, Mario Brandolino, María Julia Salsamendi, en toda la década del setenta. En 1971 vuelve a Francia con una beca para presentar la tesis *Chirurgie tracheale dans les stenosis post-tracheostomie.* Sobre fin de 1979 viaja al Congreso de la FELACT en Santiago de Chile con Brandolino y María Julia Salsamendi y presentan 15 casos de cirugía traqueal. Y en ese momento hay una reunión del American College of Surgeons en Buenos Aires y lo invitan como relator del tema de reconstrucción traqueal, y con Brandolino integran la mesa redonda del tema. En 1980, en el Congreso Uruguayo de Cirugía, tiene lugar la Mesa Redonda sobre Cirugía y Plastias de la Tráquea, con Jorge Nin Vivó como responsable. Él invita a Eschapasse de Francia, y está publicado en la revista *Cirugía del Uruguay.* Allí están María Julia Salsamendi, Eschapasse, Brandolino, Bertullo. En 1981, viaja a Brasil y allí se encuentra con Vicente Forte, que después fue quien tuvo más experiencia en número en cirugía traqueal, que hasta el momento tenía 11 casos. En aquella época lo invitaron varias veces los cirujanos de tórax argentinos a dar conferencias en la Asociación Médica Argentina sobre su experiencia en cirugía traqueal. La cirugía traqueal en Uruguay estaba consolidada.

En Sudamérica, el Dr. Vicente Forte, de San Pablo, en Brasil, y en Uruguay los Dres. Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino y recientemente el profesor Guillermo Carriquiry, adaptaron estas técnicas y comenzaron el desarrollo de la cirugía traqueal hasta lograr los resultados que tenemos hoy en día.

***

En 1966 Brandolino inició su trayectoria en el Hospital Dr. Gustavo Saint Bois, en donde culminó como jefe de Servicio en 1985, cargo que ejerció hasta 1998.

A partir de 1970 tuvo dedicación exclusiva a la cirugía de tórax, y actuó como cirujano de tal especialidad no solo en el Hospital Saint Bois, sino también en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (donde también culminó como jefe de Servicio), Casa de Galicia y CASMU, donde ejerció la jefatura desde 1997 a marzo de 2000.

Fue miembro fundador de la Sociedad de Cirujanos Torácicos del Uruguay, que presidió en los períodos 1987-1989 y 1993-1995. También fue miembro fundador y miembro del Consejo Consultivo de la Asociación Sudamericana de Cirugía de Tórax.

Mario Brandolino y Jorge Nin Vivó en el LXVII Congreso Chileno de Cirugía.

Con los doctores Hamlet Suárez Cesio y Jorge Nin Vivó, inició y desarrolló la cirugía traqueal en el Uruguay.

Mario Brandolino, ya jubilado, colaborando con Gerardo Bruno en el Hospital Militar.

Mantuvo una intensa actividad científica en congresos nacionales e internacionales de la especialidad. Fue vicepresidente del primer y segundo Congreso Uruguayo de Cirugía del Tórax, vicepresidente del cuarto Congreso Sudamericano de Tórax, relator del X Congreso del Hemisferio Occidental en el tema hidatidosis torácica, en 1979.

Fue autor y coautor de temas de la especialidad en publicaciones nacionales y libros latinoamericanos y americanos. Recibió el primer premio internacional de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología (ULAST) en 1990 por su aporte sobre embolización de las arterias brónquicas en la hemoptisis.

Integrado plenamente a nuestro ambiente estudiantil y médico, se formó entre los principales cirujanos de tórax de nuestro país y siguió la tradición de los iniciadores, junto a quienes trabajó por muchos años. Ha hecho del Uruguay su segunda patria, logrando un lugar de destaque entre los mejores.

El Sindicato Médico del Uruguay le confirió en agosto de 2000 la distinción sindical al mérito científico y el ejercicio profesional.

Falleció el 24 de diciembre de 2019, luego de una larga y penosa enfermedad que le impidió realizar manifestaciones para esta publicación.

José Luis Martínez Apezteguía (1938-2013)

Por Guillermo Carriquiry

José Luis Martínez Apezteguía[231] reunía una serie de características muy particulares que lo convirtieron en un personaje muy singular. Nació en Salto, vino a estudiar Medicina a Montevideo donde se alojó en una pensión estudiantil en Tristán Narvaja y Charrúa. Ahí conoció a Ignacio Miguel Musé (ulteriormente Profesor de Oncología, salteño como él) y a José Luis Filgueira (Profesor de Cirugía Cardíaca) con quienes trabó amistad y una intensa relación profesional. Madrugador, Inteligente y muy estudioso tuvo una formación académica en Facultad donde ocupó todos los escalafones docentes de la especialidad. Publicó asiduamente en *El Tórax* y en *Cirugía del Uruguay*. Buscó y logró en diferentes pasantías en el exterior, entrar en contacto con los mejores centros del mundo (Tokio, Nueva York). En América Latina tuvo una muy fuerte relación con Camargo (Porto Alegre) de quien recogió una gran influencia. Aplicado y riguroso se caracterizó por un perfil quirúrgico agresivo; no era un cirujano de planes mínimos. Era un hombre muy ansioso e impaciente lo cual no siempre le permitió cultivar buenas relaciones personales y encauzar las ambiciones con ponderación. Siempre formó equipo con los asistentes y adjuntos del Servicio de Facultad. Su vida personal, bastante desordenada, no le proporcionó el necesario encuadre y sostén para desarrollar una actividad profesional organizada y equilibrada. Tal vez su mayor legado en la especialidad fue su actitud quirúrgica, su apego a una formación establecida y el anhelo y capacidad para sistematizar los temas vigentes, en una especialidad que se venía edificando con solidez.

El Canario Martínez

Aunque ha fallecido hace algunos años y no dejó documentos para que recogiéramos adecuadamente su historia personal relacionada con la cirugía del tórax, ha quedado vivo su recuerdo en quienes se formaron junto a él o lo conocieron en diferentes etapas de su trayectoria. Aquí se transcriben algunos de esos testimonios.

Ha escrito Néstor Campos Pierri sobre José Luis Martínez Apezteguía, recordando que concurría al servicio de clínica quirúrgica del Prof. Jorge C. Pradines:

231 Nacido en Salto, Uruguay, el 25 de diciembre de 1938, se graduó en mayo de 1967. Falleció el 15 de octubre de 2013, a los 74 años.

Luego de su beca en Japón, también comenzó a visitarnos el doctor José Luis Martínez Apezteguía, que fue posteriormente profesor agregado encargado del Servicio de Cirugía de Tórax del Saint Bois.

José Luis Martínez, *el Canario,* nos preparó para el grado 2 de cirugía en los temas de cirugía torácica y en ese marco concurríamos al Saint Bois con mis compañeros a ver enfermos y a hacer los encares.

Lo conocía desde siempre, ya que, si bien era siete años mayor que yo, había sido compañero de mi hermana Nibia, odontóloga. Era salteño y a veces iba a operar a sus pagos.

Ya jubilado tuve que operar a una tía del Canario, una lobectomía pulmonar por cáncer. Él estuvo como observador, luego me llamó y me regaló los instrumentos que usaba para sus cirugías pulmonares, sobre todo los de disección (pinzas, tijeras, etcétera). Con el tiempo, cuando mi hijo Atahualpa obtuvo el título de cirujano torácico, se los regalé a él.

Semy Seinildin, el cirujano torácico de Rosario, Argentina, en sus recuerdos sobre sus tiempos en el servicio de Armand-Ugón, dijo refiriéndose a Martínez:

> ¡Uy! Martínez. Trabajador incansable. Con un ideal de permanente progreso. Tomaba un tema y lo profundizaba tratando de exprimirlo al máximo. Hábil manualmente. Y esto último permítame destacarlo. Usted recuerda que al Saint Bois iba con un auto descapotado. Muy bien, lo que nunca entendí era cómo realizaba los cambios de marcha si con una mano tomaba el mate y debajo de la axila contrapuesta mantenía el termo. Es toda una incógnita, ¿verdad?

Juan Chifflet de Lodrón lo recordó así:

> La cirugía de la tuberculosis sí la hacían Armand-Ugón, Hamlet Suárez, Alejandro Victorica. Después vino Sanjinés, y luego el doctor José Luis Martínez Apezteguía. Martínez era un cirujano que se manejaba muy bien, con cargo de facultad. Operábamos juntos; un tipo muy bien, que se preocupaba mucho por los enfermos. Hoy día la cirugía de tórax ya tiene un territorio ganado, y hay un curso de cirugía torácica, que se hace en la Cátedra de Cirugía de Tórax. Además, en todas partes del mundo es así. Acá demoró más porque somos menos, más chicos. Pero cuando estuve en Tokio, el cirujano de tórax era el cirujano de tórax, y no lo tocaba nadie.

Roberto Delbene mencionó estas circunstancias:

> En 1983 o 1984, cuando terminé la jefatura de clínica en Pradines, ingresé en el Saint Bois. Era un cargo interino de grado 2 de Facultad de Medicina. En ese momento estaba como profesor agregado el doctor José Luis Martínez Apezteguía, y como profesor adjunto el doctor Juan Chifflet. Yo al doctor Martínez lo conocía de antes, porque era un hombre muy conocido dentro del ambiente quirúrgico. Él fue grado 3 en la clínica de Alberto Aguiar y después se había dedicado al tórax exclusivamente. Recién había terminado

como grado 4 el doctor Aníbal Sanjinés, y el cargo lo había ocupado el doctor Martínez.

Poco a poco me fui haciendo ayudante del doctor Martínez. Es decir que formamos un equipo, el equipo de facultad, digamos, el doctor Martínez como el jefe, el doctor Chifflet como primer ayudante, y yo como segundo ayudante. Así trabajamos en mutualistas, en forma privada, y con el doctor Martínez, que iba mucho al interior de la República. El doctor Martínez operaba en varios departamentos de nuestro país, y yo iba con él y lo acompañaba. Estuve trece años en el Saint Bois, y después fui a una clínica del Pasteur, pero seguí vinculado al doctor Martínez, me hice muy amigo de él y lo consideré mi maestro, un verdadero maestro.

¿A qué departamentos iban?

Él tenía una relación por la clínica de Aguiar, con muchos cirujanos. Íbamos a Treinta y Tres, con José Soto Cordano (el Gordo Soto); íbamos a Flores con otro cirujano, que no recuerdo ahora el nombre; fuimos mucho a Rivera, ahí estaba un cirujano que se murió después, por el Centro Asistencial Médico de Rivera (CASMER) y por la Cooperativa Médica de Rivera (COMERI) trabajé mucho con el doctor Cartazzo, compañero de generación. En Tacuarembó con la Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA), que tenía un amigo de generación que es el doctor De Mattos, actual diputado. A todos esos lados yo iba de ayudante del *Canario* Martínez. Cuando él se retiró, seguí yendo como cirujano con mi equipo a todos esos departamentos.

El Canario Martínez, ¿se formó en el exterior?

Estuvo haciendo una pasantía en Inglaterra, en Londres, durante unos cuantos meses. Después hizo viajes al exterior. Estuvo con Tsuguo Naruke (1934-2006),[232] en Japón, donde trajo los vaciamientos mediastinales que en aquel tiempo hacía Naruke, que era un cirujano japonés del National Cancer Center, de gran prestigio. En ese momento hacía grandes vaciamientos mediastinales, en el cáncer de pulmón y había una gran controversia con las clínicas americanas. El doctor Martínez también estuvo ahí en el Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, con el doctor Nael Martini (1931-2004).[233] En Londres es donde estuvo más tiempo, antes de mi llegada al Saint Bois. Él tenía un dominio del inglés bastante correcto y estuvo unos cuantos meses. También estuvo en la China, en congresos internacionales, y en otros lugares. Los mencionados fueron los principales. Y también envió a sus colaboradores. A Carlos Tarabochia Hernández, que hace cirugía de tórax en toda la región del este del país, lo envió a Israel, y estuvo un tiempo allí en una clínica de tórax, y a mí me envió a Alemania, a Hemmer, cerca de Dusseldorf, en la cuenca del Rhin.

232 Asamura, H. In Memoriam. *Journal of Thoracic Oncology*, 2007, 2(4): pp. 261-262. Disponible en https://www.jto.org/article/S1556-0864(15)30065-4/fulltext.

233 Rusch, V. W. Nael Martini: A leader in thoracic surgical oncology. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2010, 89(3): pp. 1006-1009. Disponible en https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(09)02395-9/fulltext.

Todos los citadinos, como yo, le llamamos "canarios" a los que vienen del interior. En realidad el Canario Martínez era salteño, había nacido en Salto. Era un hombre atípico dentro de los cirujanos de tórax, porque los cirujanos de tórax tenían cierto nivel social y el Canario era un reo que se abrió paso con trabajo, con estudio, y llegó a ser uno de los mejores cirujanos. Fue profesor de Cirugía de Tórax en facultad durante doce años. Yo hice un video sobre él, pero me dijo mi señora que era muy subjetivo, y lo tengo que rehacer.

Una de las características de Martínez: era todo lo contrario de dar las clases magistrales; no daba clases magistrales. Nos enviaba a nosotros, a Chifflet y a mí, a dar las clases a los estudiantes que iban. La enseñanza de él era en el *block* quirúrgico. Tengo muchas filmaciones de sus cirugías, porque me permitía filmarlo. Era ahí donde enseñaba.

Otra característica: era muy trabajador. Un hombre, como pocos cirujanos de Uruguay, que tenía casuística; nunca presentaba un trabajo sin casuística. En Uruguay es excepcional. Conozco trabajos de Brandolino, de Nin, de Amorín de Florida, de Bolívar Delgado, presentaban casuística. Pero el Canario era uno de ellos. Tenía, por ejemplo, un trabajo con 102 operados de cáncer de pulmón con vaciamiento y los seguía de hasta cuatro o cinco años. Y no tenía computadora, lo hacía en unas sábanas de papel a mano.

Tarabochia, el otro día lo encontré y me contó que fue el primer hombre que manejó la sutura mecánica con una máquina rusa que habían traído al Larghero. Y fue Martínez de los primeros que hizo la sutura mecánica bronquial.

A mí me envió cinco veces a la Santa Casa de Porto Alegre, donde hay un gran cirujano que es el doctor Camargo, el primero que hizo trasplante de pulmón en Sudamérica. Camargo hacía cursos de posgrado, y entonces nos enviaba allá, íbamos en ómnibus, y los brasileños no entendían por qué viajábamos así. A algunos de esos cursos fui con Ernesto Pérez Penco.

En su formación, Martínez fue primero interno, después hizo la clínica quirúrgica en Alberto Aguiar.

Una anécdota que recuerdo de la primera vez que yo lo vi al Canario Martínez: estábamos en un congreso de cirugía en el Argentino Hotel de Piriápolis, yo estaba con un cirujano boliviano, Carlos Aguirre, por 1980, al borde de la piscina. Había varios cirujanos que se jugaban, por una botella de *whisky*, quién sacaba una moneda que estaba en el fondo de la piscina, en la parte más honda. Estaban los cirujanos más pesados, el Gordo Soto, con 140 kilos, todos los gordos. Y de repente apareció un tipo bastante joven… ¿Y qué hacían? Todo el mundo hacía una inspiración profunda y se tiraban. Pero ninguno llegaba al fondo. Y vino ese tipo joven, y en lugar de inspirar, espiró, y se tiró y sacó la moneda. Entonces dijo: "Gané la botella de *whisky*". ¿Y este quién es? Es un gran cirujano de tórax. Ahí aprendí que la cirugía de tórax tiene mucho que ver con la fisiología. Era un hombre muy carismático y también muy controvertido. Porque tuvo grandes peleas. Él veía un enfermo y buscaba siempre la razón para operar, como hay cirujanos que buscan siempre por no operarlo. Y a veces tenía problemas con otros cirujanos.

Dionisio César Pérez Davant (1916-2010)

Por Mónica B. Pérez Sosa

El doctor Dionisio Pérez Davant fue un médico tisiólogo y cirujano de tórax nacido en El Carmen, Durazno, el 24 de setiembre de 1916 y fallecido en Durazno, el 27 de febrero de 2010. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en 1949, fue uno de los cinco mejores de su promoción. Cursó estudios primarios en la escuela pública en Montevideo y luego en la escuela rural n.º 100, de Rolón, departamento de Durazno. Estudiante brillante desde su adolescencia, obtuvo durante los cuatro años de secundaria la medalla de oro en el Colegio Sagrada Familia, de Montevideo. Cursó el bachillerato, entonces "preparatorio" de Medicina, en el Instituto Alfredo Vásquez Acevedo (IAVA) de Montevideo, en 1937 y 1938. Allí colaboró con el laboratorio de biología, en ese entonces a cargo del doctor Carlos Torres de la Llosa, director del IAVA, hoy Museo de Historia Natural que lleva ese nombre. Se especializó en cirugía y tisiología, dedicándose a ambas, además de la medicina y la cirugía generales. Durante la década del cincuenta formó parte del equipo de cirugía de tórax del Hospital Saint Bois, bajo la dirección del profesor doctor Víctor Armand-Ugón, de quien fue la mano derecha. Allí trabajó con los doctores Hamlet Suárez, Alejandro Victorica, José Piñeyro, Fernando Gómez, entre otros.

Dres. Dionisio Pérez Davant, José Pedro Ibarra Ruiz, Lauro Cruz Goyenola, Eduardo Joaquín Canabal y Ceibal Artigas. Laboratorio Pfizer, Buenos Aires, 1964.

Estudioso incansable, fue asiduo asistente a congresos nacionales e internacionales de tisiología y cirugía del tórax, como expositor y como participante. En 1954 fue el asistente del doctor Víctor Armand-Ugón en el III Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax, realizado en Barcelona, España.

Fue miembro activo de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología (ULAST) y la Asociación Internacional de Hidatidología. Publicó distintos artículos sobre tisiología, cirugía de tórax y otras afecciones pulmonares en las revistas especializadas *El Tórax* y *La Hoja Tisiológica*, de modo individual y colectivo. Entre 1947 y 1959 realizó 938 cirugías en el Hospital Saint Bois.

Sus artículos académicos fueron solicitados desde Checoslovaquia y Suiza, y citados en libros de los doctores P. Galy y M. Ferrari.

En 1957 se mudó a la ciudad de Durazno, donde fijó su residencia para ocupar el cargo de tisiólogo del Hospital Dr. Emilio Penza, obtenido mediante concurso en 1963.

En 1962 fue declarado visitante distinguido de la ciudad de Guatemala, con motivo de su participación en un congreso de tisiología realizado en dicha ciudad.

Arriba: Dres. Victorica y Armand-Ugón, practicante Cesconi y Dr. Hamlet Suárez.
Abajo: Dres. Miranda (salvadoreño) y Pérez Davant.

En la década del setenta fundó, con otros colegas, el Centro de Asistencia Médica Durazno (CAMEDUR), donde cumplió tareas como médico general, cirujano y neumólogo. Este último título fue otorgado por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República por competencia notoria. Durante los años setenta, asistió regularmente a los cursos

de perfeccionamiento que brindaba el Hospital Muñiz de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. En 1975 se vio aquejado por la enfermedad que combatía, la tuberculosis. Decidió someterse a un tratamiento experimental que se hacía en el Hospital Muñiz, que resultó exitoso.

Un ateneo en el Instituto del Tórax.

Reunión de los asistentes al Hospital Muñiz, de Buenos Aires, entre los cuales se encuentra el Dr. Dionisio Pérez Davant.

Además, fue un gran deportista: de adolescente, fue campeón de fútbol y pelota vasca en el Colegio Sagrada Familia. Participó de la Liga de Fútbol Universitaria en el equipo La Miseria y fue un gran nadador en las aguas del río Yí, de su Durazno natal. También amaba la pesca y cantaba muy bien de oído.

Dio clases de biología en todos los centros educativos de la ciudad de Durazno a nivel secundario y magisterial. Colaboró con charlas en todas las es-

cuelas o instituciones que se lo solicitaron sobre diversos temas médicos, en particular, sobre hidatidosis, en un tiempo en que esta era frecuente.

Se casó dos veces. De su primer matrimonio, con la doctora Isabel Plosa, tuvo una hija, Ana María. En 1960 se casó con la nurse Ruth Sosa, con quien tuvo dos hijas, Mariela y Mónica. Su única nieta se llama Paula González, hija de Ana María.

Dr. Pérez Davant, Congreso de Barcelona, 1954.

El día de su nonagésimo cumpleaños, la ciudad de Durazno lo homenajeó designando una calle de la capital departamental con su nombre.

Anecdotario

Mientras trabajaba en el Hospital Saint Bois, se presentó un paciente en estado crítico para ser operado de tuberculosis. Para acelerar su intervención, traía una carta de recomendación de Luis Batlle Berres. Al verlo en tan malas condiciones, el doctor Armand-Ugón dijo: "Yo no doy mesa para muertos", a lo que el paciente, desesperado, le preguntó a Pérez Davant si él lo operaría. Este dijo que sí, pero que tendría que esperar su turno y que la carta de Batlle Berres no le iba a ayudar en nada. Había otros dos pacientes antes que él. El primero en ser intervenido falleció; el segundo se asustó y no quiso operarse,

y así se acortó el tiempo de espera del tercero. Fue preparado para la toracoplastia, intervención sumamente agresiva, que se llevaba a cabo en dos o más tiempos. Esto era a causa de la debilidad de los pacientes; había que ocuparse de la recuperación para poder llevar a cabo la siguiente intervención. El paciente era un hombre de unos 30 años, corredor de comercio, casado, con un hijo pequeño. Fue operado en tres tiempos. Se recuperó, llevó una vida normal, tuvo una hija, vivió hasta los 75 años y fue el padrino de una de las hijas del doctor Pérez Davant.

Aníbal Sanjinés, Walter Fernández Oria y Hamlet Suárez observan cómo opera Clarence Crafoord (de espaldas, con un frontolux), ayudado por Dionisio Pérez Davant.

Otro paciente del Saint Bois, proveniente de Rivera, se agravó estando el doctor fuera del país en un congreso. Para complicar la situación, un día, mientras lo curaban, se le fue hacia adentro del tórax el tubo de drenaje. El paciente hablaba en un portuñol cerrado y casi no se le entendía. Pero no se dejaba tocar por otro médico y decía que "los espíritus" le decían que iba a vivir hasta que el doctor Pérez Davant llegara. Estuvo gravísimo, pero sobrevivió y cuando el doctor llegó se ocupó de él y se salvó. El paciente decía que los espíritus le habían avisado de su salvación.

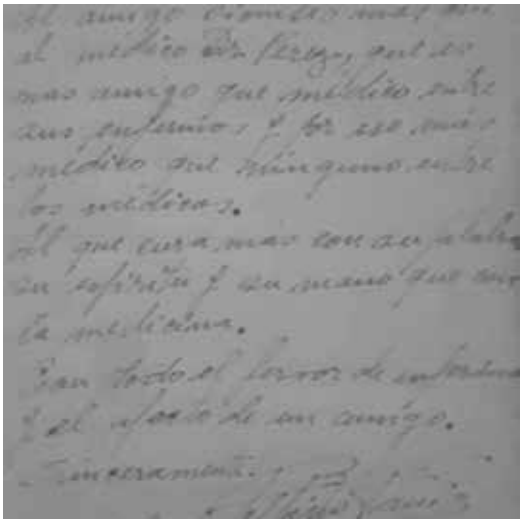
En los años sesenta Pérez Davant realizó una apendicectomía en la mesa de la cocina de una casa, con éter como anestesia y caña como desinfectante, en el pueblo El Carmen, departamento de Durazno.

En Buenos Aires, 1973, en el Hospital Muñiz. Aparecen el Dr. Dionisio Pérez Davant y el Dr. Washington Zapata Reboulaz, al centro, de túnica blanca.

Dres. Pérez Davant y Armand-Ugón, Hospital Saint Bois, 1954.

También en la misma época, culminó una cirugía que se llevaba a cabo en el Hospital Dr. Emilio Penza, de Durazno, con las luces de su auto encendidas y apuntando hacia el quirófano, debido a un corte de luz cuando el equipo estaba por finalizar la intervención.

XIX Curso para Posgraduados, 26 al 31 de marzo de 1967, Hospital Saint Bois. En la primera fila puede verse, entre otros, a Víctor Armand-Ugón, Cleopatra Epifanio y Fernando D. Gómez. En la última fila: Atilio Trenchi, Ángel Ginés, Manuel González Maseda, Dionisio Pérez Davant, Juan de Dios Gómez Gotuzzo y José Pedro Ibarra Ruiz.



LA TORACOPLASTIA FRACASADA

Poema dedicado al Dr. Pérez Davant por un paciente terminal con cáncer de pulmón y artículo publicado por Dionisio Pérez Davant, Alejandro Victorica y la patóloga Sélika Piovano.

Parte V
Los testimonios

Capítulo 19
Entrevistas

Para recoger las vivencias de quienes se integraron en diferentes momentos al Instituto del Tórax del Hospital Saint Bois, fueron entrevistadas las personalidades que a continuación se consignan.

Jorge Nin Vivó fue colaborador de Víctor Armand-Ugón desde 1962, cuando se inició en la cirugía de tórax. Conoció a los iniciadores, como Alejandro Victorica, Hamlet Suárez Cesio, Aníbal Sanjinés Bros y Alfredo Ruiz Liard, y trabajó con ellos, junto al citado maestro. Con Mario Brandolino y Hugo Bertullo, tuvo un largo período de trabajo clínico y quirúrgico conjunto.

Jorge Pomi trabajó en estrecha colaboración con Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino y Hugo Bertullo, y pudo acercar con sus memorias otro importante tramo de la evolución de la cirugía torácica, tanto en el ámbito público como en el privado.

Juan Chifflet de Lodrón estuvo en la transición entre el Hospital Saint Bois y el Hospital Maciel, y trabajó con algunos de los nombrados en los anteriores párrafos. Relata su experiencia nacional e internacional, así como la introducción de una técnica moderna con medios artesanales.

Guillermo Carriquiry Kayel se inició también en el Hospital Saint Bois y, aunque no tuvo ocasión de trabajar con Armand-Ugón, pudo acompañar el trabajo de los demás, al convertirse en el primer profesor de Cirugía de Tórax de la Facultad de Medicina, cuya cátedra se inició ya en el ámbito del Hospital Maciel.

Los aportes de todos ellos resultan invalorables, aunque no hayan podido ser totalmente recogidos por las limitaciones de espacio de esta publicación. Pero su testimonio trasmite las etapas del desarrollo de la especialidad, las alternativas recorridas por cada uno de ellos en su perfeccionamiento técnico en diferentes ámbitos del exterior, así como el avance incesante de la disciplina, que muestran la calidad de centro de referencia que fue el Hospital Saint Bois y que continúa hoy en la cátedra de Cirugía Torácica del Hospital Maciel. Así, muestran, de forma sintética y elocuente, el valor de la cadena humana que se continúa sin interrupción desde el origen.

Todos ellos ayudaron a evocar no solo la tarea y la personalidad de los precursores que conocieron, sino también a los compañeros que recorrieron el mismo camino pero que no están hoy con nosotros, aunque espiritualmente nos acompañan, porque son parte de esta historia.

Jorge Nin Vivó[234]

Entre los discípulos de Víctor Armand-Ugón, recurrimos a Jorge Nin Vivó porque es quien ha conservado más recuerdos y documentos. Elaboró una rica semblanza de su maestro, así como recreó el ambiente del Hospital Saint Bois, donde se desarrolló la mayor parte de la cirugía torácica en Uruguay. A lo largo de varias entrevistas, fue rescatando vivencias y evocaciones que parcialmente se sintetizan en las siguientes páginas.

¿Cómo surge la necesidad de recrear ese ambiente que hizo florecer la especialidad de la cirugía torácica en Uruguay?

Dr. Víctor Armand-Ugón.

A raíz del agradecimiento y la admiración que yo tenía por Armand-Ugón, me puse a escribir sobre él, porque pensaba que las generaciones futuras no deberían ignorar lo que fue don Víctor. Me puse hace años a trabajar en el tema, y lo consultaba con Mañé Garzón, y encabecé uno de los capítulos diciendo "El creador de la cirugía torácica en Uruguay". En una de esas, me acuerdo que me dice Fernando: "No, el creador de la cirugía torácica fue mi padre". Todo eso, y mis discrepancias con Mañé en esos temas, me llevó a estudiar exhaustivamente todas las cosas. Tan es así que yo al escribir sobre Armand-Ugón dedico un capítulo a lo que llamo "Evolución de la cirugía torácica desde su origen hasta ese momento". Y le dije: "Fernando, evidentemente, si usted me dice que su padre fue el primer tisio-cirujano, yo se lo puedo aceptar". Pero cirujano torácico, sobre todo después de los adelantos anestésicos y todas las cuestiones, quiere decir que… Armand-Ugón, por ejemplo, fue un tipo que operaba pulmón, operaba mediastino, operaba esófago, incluso algunas cardiopatías congénitas.

Entonces, a raíz de eso, me puse a estudiar en forma las cosas, y bueno, don Víctor fue algo monumental. Y a determinada altura, a nivel de neurocirugía, tiene una serie de operados de pulmón, que lo cita Wilson en su libro, que yo no lo sabía, y todas esas cosas. Yo miro a don Víctor y era un cirujano feno-

234 Entrevista realizada el 20 de diciembre de 2019.

menal, pero también todo eso fueron bagajes que lo llevaron a ser después un cirujano torácico de excepción.

Tengo prácticamente armado un libro sobre Armand-Ugón.

Pero también es tu autobiografía, porque allí está tu formación.

Formó gente, a diferencia de lo que ocurrió con Alberto Mañé, que se dedicó a la tisiología. Armand-Ugón fue fundamental, fue un maestro, porque me llevó a la disciplina. Ahí arranco desde de dónde sale Armand-Ugón, su nacimiento, lo que eran los valdenses, la familia, lo que fueron todos los hijos, con aquel cuadro de familia donde están todos los miembros, identificados.[235]

En el tomo III del libro *Médicos uruguayos ejemplares* aparecen resúmenes de esos artículos. Lo que tengo es el ingreso de él a la Facultad de Medicina, con una cosa que a mí me admiró. Ingresa en 1918, ingresan 76 estudiantes, se reciben los 76. Por supuesto, aquí meto lo que fue toda esa generación. Y arranco diciendo que él ingresa en una Facultad de Medicina y hablo de la influencia francesa. Era la época en que leíamos los Agregados Franceses, Lenormand, y todo eso. Lenormand tenía de alumno a Mathey.

Visita de delegación médica francesa a Montevideo, 1956. De izquierda a derecha: Jean Mathey, Georges Brouet, Armand-Ugón, no identificado, Jean Lemoine.

A veces yo charlo de estos temas. En una foto de 1967, estoy con Eschapasse, que era un cirujano torácico francés. Me acuerdo de que cuando yo termino con Mathey, me dice: "No, todavía no se va, Nin. Quiero que vea a Eschapasse, que es el jefe de cirugía torácica en Toulousse. Después de mí

235 El texto al que Nin Vivó hace referencia está incluido en el Capítulo 17 de este libro.

es el mejor cirujano torácico francés". Es un tipo brutal, tiene 101 años, hablo con él periódicamente. En el año 1980, me toca a mí en el Congreso de Cirugía la parte de cirugía traqueal, y yo invito a Henri Eschapasse a Montevideo. Viene él, actúa, operamos una tráquea en el Saint Bois, que fue el primer leiomioma traqueal que operamos él y yo. De regreso a Francia, me escribe: "He quedado asombrado del nivel que vi, y el gran tema es idiomático. Y no se puede dejar escuelas quirúrgicas como las que yo vi al margen por problemas idiomáticos". Y me escribe —tengo todas las cartas a disposición— diciendo "Planeo hacer un libro internacional de cirugía torácica, pero que tiene que ser —y que me disculpen mis compatriotas— en inglés, porque evidentemente es el idioma de mayor difusión". Y a partir de ahí surge esto: *International trends in general thoracic surgery*.

Designación de Héctor A. Ardao como profesor de Clínica Quirúrgica "F" (c. 1963). De izquierda a derecha: Roberto Rubio, Juan Carlos del Campo, Héctor A. Ardao, Víctor Armand-Ugón y Alberto Valls, en el piso 7 del Hospital de Clínicas.

Y ahí hay capítulos escritos por ustedes.[236]

El arma todo y hacen distintos *boards*: americano, europeo e internacional, donde me incluyó. Y todo esto fueron arranques, el inicio de un proceso.

Además, ¿qué pasa? En el mundo, en el período mío, hubo dos centros: uno, sobre todo, era Francia. Y yo me encontré con que en resecciones pulmonares, Armand-Ugón fue previo a Mathey. Por supuesto, ellos tuvieron la guerra y distintos problemas. Y el centro posterior fue Toronto, con Pearson.

236 *International trends in general thoracic surgery*, Vol. 6. Thoracic Surgery: Surgical management of pleural diseases. Saint Louis, Baltimore, Filadelfia, Toronto: The C. V. Mosby Company, 1990. Por supuesto. El Capítulo 34 (pp. 427 y siguientes), sobre *hydatid pleural disease*, está escrito por Jorge Nin Vivó, Mario V. Brandolino, Jorge A. Pomi, Hugo Bertullo y Hugo Stefanski.

Yo en 1979 hago un viaje, había renunciado al ministerio[237] y no quería perder la cirugía torácica. Me fui a ver qué había pasado y llegué a la conclusión de que Canadá era más importante que los Estados Unidos desde el punto de vista de esta cirugía. Ahí me vinculé sobre todo con Pearson, pero yo con Pearson llegué como un discípulo de Eschapasse y de Mathey. Y a todos ellos, ¿cómo llegué? Por Armand-Ugón.

Norman Strahan Shenstone (1881-1970) y Robert M. Janes (1894-1966), jefe del Departamento de Cirugía, Universidad de Toronto (1947-1957).

Años después, cuando estoy preparando el libro de Armand-Ugón, analizo a muerte *El tórax quirúrgico*. Y él me hablaba de Chentone y de Jones. No los ubicaba yo por ningún lado. Me llevó tiempo… Chentone era Shenstone y Jones no era Jones sino Janes, que fueron los que crearon el torniquete para la resección pulmonar y fueron los maestros de Pearson. Entonces, ¿qué me pasó con don Víctor?

¿A dónde llegaste con ese trabajo? Ese es el primer capítulo.

Fijate una cosa. Hablé del ingreso a Facultad y esas cosas. Después te hablo de la evolución de la cirugía torácica, ¿por qué? Porque por un lado te dicen que la cirugía torácica surge con la tuberculosis pulmonar. Yo discrepo, porque hay operaciones importantes antes de la aparición de Mikulicz y Sauerbruch, porque son por hidatidosis, y aparece Australia.

Entonces, hablo de la evolución de la cirugía torácica y después de cada capítulo publico la bibliografía. Hay autores españoles, Dugan, Sampon, y todos estos…

¿Con qué sigo? Con el Hospital Saint Bois. Allí arranco desde su origen y ¿qué pasa? Tengo que comenzar por el tema de la tuberculosis, y aparece Martirené por todos lados.

237 Entre setiembre de 1976 y el 31 de agosto de 1979 Jorge Nin Vivó actuó como subsecretario del Ministerio de Salud Pública, acompañando al ministro profesor doctor Antonio Cañellas Martínez.

Hospital Saint Bois. Entrada a la Administración, 1960. De izquierda a derecha: Martín Miqueo Narancio, no identificado, César Batlle Pacheco, Carlos Murguía, Justo Alonso, Carlos Stajano, Armand-Ugón, Francisco del Campo. Detrás de los dos últimos: José Martoy y Alejandro Victorica.

Entonces, en 1917 va el doctor José A. Gallinal a ver a Martirené y le dice que quiere hacer una donación importante. Martirené, que estaba con el tema de los convalecientes y que no podía ser que salieran del Hospital Maciel —todavía el Pasteur no estaba—, a esa gente que está convaleciendo se le dice que descanse, que coma bien, y esa gente no puede hacerlo. Entonces le acepta la donación para crear el centro ese de convalecientes. En ese momento muere Gustavo Saint Bois en Francia. Se abre el testamento y aparece la donación de Saint Bois para una colonia de convalecientes. Se destina todo para el Hospital Saint Bois. Entonces, hay que ver los alegatos que hace Manuel Albo en la Cámara de Diputados con las ideas de Martirené, diciendo lo que hay que hacer, que el Fermín Ferreira no puede seguir siendo… y había que ver las cosas que decía Martirené, porque poco menos que al individuo más saludable lo metías ahí y se moría.

Aparece Martirené con los dispensarios. Por el 1904, con las declaraciones obligatorias. Lo que hizo Martirené fue muy importante. Entonces, todo eso figura en la presentación mía en la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (SUHM), que Milton Rizzi me cuestionaba.

Entonces yo allí hablo de lo que era en esa época el Saint Bois. Allí vino el que había descubierto el tema del triple plan que se daba para tuberculosis, los antibióticos, todos esos, que los traía Pablo Purriel. Pero paralelamente aparecía Di Paola, en la época de las toracoplastias y todas esas cosas, y aparecía Clarence Crafoord. Vino Mathey. El Saint Bois era un centro de primer nivel. Si yo te muestro las cosas que decían los argentinos, jefes de servicio, etcétera, de las maravillas que hacía Armand-Ugón en su servicio, y pedían

que lo invitaran a la Argentina para dar conferencias y que operara allá. Venían a aprender aquí.

¿Qué pasa? Yo después tengo un capítulo que es Jean Mathey, donde digo que a principios de 1965, una mañana en el Saint Bois, Armand-Ugón me dice: "Si podés, esta noche te das una vuelta por casa". Don Víctor te decía las cosas directamente. Me dice: "Has visto bastante, no estás formado, pero es el momento de salir. Tenés que salir". Y yo lo oía. "¿Y a dónde?". "A Francia, con Mathey". "Pero no lo conozco". "No te preocupes". Él le escribió a Mathey y me arregló todo. Ese era Armand-Ugón. Hubo un llamado de la embajada francesa, me presenté, entré y me fui para allá. Y llegué allá y Mathey, me acuerdo de que estaba operando, terminó y me recibió, y les dice a los otros: "*Cette homme est l'élève de Armand-Ugón, le maître du kyste hydatique du poumon*". Me entendí bárbaro con Mathey. Hablo de él y explico quién es. Entre otras cosas, era el discípulo de Lenormand. Una mañana, le dice Lenormand: "Se tiene que presentar a tal cosa". "No, no…". "O se presenta, o…". Ahí se fue con More, y ahí arrancó. Hablo de Mathey y, sobre todo, de la cirugía que se hacía en el Hospital Laennec. Entonces explico todo el tema de la cirugía torácica desde sus orígenes hasta ese momento.

Después me dedico a la "Actuación docente de don Víctor". Él venía de Horacio García Lagos. Y hablo de la creación de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina:

> El 18 de setiembre de 1952 fue aprobado por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, el texto del Reglamento de la Escuela de Graduados, presentado por el Decano Cassinoni. No era una idea original. Hacía años que varias Clínicas organizaban cursos para graduados, de perfeccionamiento y de actualización. En 1936, Víctor Armand-Ugón, entonces Consejero de la Facultad, presentó un proyecto de creación de la Escuela de Postgraduados, con intenciones y planes distintos.

Todo eso lo dice Cassinoni, no lo digo yo. Todo eso es la actuación docente.

Después, seguí con una Carta Abierta del último de sus becados, de Seineldin. Es magnífica la carta, porque habla de la organización y de cada uno de sus personajes.

Estudio las publicaciones de don Víctor, y analizo una por una, setenta y pico de publicaciones. Después viene el análisis de las publicaciones, que lo tengo casi pronto. Me faltan algunos detalles, y punto. Ahora, te quiero decir que hay un montón de cosas que te quiero mostrar, que creo como tú vas a hablar de la cirugía torácica, a mí hay cosas que me han ayudado mucho en la vida.

Ángel Bracco fue un cirujano torácico argentino excepcional. Te voy a decir lo siguiente: tuve tres maestros, que fueron Armand-Ugón, Victorica y Hamlet Suárez. Con características distintas, pero brillantes. Entonces, ¿qué pasa? Por distintos motivos, yo los perdí. En el año 1972 se mata Armand-Ugón. Después, Victorica no andaba bien, dejó de operar. Me acuerdo de que yo lo iba

a buscar a la calle Juan Carlos Gómez, enfrente de un café. Soltero, vivía con su hermana. Íbamos para el Saint Bois. Después Suárez hace un cáncer de pulmón y muere. Hamleto, tremendo cirujano.

Jorge Nin Vivó con Ángel Bracco.

Aquí viene un período muy complejo, que son cosas en las que no he querido entrar. Me quedé con Armand-Ugón. Viene el período de las riñas entre Ruiz Liard y Sanjinés, por la sucesión. Ese es un período oscuro.

Esto en sí es un libro, porque Armand-Ugón es un personaje, que hay que rescatarlo.

Ando atrás de unas cosas que no he podido conseguir, que son la actuación de don Víctor en los duelos. De Luis Batlle, pero de otros personajes, de Gaudín. Pero a su vez, ¿qué pasó? Hamlet Suárez, dentro de las cosas que me comentaba yendo para el Saint Bois, me dice que don Víctor, muy suave, todo eso. Cuando él hizo el concurso de agregación, se sintió desplazado. Concretamente centró su rivalidad en Clivio Nario.

Entonces me dice Hamleto: un día estaba don Víctor en la Confitería Americana y entra Nario con otra persona y don Víctor se le acercó y lo acostó de una piña. Todo eso me lo contó Hamleto. Entonces, son cosas que a mí me quedaron y después me puse a rebuscar a ver si encontraba algo. Y encontré.

Nario retó a duelo a Armand-Ugón y le mandó los padrinos. Se nombró un tribunal de honor, presidido por Juan José de Amézaga. Eso se acomodó y no hubo lugar a duelo. Pero ¿qué pasa?, ¿por qué te hago este comentario?: don Víctor se pega un tiro un domingo 8 de octubre. El viernes 6 dimos clase con don Víctor en la Facultad de Medicina. Yo tengo hasta los papeles esos. Nos despedimos con don Víctor y el domingo de noche regreso de afuera y me en-

cuentro con que don Víctor se había matado. Año 1972. Nunca se supo lo que había pasado, pero era un período muy duro y difícil.

Don Víctor tenía una amistad brutal con Luis Batlle Berres. Yo he charlado todo ese tema con Fernando [Mañé Garzón], porque el que ha largado esa versión creo que es Astiazarán.

Ángel Bracco, Jorge Nin Vivó y Mario Brandolino, con cirujanos argentinos, Punta del Este, 1991.

Yo la tenía por Joaquín Purcallas, que fue subsecretario de Estrella, que era cuñado de Luis Batlle.

Te voy a explicar: si algo tenía don Víctor era un concepto de la ética muy arraigado. Ahora, yo un día leí una carta que creo que era de un colega, que publicó en *Búsqueda*, diciendo que la mujer de Batlle le había dicho que Armand-Ugón en cuanto vio a Berreta llamó a Batlle y a raíz de eso… Yo le decía a Fernando que don Víctor era incapaz de pasar un chisme. Eso no quiere decir que no le haya comentado en determinado momento, a pedido de Batlle, una opinión sobre su opción.[238]

Cuando don Víctor tenía su hijo enfermo de leucemia, se hace el diagnóstico y… [Llega el doctor Gerardo Bruno] lo llaman por una retención de orina a Surraco. Lo ve en el Hospital Italiano y le encuentra una tumoración abdominal. Y Surraco lo llama a Armand-Ugón.

Se hace el diagnóstico de leucemia de su hijo, y al primero que va a ver es a Luis Batlle Berres. A llorar en el hombro de Luis Batlle. Es decir, yo me nie-

238 Se trata de la disyuntiva que se le presentó a Luis Batlle Berres entre optar por ser candidato a la Intendencia de Montevideo o a la Vicepresidencia de la República, acompañando a Tomás Berreta, quien, afectado por un cáncer, fallecería a menos de seis meses de asumir su mandato

go a esos comentarios donde dicen "Armand-Ugón lo llamó a Batlle para que aceptara la presidencia, que esto, que el otro".

La versión que yo tengo es que los hijos de José Batlle y Ordóñez (César, Lorenzo, Rafael) querían que Luis Batlle aceptara ser candidato a la Intendencia de Montevideo. Y el comentario con Armand-Ugón le inclinó a ser candidato a la vicepresidencia, que era un cargo generalmente anodino. Berreta murió a los seis meses y Batlle pasó a ser presidente de la República. No quiere decir que le haya revelado el secreto, sino que de alguna manera lo aconsejó sobre las opciones que se presentaban, en el momento de la duda, para dónde agarrar. Lo que no implica ninguna otra circunstancia.

Ángel Bracco (1910-2003), cirujano torácico argentino, de Buenos Aires, que yo adoraba, pobrecito, murió de una EPOC hace una punta de años, y había veces que yo me tomaba el vapor de la carrera, o el Buquebus, y me iba a Buenos Aires y pasaba el día con él. Y él me dio esto, a determinada altura, que yo creo que, ya que se va a hablar de la historia de la cirugía torácica, es importante tener como referencia lo que fue el desarrollo que hizo Bracco, en un artículo titulado "Breve historia de la cirugía torácica en la Argentina", en las Cuartas Jornadas de Historia de la Medicina y Primeras Jornadas Argentino-Chilenas, que fue publicado por el Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, Santiago de Chile, 1995. Me lo dedicó el 1.º de diciembre de 2000 "Para Jorge Nin Vivó, gracias por su visita". [Nos regala una fotocopia].

Allí presenta todos los personajes, fija las etapas, habla de la metodología.

Es muy importante ubicar el desarrollo mundial de la cirugía de tórax, cómo se despegó de la cirugía general, que tiene raíces muy profundas. Dando la vuelta al mundo, llegamos a Australia, lo descubrí buscando información sobre la cirugía de la hidatidosis, con el procedimiento que después integraron Lamas y Mondino. Lo había publicado en una revista de medicina de Londres, el *British Medical Journal*. Lo tengo citado.

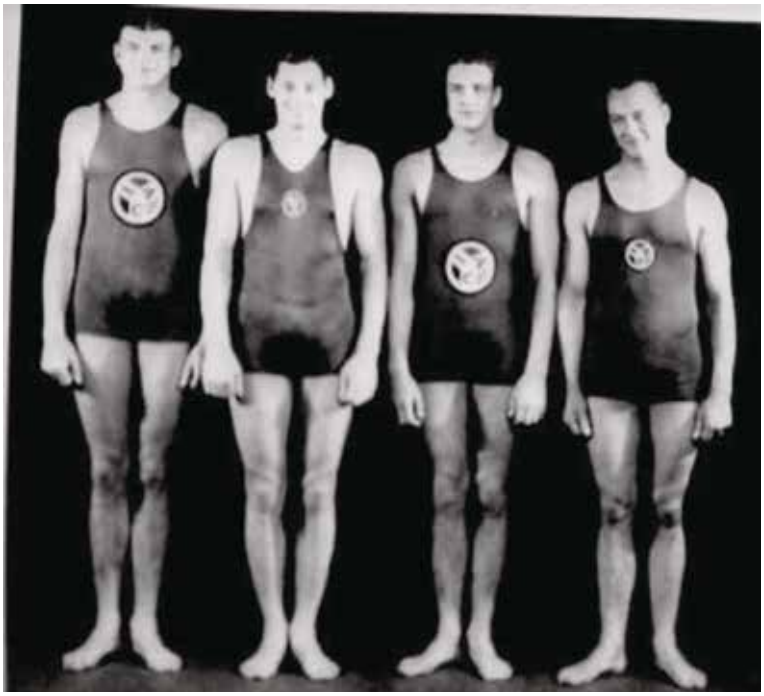
Esto puede ser un hilo conductor, porque él habla de dos períodos: el primero caracterizado por las operaciones parietales y el segundo por las operaciones endotorácicas. Y te habla de los precursores con lujo de detalles de todo esto.

Hay cosas que son graciosas… Este tipo (el más alto [señala la fotografía que figura en la página siguiente]) es Paul Samson. Fue un tipo fundamental, y el que tiene al lado es Jonnhy Weissmüller [Tarzán], que después de la Segunda Guerra Mundial, a nivel de la cirugía traumática de tórax, se formó en Ann Arbor, Michigan, y después se radicó en la costa oeste y fue uno de los primeros que se dedicó por completo a la cirugía torácica.

Con este otro primero tuve un conocimiento difícil. Lo conocí en San Francisco, en la reunión de la American Thoracic Surgery, y este estaba con el tema del láser en las tráqueas. Y ahí dijo una serie de cosas que yo entendí fuera de lugar, y le salí al cruce. Y felizmente estaban Pearson y Grillo, que salieron de acuerdo conmigo. Pero años después yo lo conocí, y este hombre escribió un

artículo, era entonces jefe de cirugía torácica en Birmingham, y hablaba de la concatenación, y decía, al principio de su conferencia:

> Describe una resección pulmonar por un cáncer, efectuada una mañana por un cirujano torácico; hechos como éste ocurren todos los días en el mundo entero. Posiblemente pocos piensen que los esfuerzos de muchas personas y las experiencias de muchas otras fueron los que permitieron culminar en una resección pulmonar con éxito [...].



De izquierda a derecha: Paul Samson y Jonnhy Weissmüller [Tarzán].

Y entonces te hablan de todo lo que fueron aportes anatómicos, de esto, de aquello y de más allá...

> Previo a los célebres trabajos de Mikulicz y Sauerbruch, ciertas patologías obligaron a cirujanos de esa época a abordar el tórax. Es lo que sucedió en Australia y en el Río de la Plata, a fines del siglo XIX con la hidatidosis pulmonar, cuyo tratamiento quirúrgico es previo al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar. John Davis Thomas, cirujano australiano, publica en 1885 una serie de 32 pacientes operados de hidatidosis pulmonar [...].

Y los trabajos de Sauerbruch son de 1905, o por ahí. Además, se demoraron un poco porque Sauerbruch, que era discípulo de Mikulicz, prepara las cosas, hace la operación y el perro muere. Y entonces Mikulicz se calienta y lo echa del servicio.

"[…] de los cuales 5 son experiencia personal; las operaciones fueron realizadas 25 en Australia, 3 en Inglaterra, 2 en Francia, 1 en Alemania y 1 en América", quiere decir que…

En Argentina, Posadas fue el que operó primero e hizo la primera película de una operación en el mundo, cuatro años después del descubrimiento de los hermanos Lumière.

Posadas muere a los 32 años y describe el procedimiento en 1896, su primera operación.

Aparecen en esta imagen Valentín Crosa Dorado y Hamlet Suárez, ambos de blanco, a la derecha.

Mañé Garzón me envió una carta donde proponía hacer la historia de la cirugía del tórax en el Uruguay, que yo no abordé, porque tenía mis discrepancias con él. Pero escribía:

> Querido amigo:
>
> Para ir haciendo boca, en la historia de la cirugía del tórax en el Uruguay, aquí va este algoritmo:
>
> - Antecedentes del siglo XIX, Soca, etc.
> - Manuel B. Nieto y el abordaje tóraco-condro-abdominal
> - Lamas y Mondino
> - Síndrome de vértebras dorsales y fractura del esternón
> - Américo Fossati
> - Américo Ricaldoni
> - Morelli, el neumotórax artificial
> - Lorenzo Mérola, la incisión tóraco-abdominal
> - Alberto Mañé: cirugía de la tuberculosis y la asistencia a la hija de José Batlle y Ordóñez

- Armando Sarno
- Anestesistas especializados
- Víctor Armand-Ugón
- Alejandro Victorica
- Pablo Purriel y la revista *El Tórax*
- Bonifacio Urioste, primer cirujano académico de tórax
- Velarde Pérez Fontana y la resección de la periquística
- Washington [Oscar] Bermúdez: El tórax traumático
- Enrique Lamas
- Valentín Crosa Dorado
- Jorge Nin Vivó (segundo cirujano académico de tórax)
- Cirugía de la tuberculosis pulmonar, del quiste hidático de tórax, cáncer de pulmón y de la atresia de esófago.

John Davies Thomas (1844-1893).

¿Y sobre el síndrome del vértice pulmonar…?

El Síndrome de Ricaldoni lo presenté yo en un póster en un congreso en La Serena, en Chile, donde sacamos el primer premio en póster. El trabajo de Ricaldoni fue primacial, porque tiene autopsia, tiene todo. Pancoast era el que no tenía autopsias. La publicación de Ricaldoni en *Anales de la Facultad de Medicina* fue en 1918 y el paciente era de varios años antes. Pancoast, dicho con respeto, que no tiene respaldo de autopsia, habla de posible tumor de células embrionarias. A raíz de eso, yo presenté después un Síndrome de Ricaldoni en Sevilla, en el 2009, donde analicé todos esos temas. Sin embargo, se lo conoce como síndrome de Pancoast, o de Tobías-Pancoast, cuando en realidad debemos reivindicar que es de Ricaldoni y que tanto Tobías como Pancoast hicie-ron sus descripciones con mucha posterioridad.

topic. I can, in extenuation, plead only my conviction: 1. That the belief in heredity is derived merely from popular tradition, and is wanting in any sound basis of scientific proof: 2. That extremely practical issues are involved, and that the views now prevalent lead to disastrous results.

Dr. DAVIES THOMAS (Adelaide) thought that the subject had been very clearly discussed by Dr. Snow, and added that it had been, for some years past, the custom of the leading Life Assurance Society in the southern hemisphere (the Australian Mutual Provident Life Assurance Society), not to demand any additional premium upon the lives of those individuals in whose families cancer was reported to exist. He also thought that Dr. Snow's warning against counting all forms of malignant disease in a single class, was worthy of attention, for statistics in which epitheliema, sarcoma, scirrhus, and encephaloid, were considered as one disease, must prove of very doubtful value.

THE TREATMENT OF PULMONARY CYSTS BY THE ESTABLISHMENT OF LARGE OPENINGS INTO THE SAC, AND SUBSEQUENT FREE DRAINAGE.

Read in the Section of Surgery at the Annual Meeting of the British Medical Association in Cardiff.

By JOHN DAVIES THOMAS, M.D., F.R.C.S., Adelaide, South Australia.

THE subject of hydatid disease in general and of hydatid of the lungs in particular, is of far less practical importance in Great Britain than in Australia, where for ten years past I have been engaged in practice. Still, even in this country, instances of hydatids of the lung do occasionally present themselves. For example, two cases have been met with recently in London; one at the Hospital for Consumption, Brompton, and a second at the Chest Hospital, Victoria Park.

According to an extensive series of statistics collected by myself, the lungs are the seat of echinococcus in about 11.5 per cent. of all cases of hydatid disease in man, and they occupy the second place in frequency of invasion; the liver being the chosen home of this parasite in 57 per cent.

Within the narrow limits of time at my disposal, it would be impossible to allude to the whole subject of pulmonary hydatids. The diagnosis, treatment, and prophylaxis of the disease offer numerous problems of the greatest interest and practical importance, but of far too great extent for the exigencies of the hour. I shall therefore confine myself to a brief consideration of the treatment of hydatid cysts of the lungs by the establishment of large openings into their sac.

When the hexacanth or boring embryo has found its way into the lungs, and has settled in the tissue of the organ, it drops its hooklets and creates in its vicinity a certain amount of irritation, in consequence of which a fibrous capsule is formed. This increases in capacity and thickness with the increase in size of the parasite. Ultimately an enormous magnitude may be reached. Sooner or later, however, unless art intervenes, the bladder-worm as a rule bursts, either into the pleural cavity, or far more commonly into the bronchial tract. When this takes place there is in most cases a free entry of atmospheric air into the cavity which now contains the collapsed remains of the parasite, and if the bladder-worm is a large one it cannot be removed by coughing. Decomposition of the fluid and solid contents of the cavity then takes place. A severe form of blood-poisoning results, with pyrexia of a hectic type, emaciation, cough, abundant expectoration of horribly fœtid sputa, and the patient shows the general appearance of an advanced case of phthisis.

In many cases, it is evident that, unless some surgical aid can be given, the patient is doomed to death at no distant date. In illustration of the hopelessness of "expectant treatment" in many cases of this kind, I may mention an instance in which the "mother-cyst" removed by me from a lung-hydatid had a superficies of 256 square inches; and, drained as completely as possible from fluid, it weighed over ten ounces. I think that, in such a case, all will agree that it would be impossible that the foreign body should be expelled by the air-passages; and I submit that, when a patient has a cavity in his lung containing a decomposing hydatid cyst which is obviously jeopardising his life, it is our imperative duty to consider whether it is practicable to remove the cause of the mischief.

From various sources, I have collected the histories of thirty-two cases in which large openings have been made into cavities in the lungs, in order to permit the escape of the mother-cyst and any daughter-cysts that might be present. Five of these have occurred in my own practice at the Adelaide Hospital. Of these operations, twenty-five were performed in Australia, three in England, two in France, one in Germany, and one in America. The general result was twenty-seven recoveries and five deaths. Of the patients, thirteen were males, and nineteen females.

The ages of the patients were: from 1 to 10 years, two cases; from 10 to 20 years, eight cases; from 20 to 30 years, eleven cases; from 30 to 40 years, seven cases; from 40 to 50 years, two cases; and the age is not stated in two.

The lung affected was the right lung in nineteen cases, and the left in five cases; the side is not mentioned in eight.

It should be mentioned that in four instances it is probable that the hydatids were pleural; in nineteen, apparently pulmonary. In the rest, it is doubtful whether the cyst was pleural or pulmonary.

Mode of Operation.—The first essential condition is, of course, that an accurate diagnosis of the cyst-containing cavity should be made. That part of the cavity should be chosen which is nearest the surface; but there are some parts of the thorax where the anatomical conditions forbid operation; for example, the supraclavicular regions and the first interspace in front, in consequence of the great vessels and nerves that occupy these localities. The portions of the back of the thorax covered by the scapulæ, too, are not accessible. The greater part of the interscapular region is not available for operation, for but little lung can be reached here. Practically, however, there is no part of the lung, front or back, where a hydatid cyst of moderate size may not be reached; for example, a cyst underneath the scapula can be opened from the axillary region, etc.

The most superficial point of the cavity having been ascertained, a free incision is made down to the intercostal muscles; these are more cautiously divided; and the scalpel then is pushed deeply into the cavity, of course after any bleeding from the superficial incisions has been arrested. Instead of the scalpel, a large trocar and cannula may be used to perforate the cavity; in this way, there is less risk of hæmorrhage from the wall of the sac. In any case, the main amount of dilatation should be obtained by expanding the original opening by means of forceps. When the cyst is a large one, it may be necessary to make an opening large enough to admit the index-finger, in order to permit expulsion of the contents. Usually, the mother-cyst presents at the opening, and it is often expelled forthwith by the coughing efforts of the patient, aided by the fingers of the operator. Care should be taken not to tear the membrane; and, if possible, the parasite should be removed entire.

I prefer, if possible, to refrain from using injections, antiseptic or other, because the fluid, by entering the bronchial tubes of the cavity, causes violent cough. When the fœtid pus and membranes have been expelled as completely as possible, a large drainage-tube of India-rubber is introduced, and effective drainage should be maintained until but little discharge is secreted by the walls of the cavity. Strict Listerism is hardly practicable in these cases; for not only is the discharge profuse at first, but also there is very free entry of air into the cavity through the bronchial tubes. The dressing I prefer is a thick and large pad of picked oakum, enclosed in antiseptic gauze. In the event of profuse hæmorrhage from the incision in the cavity-wall, a form of Barnes's bag, which Messrs. Mayer and Meltzer have made for me, would prove very useful. It seems to me, that the very successful results of this plan of treatment in cases of suppurating chest-hydatids should prove an encouragement to the performance of similar operations in cases of gangrene of the lung and in simple abscess; from the very nature of the disease, it is not of much value in the case of phthisical vomicæ.

SCARLATINA AND SIMULATING ERUPTIONS FOLLOWING SURGICAL OPERATIONS.

Read in the Section of Surgery at the Annual Meeting of the British Medical Association in Cardiff.

By J. WALTON BROWNE, B.A., M.D., M.R.C.S.Eng.,
Surgeon to the Belfast Royal Hospital, and Surgeon to the Belfast Ophthalmic Hospital.

DURING the past six or seven years, I have had under my care four or five undoubted cases of scarlatina following surgical operations; and, also, a number of operative cases in which an eruption simulating scarlatina, having subsequently developed, led to a difficulty in diagnosis. These cases presented many points of interest to me, and I thought a short account of them might prove instructive and interesting to the members of the Surgical Section.

Publicación en *The British Medical Journal* del 10 de octubre de 1885 en la que John Davies Thomas, de Australia, describe el tratamiento del quiste hidático pulmonar mediante grandes incisiones y subsecuente drenaje libre.

Con esto te quiero decir que tengo cosas interesantes. Una carta de Manuel Quintela dirigida a Armand-Ugón, que es vinculada al apoyo que dio don Víctor a la aprobación de la ley para el Hospital de Clínicas que impulsaba el decano.

¿Qué nos puedes contar sobre Alfredo Ruiz Liard?

Con Ruiz Liard tuve una magnífica relación toda la vida. Fui profesor agregado de él en Anatomía. Un día le llevé una carta, la lee y me dice: "¡Estás loco! Te la devuelvo". "No, no, no me la devuelvas, porque me voy". "¡Pero si sos amigo mío!". "Porque quiero seguir siendo amigo tuyo, tengo que irme".

Muerto Armand-Ugón, con Victorica con problemas médicos y Hamlet Suárez con el cáncer de pulmón, viene el período oscuro, de la puja entre Ruiz Liard y Sanjinés.

Alberto Mañé Algorta y su publicación en el 1.er Congreso Médico Nacional, realizado en Montevideo, en 1916: "Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar".

Lorenzo Mérola y Américo Ricaldoni.

Alfredo Ruiz Liard fue un gran anatomista que hizo aportes sobre la segmentación pulmonar y otros aspectos. Yo al Tito lo quería enormemente. Que lo quisiera no significa que lo pudiera aguantar.

¿Y sobre Alejandro Victorica?

Victorica falleció aquí en la esquina. Me llamaron, fui y ya estaba muerto.

En mis presentaciones iniciaba siempre con tres fotos, que eran mis maestros: Armand-Ugón, Victorica y Hamlet Suárez. Las tengo que buscar.

El origen de Victorica son los vascos franceses. Pero te doy datos de eso, porque por mi amistad con los Saint yo conseguí el libro de la Casa Victorica de los cien años. Y más allá de que no habla prácticamente nada de Alejandro Victorica Belgrano, el cirujano de tórax, saqué conclusiones. Primero, de dónde vienen. Si Armand-Ugón era de 1900, Victorica, los padres se casaron en 1899. Entonces, debe ser de 1900, porque él es el mayor de los hijos de ese matrimonio. Tengo la fecha de nacimiento del tercero, que es el rematador. Por ahí nos venimos arreglando.

José René Martirené (1868-1961) y Gustavo Saint-Bois (1847-1918).

¿Dónde se formó Victorica?

Venía del Fermín Ferreira, donde se hacía cirugía de la tuberculosis.

Gerardo Bruno señala que Victorica operaba mucho, porque él está analizando epidemiológica e históricamente los libros de operaciones del Saint Bois, y por esos años, 1940 y siguientes, aparece como uno de quienes más operaba junto a Armand-Ugón.

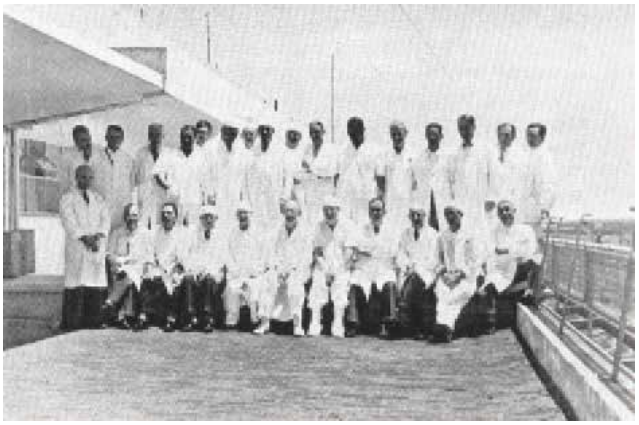
Operaba mucho tuberculosis. Llegaba a operar, se desnudaba y le faltaba ropa. Y luego salía en ese estado al corredor a gritar que le trajeran ropa. Él operaba y luego quedaba todo el día y dormía en el Saint Bois, porque vigilaba a sus enfermos.

Armand-Ugón venía de la clínica de García Lagos. Hamlet Suárez venía de la clínica de Alfonso Lamas, donde estuvo de practicante cuando Chifflet era jefe de Clínica. En 1933 Hamlet era practicante interno y tuvo un incidente con la esposa de Baltasar Brum, a la que se llevaron del Hospital Maciel y terminó

operándola Eduardo Blanco Acevedo en su servicio del Hospital Pereira Rossell, lo cual inició un trámite en el Consejo Arbitral del SMU. Después estuvo en el servicio de Carlos V. Stajano.

Yo estaba más cerca de Hamlet Suárez que de Armand-Ugón. Operábamos juntos. Un día vino Hamlet y me dijo: "Me pidió Armand-Ugón que lo ayudes tú". Le dije: "Cuando usted no me precise".

Nos queríamos muchísimo. Pero Armand-Ugón era explosivo. Me acuerdo de un día, en qué forma relajó a Sanjinés. Se notaba una cierta falta de equilibrio en eso, pero yo me acuerdo de que cuando regresé de Francia hubo un ateneo donde yo pedí para operar un enfermo y no me lo dieron. Y el que tiró para atrás para que no me lo dieran fue Sanjinés.



Izquierda: Clarence Crafoord (1899-1984). Derecha: Crafoord y un grupo de asistentes al curso en un paréntesis de la actividad, en una terraza del Pabellón Martirené del Hospital Gustavo Saint Bois.

Y me acuerdo de que, de regreso, Hamlet Suárez me retó. Me dice: "De ningún modo vos le podés hablar a Armand-Ugón como le hablaste hoy". Porque en determinada altura, discutiendo con él, dije: "Usted dice eso porque no conoce lo que han dicho fulano y sultano". Recuerdo que esa tarde a las dos y media fui a verlo a su casa con la documentación y le mostré todo.

Y volviendo a la relación con los colegas argentinos y con los brasileños…

Después de eso, me acuerdo de que luego los argentinos trajeron a unos ingleses para que le enseñaran equis cosas de tráquea. Lo agarré a don Víctor y le dije: "Si le hubieran invitado a usted y a mí, íbamos allá a enseñarles".

Luego de eso, hubo una reunión del International College, y ahí me llamaron a mí. Entonces empecé a ir frecuentemente.

Como no pude conseguir el libro de las técnicas de Armand-Ugón, revisando mis cosas encontré una cirugía de tráquea que presenté al Congreso Argentino de Cirugía en el 90. Volví de Francia en 1967 y regresé en 1971 para

presentar la tesis. Y de regreso comencé a operar tráqueas en la Asociación Española.

Tan es así que Vicente Forte, un brasileño que es el que más operó en el mundo, más que Grillo, cuando yo presenté en San Paulo 15 casos, Forte presentó 11. Lo que sucede es que después en San Paulo operaron muchísimo.

Pearson me escribe en 1997, y me dice que en el Congreso Mundial de Atenas tenía dos días para cirugía traqueal y quería recomponer el grupo de Punta del Este. Y fui para allá, y tengo por ahí las fotos con todos los que estaban: Grillo, Pearson, Eschapasse, Monier, el de Lausana, en fin.

¿Qué vinculaciones tuvieron con España?

Fuimos a España y también vino París Romeu, de Valencia.

¿Qué influencia tuvo la anatomía de Uruguay en el desarrollo de la cirugía de tórax?

Las relaciones que estableció Ruiz Liard con Latarjet. Yo a Latarjet lo conocí acá antes de ir a Francia. Cuando fui a Francia, el programa que yo planteé a la embajada francesa fueron cuatro meses en París con Mathey y dos meses en Lyon con Michel Latarjet. Me acuerdo de que Latarjet y Mathey eran muy amigos. Un día me dice Mathey: "Si no tiene inconvenientes, yo voy a hablar con Michel. Dos meses en Lyon no precisa. Quédese un mes más conmigo". Y él me arregló allí. Un día me dice: "Le escribí a Armand-Ugón, para decirle que usted se queda aquí más tiempo". Fue una época en que a mí se me saltaron los pajaritos, porque estuve en oportunidad de quedarme en Francia.

O sea que llegaste a estar con Latarjet en Lyon.

Sí. Yo tenía muy buena relación con Latarjet desde acá, pero debo confesar que quedé atrapado con Mathey.

Tu formación quirúrgica, ¿cómo llegaste a la cirugía de tórax?

Yo estaba con Larghero, como practicante externo. Pero ¿qué pasa? Estando yo ahí, se produjo el desbande de la Clínica de Larghero, cuando él sacó a Rubio, sacó a Perdomo, a Eneas Terra; sacó a un montón. Entonces, ahí decidí no quedarme. A Larghero yo lo iba a ver al sanatorio de él, cuando estaba internado, porque lo quería enormemente. Pero yo no soy de aguantar cualquier tipo de cosas. Porque para mí le erró feo. Porque no puede ser que empiece a mirar como competidores a sus discípulos.

A Rubio lo echó porque después de que vino de Suecia hizo alguna vez un drenaje de tórax que no era el que hacía Larghero, o algo así…

Cuando Rubio arrancó con la cirugía cardíaca y él [Larghero] también quería hacer cirugía cardíaca, allí vino el conflicto. Fijate la relación que yo tenía

con Larghero: yo era interno, y tenía un problema y yo llamaba a Larghero, que era el cirujano de *bureau*. Le decía: "Don Pedro, estoy preocupado por este enfermo…". "Yo caigo…". Y caía. Era un tipo monumental, absolutamente querible.

Era una de esas personalidades caudillescas fuertes [dice Bruno].

Dentro del equipo de Larghero hubo un individuo al que yo respeté muchísimo, el doctor Ignacio "Tito" Carrera, ¡qué personalidad!

Vos fijate que ellos fueron sembrando la modernidad: Jorge, Mario, fueron sembrando la idea de generar un grupo, de complementarse, de trabajar en equipo… Pero esa idea la sembró don Víctor. Me acuerdo de que un día estaba yo operando con el practicante. Me llamó, me relajó y me dijo: "Tú sos un inconsciente…". "¡Pero, don Víctor!". "Si te pasa algo, ¿quién está del otro lado?". Entonces, él nos marcó a fuego, que era la cirugía cosa de equipo. Y tan a fuego nos marcó… Yo tenía una excelente relación con todos los Praderi, sobre todo con José Alberto Praderi, el padre, y con Luis Alberto, que fue mi disector.

Y con Luis, que había una relación impecable, un día me dice en el Maciel: "Te pido que me ayudes esta tarde con un enfermo, así, así y así…". Entonces yo le dije —y eso era la influencia de Armand-Ugón—: "Luis, perdóname, no te voy a ir a ayudar. Nosotros partimos que la cirugía de tórax es una cirugía de equipo. Si tú tenés problemas con el enfermo, con mucho gusto lo recibo. Pero no estoy para armar esto que es una comparsa, porque no sabemos". Entonces me dice él: "Bueno, te paso el enfermo". Y antes de que lo recibieran falleció el enfermo.

Pero tú, la formación quirúrgica la empezaste con Piquinela…

Me fui con Piquinela. Entonces yo hice el concurso de jefe de Clínica (grado 2). Me acuerdo de que entonces yo quedé de primer suplente, y Piquinela me dijo: "Acá vas a ser el jefe de Clínica, sin sueldo". Me quedé con Piquinela, y estaba haciendo la tarea, y un día hubo que coincidieron dos cosas. Me enteré de que algunos compañeros míos habían estado protestando por lo mucho que yo operaba no teniendo el cargo. Y en eso Piquinela comentó que Armand-Ugón estaba pidiendo un cirujano joven para el Saint Bois. Debe haber sido en el año 1962.

Entonces fui, con la idea de seguir haciendo cirugía. Pero el Saint Bois tenía una mística, el servicio tenía una mística. Vos tenías el orgullo de estar donde estabas. Y no me moví más.

¿Cuándo llegaste, quiénes estaban?

Cuando llegué estaban Armand-Ugón, Victorica, Suárez, Julio Mezzera, Crosa Dorado, José A. Fossemale, el médico internista, Eduardo Casamayou en

endoscopía, Juan Carlos Pommerenck haciendo funcionales respiratorios. Después yo me llevaba bien con todos. Con Armand-Ugón, Suárez y Victorica, fenomenal. Mezzera era un tipo de buen trato, etcétera. Y con Crosa nos entendimos de entrada, que Crosa era más difícil. Yo no me olvido de sus choques con Brandolino. Me acuerdo del día que lo agarró a Brandolino.

Brandolino para mí era un hermano. Pero un día lo agarro y le digo: "¿Qué más querés hacer? ¿Querés pelearte con Crosa?". "¡Me quiero pelear!". "Lo que pasa que los dos son compadres, los matan las compadradas". Pero esas cosas ocurren.

Así que yo, por otro lado, hice el concurso para entrar en cirugía y ahí entré en el servicio de Juan E. Cendán, en el Hospital Maciel, por el MSP. La especialidad estaba reconocida en Salud Pública, en la facultad no había.

Muchas gracias por el tiempo que nos has regalado.

Jorge Pomi[239]

¿Cómo fue su formación en cirugía torácica y qué recuerdo guarda de sus maestros, en nuestro país y en el exterior?

Empecé por cirugía general y llegué a profesor adjunto de Clínica Quirúrgica y profesor agregado en el Departamento Básico de Cirugía. Esa fue la carrera de cirugía general que tuve. En esa época no estaba la cirugía de tórax como especialidad formalmente reconocida. Recién lo fue en el año 2002, es muy reciente, y obtuve el título por competencia notoria. Estuve fundamentalmente en dos servicios: en el de Luis Praderi (Clínica Quirúrgica F), en el Hospital de Clínicas, primero como interno y después como jefe de clínica interino, como se llamaba en aquella época, no asistente, como se llamó después. Después concursé para jefe de clínica, que en aquella época era un cargo paralelo al de residente, pero no con el formato de ahora, sino con las mismas funciones y la misma jerarquía pero con más dedicación horaria, que impulsaba el MSP, en aquella época liderado por Pablo Purriel. Fui al servicio de Raúl C. Praderi, en el cual hice la jefatura o residencia y después terminé como profesor adjunto de Clínica Quirúrgica. En el Departamento Básico de Cirugía ingresé como grado 3 y terminé como grado 4. Ya se habían retirado Uruguay Larre Borges y Nisso Gateño, y después Julio Sanguinetti. Antes habían estado Alberto del Campo, Celso Silva, Carlos Gómez Fossati. Nisso Gateño después rotó a la Cátedra de Clínica Quirúrgica y quedó como grado 5 Julio Sanguinetti.

La cirugía de tórax la empecé siendo practicante titular de la Central de Servicios Médicos del BSE, concurso enorme en el sentido de las pruebas. La primera prueba era de anatomía con aplicación clínico-quirúrgica, entre cuyos temas estaban: "dedos de la mano", "pelvis ósea", que fue la prueba que tocó. Ahí entramos, eran seis cargos nada más que se llenaban, con un sueldo formidable para aquella época, que triplicaba el salario del practicante interno, que para entonces era mucho mayor que el de ahora. Estamos hablando del año 1970. En 1969 había entrado como practicante interno y al año siguiente di la prueba del BSE. Terminamos en el año 1976, porque se fueron prorrogando las fechas y llegamos como a los seis años. Ahí Hamlet Suárez nos preguntó a Hugo Bertullo y a mí "si queríamos hacer cirugía de tórax". Fuimos al Saint Bois, pero yo no seguí porque no tenía cargo allí. Después em-

239 Entrevista realizada el 27 de agosto de 2019.

pecé a ir en forma honoraria y lo hice durante años. En aquella época, el servicio era el resultado de la fusión, desde el punto funcional, de dos servicios, uno dependiente de la Facultad de Medicina y otro del MSP, lo que fue una lucha tenaz de quienes estaban de un lado y de otro.

Luis A. Praderi, Henry Cohen, Raúl C. Praderi, Gilberto Martínez Prado.

Jorge Pomi, Hugo Bertullo y Luis Carriquiry.

En ese momento Mario Brandolino estaba encargado del servicio del MSP. Como yo era muy amigo de él, iba todas las mañanas, y ahí aprendí cirugía de tórax —o me la quisieron enseñar— con mis tres grandes maestros: Mario Brandolino, Jorge Nin Vivó y Valentín Crosa Dorado, cada uno con sus características distintas, pero los tres enormemente generosos en el aprendizaje. Creo que si tuve alguna virtud fue tratar de aprender lo mejor de cada

uno. Nunca me ocultaron nada y me enseñaron los secretos de aquella época en la cirugía torácica, sin pedirme nada a cambio. Nunca me pidieron nada a cambio. Siempre digo que les debo la especialidad a ellos.

Ruiz Liard también estaba, pero en la cúspide del servicio; los que estaban en el trabajo diario, en la cirugía de coordinación y en la urgencia eran ellos, y yo les operaba todos los enfermos. Con Crosa, no; aunque después de mucho tiempo, en el que llegamos a hacer muy buenas migas, me permitió hacer algunas cosas. Tengo algo escrito de un homenaje que le hizo la Sociedad de Cirugía de Tórax, cuando ya había fallecido. Aquí Jorge Pomi da lectura al homenaje póstumo que se le tributó al doctor Valentín Crosa Dorado en la Sociedad de Cirugía de Tórax:

> Conocí al doctor Crosa al comienzo de la década de los setenta, algunos años después de la graduación de la generación de cirujanos torácicos que nos precedió. Ya en ese momento Crosa era un cirujano torácico de gran experiencia y con una sólida formación. Las características que más me llamaron la atención por aquel entonces fueron las exigencias que tenía para el estudio que hacía de sus pacientes y la estilizada técnica quirúrgica, que aunaba perfiles de perfección y meticulosidad. No menos exigente era en el seguimiento posoperatorio, el que nos estimulaba en forma permanente a realizar paralelamente al que él hacía. Hace pocos días el doctor Pérez Penco nos invitó a participar en esta jornada recordatoria. Esto nos llenó de responsabilidad, porque compartimos durante 25 años recuerdos que son difíciles de olvidar. Recordar a Crosa como docente en la clínica quirúrgica torácica no es otra cosa que pensar en uno de los maestros que tuvimos el privilegio de tener en la cirugía torácica. Fue para nosotros un maestro muy especial: parco, severo y generoso. Cómo se amalgaman estas características, muy simple: parco, porque era de pocas palabras en la enseñanza, enseñaba, sobre todo con lo que hacía; severo, porque lo era en primer lugar consigo mismo, no solo con los demás, y lo era más con los que recién llegábamos; y generoso, porque después de que pasamos el cernidor del interés y lealtad a la especialidad, fue generoso en extremo. No fue docente de la Facultad de Medicina. Queremos decir solamente que no fue formalmente docente, aunque lo fue de hecho. Simplemente porque todos los que trabajamos con él tuvimos la oportunidad de aprender todos los días. Y esto tiene importancia para comprender su vida quirúrgica. Para progresar y afianzarse necesitó solo de su trabajo, de sus ideas y convicciones y de algunas publicaciones en el ámbito nacional e internacional, junto a su participación en congresos nacionales e internacionales. Pero no rehusó lo académico; participó y colaboró como docente especializado con carácter honorario durante algunos años en la clínica quirúrgica de Jorge Pradines. Sus publicaciones pueden parecer escasas cuando se las compara con su talla de cirujano talentoso. Pero esto se explica por su exigencia en comunicar y escribir solo aquello que consideraba de valor. Y, además, como no fue un docente de carrera, no necesitó literatura médica para progresar. Tal vez me tocó a mí ser uno de los colaboradores que durante más tiempo lo acompañó en la cirugía torácica, lo que me permitió conocer y compartir todo o buena parte de lo que pensó

> e hizo. Sobre todo en el período más fructífero de su vida. No quiere decir esto que haya realmente aprendido, pero así fue. Con Crosa se aprendía antes, durante y después de la cirugía. Tanto como parco era para enseñar, era también conversador ameno antes y después de la cirugía. Así fue que tuvimos oportunidad de aprender la cirugía bien hecha y conocer de sus ideas y sus convicciones en el antes y en el después de esa cirugía. Fue un apasionado de la técnica quirúrgica limpia, simple y bien indicada, así como también del instrumental quirúrgico de calidad y adecuado a cada maniobra. El mejor modelo de cirugía limpia y simple que bien indicada da excelentes resultados es su técnica de remodelado pulmonar. La limpieza y la simplicidad de esta técnica esconden el ingenio y el genio de convertir un tejido de pésima calidad para la sutura en otro de gran calidad para igual fin y a un mínimo costo.

Luego de este resumen, para todo lo que representó, ya dijimos que a Crosa lo conocimos como cirujano formado y prestigioso. Pero luego de los 25 años que trabajamos con él, cuando llegó el momento de despedirlo y recordarlo no solo despedimos y recordamos al cirujano talentoso que era, sino también al maestro y al amigo inolvidable que seguirá siendo. Era un artesano, pero además decía que "para solucionar un problema lo único que tenés que hacer es presentarlo bien. Si lo presentás mal no vas a llegar a la solución".

Creó la pinza para electrocoagulación, en el año 1955, publicada en la revista de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Cuando la pinza estaba cerrada, con una americana larga de punta fina electrocoagulaba todos los vasitos. Era casi un sacrilegio en aquella época "quemar" los tejidos cuando se operaba. Bosch del Marco y Larghero no usaban jamás el bisturí eléctrico. Héctor Ardao, de quien con Oscar Balboa fuimos sus últimos ayudantes en el CASMU, ponía cuarenta o cincuenta pinzas mosquito, porque no usaba nada. Luego les hacía un giro y quedaba todo el campo limpito. Operaba sin guantes y disecaba toda la vena subclavia en las mamas a puro bisturí, una belleza.

Crosa era médico tisiólogo. Entró como practicante en el Saint Bois para la Central de Oxígeno. Ahí empezó, y terminó siendo el cirujano con más experiencia en la cirugía de la tuberculosis, que había que tenerla en aquella época. En aquel tiempo, la cirugía de tórax no tenía hora en la mutualista, ni en la mañana ni en la tarde. Había que operar de noche o de madrugada. Empezábamos a operar a las siete o nueve de la noche. En el CASMU 1, una vez, empezamos a operar con Hamlet Suárez a la una y media de la mañana, cirugía de coordinación. La cirugía de tórax no estaba considerada "cirugía en serio". Eran unos "locos sueltos" los que querían hacer cirugía de tórax. Entonces, no teníamos hora. Después de que operaba la cirugía de tuberculosis yo venía a mi casa y hacía los apuntes de lo que había visto. Y la pinza y el escoplo de la primera costilla, el costótomo de la segunda… Era una cirugía muy reglada, pero no estaba escrita. Entonces venía a mi casa y lo escribía.

Después, Crosa hizo esta técnica, del tratamiento del enfisema, que se publicó en el exterior en 1992.[240] En la técnica se empleaban "los palitos de Crosa", que, como los bautizó Francisco París Romeu,[241] de Valencia, eran "los pinchitos morunos", como las *brochettes*. Esta técnica está en internet y este año está citada en un libro italiano sobre cirugía del enfisema. Y lo que se hizo después de esto… Shomacker, en Estados Unidos, creó el instrumento para hacerla por vía toracoscópica, sin hacer la toracotomía.

Francisco París Romeu.

¿Dónde se hacía la cirugía de tórax cuando usted inició su trayectoria en la especialidad?

Estuve en Burdeos, Francia, con Louis Couraud, cuando habíamos ganado el Premio Claude Bernard, que adjudicaba la Embajada de Francia. Lo ganamos haciendo en el Departamento de Cirugía el trabajo de trasplante pulmonar en perros y en ratas. Allí, en el único servicio, junto con el de Alain Carpentier que estaba en París, que hacía trasplante pulmonar, estuvimos seis meses. Estamos hablando del año 1993. Los canadienses ya habían empezado el trasplante bipulmonar en 1983. Ellos hacían algunos, pero también hacían el cardio-pulmonar. En España no habían empezado todavía con el trasplante y los enfermos iban a tratarse a Burdeos en el servicio de Couraud. También encontramos en Couraud un maestro excelente, muy generoso. Después hicimos, al retorno, dos trasplantes cardio-pulmonares en Montevideo, con un individuo que era un cirujano de excepción, José Víctor Nozar Domínguez,[242] que falleció joven. Eran dos chicas jóvenes. La primera fue en 1997, una joven de 17 años, que era una "niña azul", tenía una coartación aórtica y una comunicación interventricular simultánea que nunca había sido tratada. Nunca había sabido lo que era dormir una noche, por la disnea. Son los "niños azules", con cianosis permanente. Había sido estudiada varias veces, fue rechazada por algunos cirujanos de tórax y cuando volvimos nos convocaron. Como siempre sucede con los trasplantes pulmonares, se operó de noche. La donante fue una mujer chiquita; nosotros hacíamos la procuración con Dante Picarelli García, el cirujano cardíaco. La operación se hacía en el Hospital

240 Crosa Dorado, V. L.; Pomi, J.; Pérez Penco, E. J. y Carriquiry, G. Treatment of Dyspnea in Emphysema: Pulmonary Remodeling. Hemo and Pneumostatic Suturing of the Emphysematous Lug. Department of Surgery, Hospital Saint Bois, Montevideo, Uruguay. *Research in Surgery*, 1992, V(3): 152-155.

241 Francisco París Romeu, también historiador de la medicina, a quien Jorge Pomi le obsequió un ejemplar de *El tórax quirúrgico*, de Víctor Armand-Ugón.

242 José Víctor Nozar Domínguez era hijo del cirujano y anatomista José Nozar Núñez.

Italiano. Después él volvía, ayudaba a Nozar y yo hacía el tiempo traqueal y pulmonar con José Maggiolo, y después seguían ellos y hacían las suturas vasculares. Terminamos a eso de las cinco de la mañana. A las seis y media volví a hacerle la contravisita; no podía dormir más. Fui al Hospital Maciel, donde trabajaba entonces, y a las 12.30 pasé a verla nuevamente, y estaba la doctora María Beatriz Ceruti Pezzolano, que era la que hacía los posoperatorios de estos pacientes, y me dijo: "Jorge, se quiere extubar la chiquilina". Estaba en una piecita aislada y teníamos miedo de acercanos para no infectarla. "¿Y cómo está la placa?", pregunté. La placa era como si no se hubiese operado. Se extubó. A los siete u ocho días se hicieron las biopsias pulmonares y miocárdica; no mostró rechazo. Seguíamos viéndola. Y cuando llevaba 21 días —cuando volvía al hospital yo iba siempre a verla—, ya estaba en piso, en una habitación sola, al lado del CTI pediátrico, le pregunté: "Elizabeth, ¿cómo andás?". "Bárbaro, doctor. ¡Ayer dormí toda la noche! Y ayer empecé a hacer ejercicio". Le habían puesto una bicicleta fija en la habitación para que hiciera rehabilitación. Fui a mi casa, después iba a las dos de la tarde al Departamento de Cirugía, cuando empezaban las clases con los residentes, y me llamó la doctora Ceruti, llorando: "Se está muriendo". "¿Y qué pasó?". "Hizo una hemoptisis y no la pudimos parar".

¿Qué sucedió? Nosotros en aquella época creíamos haber estudiado todas las posibilidades: los rechazos, las infecciones por clamidias, etcétera, pero esa no la teníamos. Falleció por una hemoptisis, a pesar de que habíamos separado la sutura traqueal de la sutura aórtica, rodeamos la sutura con un colgajo pediculizado de intercostal y grasa pericárdica interpuesta ahí, porque si se juntan las dos suturas la biología sola une las suturas y se establece la fístula. Empecé a buscar literatura y encontré un par de trabajos al respecto. Pero, además, no se había fistulizado. Después se hizo la necropsia y había un absceso micótico en la sutura que unió los cabos aórticos. En la literatura encontré dos casos en personas jóvenes: uno de lipotimia y cuasi paro. En aquella época los trasplantes cardíacos se dejaban un mes al lado del hospital, por cualquier cosa. Uno de los casos era el de una paciente trasplantada cardíaca que se alojó en un hotel junto al hospital, hizo una lipotimia, la ingresaron, no le vieron nada, la dejaron ahí, le abrieron la esternotomía, no le vieron nada, la dejaron en CTI e hizo otro paro. La abrieron, le encontraron el absceso micótico y le pusieron un tubo y vivió perfecto. Claro, no tenía la sutura traqueal al lado.

El segundo trasplante fue cuando vino el francés Alain Pavie, de París, que tenía mucha experiencia en trasplantes pulmonares y cardio-pulmonares y era muy amigo de Nozar. Había venido a unas jornadas de cirugía y como en el Hospital de Clínicas había un caso de una enferma que, por la aortitis —estaba en una etapa que no sé si la elegimos bien—, vivía con morfina por el dolor. Era joven también, tenía cinco años más que la anterior paciente, era de 22 o 23 años. Entonces me llamó Nozar a ver qué me parecía y le dije: "Si Pavie

es amigo tuyo, operó 150 trasplantes, ¿cómo no lo vas a invitar? ¡Invitalo!". También la paciente presentaba la misma enfermedad que la anterior, coartación de aorta y comunicación interventricular, que son cardioneumopatías terminales. Y en la coartación aórtica Nozar hacía el cierre del conducto aorto-pulmonar cerca de la arteria pulmonar. Decía Pavie: "Yo lo hago en la aorta". Nosotros hicimos la extracción y cuando avisamos "el pulmón está bien", ellos empezaron a operar. Esa paciente también se operó en el Hospital Italiano. Cuando salía de la bomba de circulación extracorpórea dio muchos problemas, pero al final salió. No anduvo bien. Le hicieron una ecografía para ver qué pasaba, porque algo andaba mal, y encontraron la aorta con un pico de flauta. Me acuerdo que fue a Hemodinamia y Fernando Sciuto le pasó un balón para dilatarla. Todos estábamos temblando, pero no le pasó nada. Murió de insuficiencia renal, pocos días después de la operación. La otra chica, de 17 años, era hija de un suboficial de tropa del Ejército, que vivía en Castillos (Rocha). La perfusión la hacía José Luis Surraco Caviglia (el hijo de Germán Surraco Sóñora).

¿Qué destacaría de lo que se podía hacer en aquella época, cuando comenzaron con la cirugía de tórax, antes de ir a Burdeos?

Yo diría que toda la cirugía que se podía hacer en el mundo se podía hacer acá. Con algunas limitaciones técnicas que eran difíciles de vencer. Y lo digo con el mayor respeto, porque había una limitación importante en la no aceptación de la ventilación unipulmonar, con el catéter electivo que en aquella época era la sonda de Cardel, para el pulmón que no se operaba. Y María Julia Salsamendi no la aceptaba bajo ningún concepto. Recordemos que en aquella época la anestesia en cirugía de tórax la hacía María Julia Salsamendi. Accesoriamente, o paralelamente, en el Saint Bois y en algunos lugares la hacían Nylda Cassinelli y Juan Darío Quiróz Centurión. María Julia era obstinada; perdimos muchísimo con su partida, porque era una vasca muy difícil de sacar en lo que debía exigirse en un enfermo para cirugía de tórax de aquella época, para que marchara bien. Lo veía toser y con un cuarto de esputo suspendía la operación.

¿Qué desarrollo adquirió la cirugía de tórax en su tiempo de práctica, en el ámbito público y en el privado?

Había una diferencia notable entre el servicio de cirugía público y los ámbitos privados en los cuales se hacía cirugía de tórax. El CASMU inauguró el servicio de cirugía de tórax en el año 1976, con Hamlet Suárez y Alfredo Ruiz Liard a la cabeza. Después lo siguió la Asociación Española. Y luego aparecimos los cirujanos generales que hacíamos cirugía de tórax, con distintas especialidades. La diferencia notable era que en el Saint Bois nunca había urgencias, excepto las urgencias de los enfermos que se operaban de coordinación. La urgencia

en los traumatismos de tórax no existía en el Saint Bois, iban excepcionalmente. Eso era territorio del cirujano general Oscar Bermúdez, que escribió *Cuadros agudos de tórax*; los cirujanos de urgencia procedían ellos mismos, no tenían a quien llamar. Fueron tal vez los administradores de salud los que se dieron cuenta de la diferencia que había en los frascos de los drenajes de tórax en las estadías, cuando el paciente era intervenido por un cirujano general o uno de tóraxles; les convenía que los operase alguien que estaba entrenado en cirugía de tórax.

¿Cómo estaba Uruguay en relación con el mundo en cirugía de tórax? ¿Había cosas que se hacían solo acá?

Acá había una cirugía del quiste hidático, que era muy de la región del Río de la Plata. No hay que olvidarse de que dos de las técnicas originales que aún andan por el mundo para el tratamiento de la hidatidosis pulmonar son uruguayas: el mal llamado "parto de la hidátide", de Víctor Armand-Ugón, y la quistectomía total, que incluía la adventicectomía, de Velarde Pérez Fontana. El "parto" es pasar algo de mayor diámetro por una abertura de menor diámetro abierto en la adventicia, y eso podía romper el quiste; pero se reconoce todavía como "parto de la hidátide", que conservaba la adventicia, que se recortaba. En cambio, Velarde Pérez eliminaba el quiste con toda la adventicia, hacía la quistectomía, incluyendo la reacción del huésped y el parásito. En el "parto de la hidátide" se sacaba la hidátide y quedaba el cascarón de la adventicia. Llegamos a ver la cirugía de la tuberculosis y las complicaciones alejadas de esa cirugía, las hemoptisis por lobitis retráctiles tuberculosas. Tengo unas cuantas hechas. Ahora no se ve más eso. Hoy no se ven lesiones excavadas. La tuberculosis hoy es una enfermedad de una población especial, no de la población en general: es de los inmunodeprimidos, de la población carcelaria. Y seguramente ahora va a renacer en los ambientes marginales; ya renació en Montevideo, en algunas zonas. En Rusia, por ejemplo, la gran población tuberculosa es hoy la población carcelaria.

Yo conocí a un cirujano ruso, Mikhail Perelman, cuando fuimos al congreso en Bolonia con Jorge Nin Vivó. Dio una conferencia magistral que fue una inauguración, pero que estaba abierta a todo público y se hizo en el edificio de la Alcaldía de Bolonia, que era de libre acceso. Hizo el comparativo de la historia de la cirugía de tórax donde él la hizo, detrás de la Cortina de Hierro. En el mundo occidental comenzó por la cirugía del empiema; después pasó a la cirugía de la tuberculosis y ahora estábamos en la cirugía del cáncer pul-

Mikhail Perelman (1924-2013).

monar. Los rusos también empezaron con la cirugía del empiema, siguieron la cirugía de la tuberculosis y el cáncer, y sigue siendo la cirugía de la tuberculosis la principal causa de cirugía en la población carcelaria.

¿Y cómo estábamos acá en relación con el resto de los países? Menos trasplantes, ¿se hacía de todo?

Había mucha experiencia en quiste hidático, cosa reconocida después en el mundo, porque en esto que era como la "biblia", el *International Trends in General Thoracic Surgery*, editado por Saunders, en 1990, en el tomo 6 hay un capítulo de hidatidosis pulmonar, en el tomo 2 hay un capítulo de hidatidosis mediastinal, ambos hechos por Jorge Nin Vivó, Mario Brandolino… Dejó de tener utilidad esta publicación cuando vino la *Encyclopédie médico-chirurgicale*, con los capítulos intercambiables. Pero sirve para ver que en el mundo éramos considerados. Hay otro libro fundamental, que es de Raúl Di Bello, el cardiólogo uruguayo, que describió la hidatidosis cardio-pericárdica, que también es de gran trascendencia.[243] Cuando se habla en todos los libros de la cirugía del tórax, siempre se recuerda a Di Bello.

¿Qué destacaría de los avances que hubo en este ciclo de su actuación?

Ahora están la videocirugía y la cirugía mínimamente invasiva que se hace en Uruguay y en el CASMU, hay lobectomías hechas por abordaje monoportal. La cirugía del cáncer pulmonar tuvo un gran avance, pero en ese aspecto la cirugía ya dio todo lo que podía dar. ¿Cuáles fueron los hechos que incidieron en la cirugía que se puede hacer hoy del cáncer pulmonar? Fueron dos: la base de la oncología, que hoy permite operar enfermos que antes no llegaban a la cirugía, y los distintos abordajes (no cambia la técnica, cambian los abordajes). Los lóbulos se tienen que sacar igual ahora que antes, lo que pasa es que han mejorado las posibilidades técnicas y tecnológicas en cirugía. Brandolino fue un impulsor de reincorporar a la cirugía del cáncer pulmonar la mediastinoscopía de estadificación diagnóstica, por el año 1983. Todavía en esa época no se diferenciaba entre ganglio mediastinal derecho o izquierdo cuando los tumores eran derechos o izquierdos; era todo lo mismo. Esa es una historia reciente del cáncer pulmonar. Hoy vuelven todos. O sea que el gran aporte para el tratamiento del cáncer pulmonar en los últimos años no lo ha hecho la cirugía en el planteamiento quirúrgico, lo ha hecho en el abordaje para hacer lo mismo, pero no hay técnicas nuevas. La cirugía fue hasta donde tuvo que ir. Lo que ha cambiado es el abordaje. Y lo que ha cambiado mucho son los tratamientos oncológicos. Hoy los oncólogos son los socios del cirujano torácico para el tratamiento del cáncer de pulmón.

¿Qué espera para el futuro del desarrollo de la cirugía de tórax?

243 Di Bello R. y Menéndez, H. *Echinococosis of the Heart*. Montevideo: Pronto, 1983.

Creo que se está acompasando con los tiempos y con lo que acabamos de decir. La cirugía de tórax mínimamente invasiva poco a poco gana su espacio, tiene que ganarlo, como lo tiene que ganar en la cirugía abdominal. Hoy se hacen en otros lados las duodeno-pancreatectomías sin laparotomía. Eso conlleva un lento aprendizaje. Tiene sus grandes ventajas, pero también sus inconvenientes. Porque cuando surgen las complicaciones y se tienen que resolver a cielo abierto, el cirujano que no vio el tórax desde afuera, sin meter las manos, no sabe qué hacer. Y cuando las estructuras anatómicas las tiene que ver de tamaño natural y no en una pantalla de treinta por cuarenta, es otra historia. Eso está en todo el mundo. Pasa lo mismo con las lesiones del colédoco, cuando ocurren, y la persona nunca ha hecho cirugía a cielo abierto, hay dificultades para resolverlas.

La historia de la cirugía de tórax en el mundo tiene decenas de años, y hasta hoy se están escribiendo los últimos capítulos. Las dos primeras cirugías hechas con criterio de resección pulmonar las hicieron un francés y un polaco. El francés fue Théodore Tuffier, en 1891 (recordemos que Röntgen descubrió los rayos X en 1895). Las lesiones más importantes de la tuberculosis eran las de los vértices, y él hizo una resección de los vértices. Morton las había descrito como las lesiones más importantes, porque no había inmunodepresión y todo lo que hay ahora. Cómo hizo el diagnóstico, no lo sabemos. Disecó el vértice pulmonar por una vía extrapleural. Es una técnica fenomenal. Le hizo un abordaje por la segunda costilla, por el borde superior, se metió por fuera de la pleura, decoló todo el vértice y pinzó todo, la pleura visceral y la pleura parietal. Entonces no abrió la cavidad pleural, porque ya se sabía que abrir esa cavidad era la muerte.

Después, revisando en la biblioteca de la Facultad de Medicina y en la del SMU, encontré en un *Journal de Chirurgie*, la revista de cirugía francesa, una publicación del año 1936 sobre el enfermo ese que había operado Tuffier en el siglo pasado. Había sobrevivido el paciente con aquella operación. Después, está el trabajo del cirujano polaco H. M. Block, cuyo original está en alemán, nunca encontré una imagen o una referencia a él, ni siquiera el nombre. Supongo que era Ferdinand Block, que también por 1893 tenía una sobrina a la que le diagnosticaron una tuberculosis y la chiquilina insistió tanto en que la operara y la operó, le resecó los dos vértices y la chica falleció. Después él se suicidó.

Por otro lado, Hugh Morriston Davies (1879-1965) fue un cirujano torácico galés, el primero en realizar una lobectomía en el mundo, en 1912, con disección de los elementos del pedículo, cuando todavía se usaba el torniquete. Disecó la arteria, la vena y el bronquio en una lobectomía. El enfermo falleció, pero Davies describió la técnica magistralmente en cuatro líneas, porque no le dio importancia. Su trabajo original muestra la máquina de anestesia que usaba, incluyendo el plano del equipo. Este es un eslabón muy importante, porque todavía no se tenía en aquellos tiempos la noción de que, para que no

ocurriese la fístula brónquica —que era la complicación más temida—, había que hacer la disección por separado de los tres elementos.

Théodore Tuffier (1857-1929), Hugh Morriston Davies (1879-1965)
y Evarts Ambrose Graham (1883-1957).

El otro gran capítulo en la historia de la cirugía del cáncer de pulmón fue la primera neumonectomía, en Saint Louis, Estados Unidos, el 5 de abril de 1933, hecha por Evarts A. Graham, nacido en Chicago, Illinois. En las resecciones totales pulmonares, la cuestión era la calidad remanente, porque se infectaban todas, sin antibióticos. Y las empezaron a rellenar.

Pero antes no se hacían neumonectomías, se hacían lobectomías; aislaban la neumonectomía y hacía la pinza biológica. Sacaban el lóbulo para afuera y apretaban, cerraban bien la toracotomía y quedaba exangüe. Después, porque se apretaba, se necrosaba, se esfacelaba; estaba Samuel Robinson (1875-1947), era un americano que murió tuberculoso.

Samuel Robinson al graduarse del Colegio de Harvard (izquierda)
y 25 años después (derecha).

Graham se hizo famoso porque lo pusieron en una comisión por los empiemas en el Ejército de los Estados Unidos. En la Primera Guerra Mundial

murieron más conscriptos por el empiema o por el derrame pleural paraeumónico que por las heridas de guerra. ¿Por qué? Porque los drenaban inmediatamente y no había drenaje, los dejaban abiertos. Los drenajes de Breslau no se conocían. Hacían insuficiencia respiratoria de repente, a las seis horas o al otro día. Hasta que a Graham lo pusieron en esa comisión y se dio cuenta de que se morían por eso; entonces prohibió los drenajes inmediatos y los puncionaba y colgaba cada una de las jeringas al lado de la cama del enfermo. El líquido sin fibrina no se debía drenar; cuando tenía algo de fibrina, tampoco; cuando tenía francamente fibrina, entonces se drenaba, porque ya estaba adherida a la pared. Y ahí aparecen los frasquitos para ver cómo va progresando, porque ya vamos observando cómo el pulmón estaba pegado a la pared. Están las fotos de eso. Se ve cómo van progresando los frasquitos a medida que avanza el proceso, esperando que se hiciera el período subagudo, cuando ya se esperaba que se hiciera el drenaje.

En el Hospital Maciel están los libros de operaciones de la época de Armand-Ugón y hay Jacobeus en todos los primeros libros, y están los instrumentos, los que se empleaban para hacer los procedimientos.

Equipos empleados entre 1937 y 1955 para la operación de Jacobeus por Víctor Armand-Ugón y colaboradores en el Hospital Saint Bois, conservados en el Departamento de Cirugía Torácica del Hospital Maciel.

Juan Albérico Chifflet de Lodrón[244]

Juan Albérico Chifflet de Lodrón nació el 6 de agosto de 1940, se graduó de médico en 1970 y fue socio del SMU desde 1962. En 1975 obtuvo la especialidad de cirujano y en 2003, año en que la Facultad de Medicina comenzó a reconocer la especialidad, el título de cirujano de tórax. Ingresó como practicante de zona en 1966, practicante centralizado en 1969, médico de zona en 1970, ayudante de cirujano en 1971, cirujano general en 1979 y cirujano de tórax en 1981, hasta 2006. Ha actuado como integrante de numerosos tribunales de concursos en la Facultad de Medicina y en el CASMU. Realizó la carrera docente en el área de Anatomía hasta grado 3, en cirugía general hasta grado 4 y en el 2000 ganó por concurso la Dirección del Servicio de Cirugía Torácica de la Facultad de Medicina y del MSP, hasta 2005, en que cesó por edad reglamentaria. En 2007, el Consejo de la Facultad de Medicina le otorgó el título de profesor emérito. Concurrió, como becario de la Universidad de la República, a diferentes centros de referencia: Istituto dei Tumori, en Milán, Italia; National Cancer Center, en Tokio, Japón; y realizó cirugía de tórax en diferentes países. Asistió a numerosos cursos y congresos de su especialidad, como oyente y como expositor nacional e internacional. Publicó numerosos trabajos científicos en el país y en el exterior y ganó el premio otorgado por la Facultad de Medicina en conmemoración al primer centenario de su creación. Fue presidente de la Sociedad de Cirugía en 1996, presidente de la Sociedad de Cirujanos de Tórax entre 1997 y 1999 y presidente del Congreso Uruguayo de Cirugía en el 2000. Es miembro de diferentes sociedades científicas nacionales y extranjeras. Desde agosto de 2009 integra la Comisión Honoraria del MSP. Trabajó exclusivamente como cirujano de tórax entre 1990 y 2018. Por ello, el SMU le confirió la distinción sindical al mérito docente y en el ejercicio profesional en 2012.

¿Cómo fueron los inicios?

Hice la formación en cirugía general, primero, con Jorge Pradines, en el Hospital de Clínicas y en el Hospital Maciel. Después, trabajé mucho ayudando a mi padre en el Sanatorio Americano. Me empecé a entusiasmar con la cirugía torácica y entré por concurso en el Hospital Saint Bois. En aquella época, los cirujanos generales, como mi padre, hacían de todo; yo lo ayudaba como segundo ayudante. En el servicio de Armand-Ugón en el Saint Bois, en el que trabajé, él estaba acompañado al principio por Aníbal Sanjinés, Alfredo Ruiz

244 Entrevista realizada el 25 de septiembre de 2019.

Liard, Hamlet Suárez y Rodolfo Mezzera (aunque este se dedicó luego a la dirección del Sanatorio Americano). Al final quedaron Sanjinés, Nin Vivó y Brandolino. Yo ingresé como practicante, y luego, por concurso, entré como cirujano en un cargo del MSP. Con todos ellos me fui formando. Eran todos muy reconocidos y se manejaban muy bien con la cirugía de tórax. Era un servicio integrado por médicos de la Facultad de Medicina y del MSP, el Instituto del Tórax, donde Armand-Ugón era el director y Purriel el subdirector. Después la vida los fue llevando. Al final se cerró el hospital para la cirugía de tórax, cuando ocurrieron otras cosas, entre ellas, llegó la medicina comunitaria, por el año 2000 se armó un hospital penitenciario y más tarde vinieron los cubanos por la oftalmología. Entonces migramos al Hospital Maciel. Ahí fui jefe de servicio durante muchísimos años. Además, trabajaba mucho en mutualistas, tanto en Montevideo (en el CASMU, CUDAM en Colón, la Asociación Española, en GREMCA, en el Sanatorio Americano) como en el interior (en Pando, Canelones y Las Piedras) y en una cantidad de lugares. Cuando debí cesar por límite de edad en la Facultad de Medicina, continué trabajando en las mutualistas.

¿Cómo era la cirugía de tórax en aquellos tiempos, cuando comenzó en el Hospital Saint Bois?

La anestesista era María Julia Salsamendi, que ya era la segunda generación, porque antes estaba Walter Fernández Oria, a quien no conocí. Dejé la cirugía general por el comienzo de los ochenta y me dediqué solo a la cirugía torácica. Dejé lo demás para estudiar y trabajar. Estuve en el exterior, en varios lugares, para perfeccionarme y quedar vinculado. Primero estuve en Italia: en un centro de cirugía de tórax muy bueno, porque era un centro oncológico en Milán: el Istituto Nazionale dei Tumori. Ahí hice muchos amigos, ellos me invitaban después a mí, porque había argentinos, brasileños, de todos lados. Era un centro de formación. En Milán el principal era Ravazzi, el jefe del servicio de cirugía torácica, muy buena persona, muy efectivo. Lo pasé muy bien ahí, porque vivía en el instituto, donde convivía con los practicantes internos y los médicos más jóvenes. Los fines de semana salíamos a hacer caminatas por las montañas, a hacer esquí o a jugar al tenis, y eso afianzó la relación. Después estuve dos meses y medio en Tokio, en el Instituto de Tumores. Cuando volví al Uruguay, seguí ascendiendo y cuando quise acordar era jefe de servicio.

¿La cirugía de tórax se hacía solo en el ámbito público, en el Saint Bois, o también en otros hospitales?

Se hacía en los sanatorios particulares; los mismos cirujanos que estaban en el Saint Bois estaban en los sanatorios. Era un grupo muy reducido que se dedicaba exclusivamente a la cirugía de tórax. Serían ocho o diez. Cuando yo comencé se hacía de todo, pero no con las características que tuvo después

la cirugía torácica. Desde lo más simple, que a veces se hacía en la habitación, como los drenajes pleurales, hasta el *block* quirúrgico. La cirugía de tórax comenzó por la cirugía de la tuberculosis, de la hidatidosis, y luego fue abarcando otras cosas. Antes la hacían los cirujanos generales, en todos lados. Hacían lo que podían.

¿Qué destacaría de la cirugía de tórax en esa época?

La dedicación a la especialidad y el progreso en los abordajes y en las resecciones. Antes se hacían resecciones atípicas y, dependiendo de la patología, se hacían más grandes o más chicas. Se fue progresando a medida que se iba a los congresos y salíamos al exterior.

¿En el cáncer de pulmón cómo estaba Uruguay en cuanto a lo que se hacía?

Estaba dentro de lo que se hacía en el mundo, en cuanto a los niveles, no en cuanto a infraestructura. Porque en los centros del exterior donde estuve había infraestructura de todo tipo, desde el diagnóstico. Aquí se hacía fundamentalmente en el Saint Bois.

¿Qué desarrollo pudo notarse tanto en el ámbito público como en el privado? ¿Cómo fue ganando terreno la cirugía de tórax?

Fue ganando terreno con base en que había una especialización y, lógicamente, se manejaba mejor por las personas que estaban dedicadas a eso que por un cirujano general. Inclusive los cirujanos generales muchas veces nos llamaban para pasarnos el enfermo. Algunos se animaban a hacer algo, pero después teníamos que ir nosotros.

¿La cirugía mediastinal y la de esófago las abordaban los cirujanos de tórax?

La cirugía de esófago la abordaban los cirujanos generales, pero la fueron dejando a medida que vieron que había gente dedicada exclusivamente a esa cirugía. Había cirujanos, como Bolívar Delgado y Gonzalo Maquieira, que se ocupaban bastante de esos temas. Inclusive, yo alguna vez los ayudé. Luis y Raúl Praderi también lo hicieron muchas veces. Luis Praderi hizo muchísimo esófago, tanto en el hospital como en lo particular, aunque no lo sé con precisión porque no estaba en su equipo. Después de que pasamos al Hospital Maciel, se organizó un poco más, estaba yo como jefe de servicio y tratamos con el profesor doctor Luis Piñeyro de unirnos en el Departamento de Neumología. Luego la cirugía de tórax comenzó a difundirse con gente más joven: Hugo Bertullo, Jorge Pomi, Gustavo Bogliaccini, Ernesto Pérez Penco.

¿Cuándo empezaron con la videocirugía o la mínimamente invasiva?

Yo estuve haciendo cirugía videotoracoscópica en el exterior y me embalé. Cuando volví acá no había nada, nadie hacía videocirugía en tórax. Esto es anecdótico: estábamos trabajando en la Mutualista Israelita del Uruguay (MIDU). Un día cayó una señora con un derrame, que no sabían lo que tenía, le habían hecho una punción y estudiado el líquido, pero era dudoso, no se podía hacer diagnóstico y había que hacerle una toracotomía para ver qué era. Entonces me armé yo un equipo completo. Llegué a la MIDU, pasé por el cuarto de practicantes y pregunté si estaban usando el televisor y como no le daban uso me lo llevé y esa fue la pantalla para la videocirugía. Había comprado unas tubuladuras en las casas de accesorios para automóviles en la calle Galicia; conseguí un tubo con un lente que no sé para qué lo usaban y con Salisbury pudimos hacer la primera videotoracoscopía del Uruguay, como si estuviéramos en el medio de la campaña. Eso sucedió después de 1985, pero no recuerdo con precisión la fecha. Después se adquirió un aparato, junto con el del Hospital Italiano, que lo teníamos en el Sanatorio Larghero. Y ahí hacíamos videocirugía, pero cada vez íbamos aumentando las técnicas, hacíamos lobectomías y otras similares, a veces teniendo que ampliar la incisión para extraer el fragmento. Nadie sabía nada de eso, y entonces armé el aparato con los detalles que mencioné. Elegí tubos y caños y mezclé de todo un poco. La señora marchó bárbara. Todos me miraban sorprendidos, como diciendo "¿este qué está haciendo?". Después, en el Sanatorio Larghero, seguimos haciendo.

¿Cómo se fueron expandiendo las técnicas que se hacían por videotoracoscopía?

A medida que la cirugía general logró tener todo el equipamiento para hacer videocirugía abdominal, nosotros comenzamos a emplear el mismo equipo. Teníamos alguna variación en los trócares y nada más. Pero, en general, era todo lo mismo. Incluso formamos un grupo en el Larghero, éramos ocho o diez, que nos juntamos para hacer eso. Después se fue generalizando el uso de estos equipos; había en todos lados.

¿La cirugía de tórax se hacía fundamentalmente en Montevideo?

Sí, había un grupo que concentraba el trabajo. Venían muchos pacientes del interior. Los cirujanos generales algo hacían; a veces nos llamaban. Me acuerdo de que tuve que salir dos o tres veces de apuro para el interior, por algo que no marchaba adecuadamente y situaciones de esa naturaleza. Cuando Rompani se fue para Bella Unión, en Artigas, él hacía también, porque estuvo un tiempo con nosotros. Un día me llamó a ver si yo podía ir, porque tenía un enfermo con un "pesto" bárbaro. ¡No podía creer, yo tener que ir a Bella Unión! Al final fui y pasamos bárbaro; me quedé tres días allá para ver cómo evolucionaba. O sea que se fue difundiendo lenta y progresivamente, aunque muchos del interior envían los pacientes a Montevideo, todavía.

¿Cómo se generó la Cátedra de Cirugía de Tórax?

Eso fue después del año 2000, cuando la Escuela de Graduados comenzó a reconocer la especialidad.

¿Cómo estaba Uruguay en relación con la región?

José de Jesús Peixoto Camargo.

Estaba más o menos al mismo nivel. Yo viajé mucho a Brasil, a Porto Alegre, al servicio del doctor Camargo. Con Camargo estuvimos juntos como becarios en Italia y nos hicimos muy amigos. Entonces, él vino aquí alguna vez y operábamos juntos aquí; iba yo allá y operábamos juntos allá. Eso fue al principio de todo, después perdimos contacto. Y en cuanto a la cirugía de tórax, en Uruguay, Argentina y Brasil estaba pareja la cosa. Lo que ellos tenían era mucho volumen y otra capacidad económica también, y una cantidad de cosas más. Yo diría que el más importante era José de Jesús Peixoto Camargo, del Hospital Santa Casa, de Porto Alegre.
Con Argentina había relación en los congresos y jornadas, éramos todos amigos, pero no hubo el mismo grado de intercambio que con Brasil, porque se dio esa circunstancia de convivir durante tres meses en Milán.

El complejo sanitario Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre es un conjunto de hospitales de varias especialidades médicas localizado en el centro de la ciudad de Porto Alegre. Se trata de hospitales universitarios pertenecientes a la Fundación de la Facultad Federal de las Ciencias Médicas de Porto Alegre (UFCSPA).

¿Qué destacaría de otras cirugías, como la de la hidatidosis?

Cada vez se ve menos, seguramente debido al éxito de la prevención. Los muchachos jóvenes ven muy pocos pacientes de hidatidosis en cirugía torácica, lo mismo que en cirugía abdominal. Yo me acuerdo que el quiste hidático de hígado era una cosa impresionante. Le enviaban a mi padre muchísimos enfermos del interior, que yo le ayudaba con frecuencia a operar; también con

Gonzalo Maquieira y los hermanos Praderi. En el hospital también se veían con frecuencia.

¿Y con la cirugía de la disnea y la del enfisema qué fue lo que pasó?

Hubo muchas idas y vueltas, distintas teorías. Probamos todo, sobre todo con Crosa, que estaba muy entusiasmado en eso. Él hacía y yo le ayudaba en algunas. Después hice algunas. Pero en las resecciones con bullas y con alguna alteración unos pacientes marchaban bárbaro y otros más o menos. Era más aleatorio el resultado.

¿No se notó una mejoría en los resultados con el apoyo de los cuidados del posoperatorio y del tratamiento intensivo?

Por supuesto, fue mejorando en base a muchísimos factores. En el Saint Bois no había CTI, pero había internistas. La evolución llevó a todos los cambios. La llegada del CTI fue brutal para nosotros y para los enfermos, sobre todo muy importante para los pacientes complejos, muy delicados, que salen muy mal, descompensados, de la cirugía, y que no se sabe en qué van a terminar.

Cuando llegaron al Hospital Maciel, ¿notaron que había un cambio respecto a esos cuidados del posoperatorio?

Sí, claro. En el Maciel había CTI, y cuando había enfermos con estados muy severos, los pasábamos. Pero nosotros cuidábamos mucho al paciente en el posoperatorio, y cuanto menos pasaran al CTI, mejor. Fundamentalmente, las diferencias se daban por diferentes perspectivas. En realidad, siempre se prefería charlar y, a través del razonamiento, se iban ajustando las cosas. Al final llegábamos a un encuentro y superábamos la situación, las dificultades.

En el cáncer de pulmón, ¿qué evolución tuvo el tratamiento quirúrgico acá?, ¿cómo estamos hoy?

Estamos bastante bien, todo depende del estadio en que se encuentre. Hay algunos que ya de entrada no son quirúrgicos. Pero si tiene un nódulo único, es quirúrgico seguro, para una lobectomía o, si es más grande, una neumonectomía; y vaciamiento ganglionar hacíamos siempre nosotros, de todo el mediastino, los grupos ganglionares paratraqueales, del bronquio fuente, de la carina, de todo. La cirugía endoscópica no nos cambió en nada, solo el método de abordaje. Salvo en casos muy especiales, que era por toracotomía. Pero lo corriente es abordarlo por videcirugía.

¿Cómo participó la anestesiología, en esa evolución? Porque también hubo progresos a ese nivel.

Después que aparecieron los tubos de doble luz y todos esos implementos, se fue arreglando todo. Al principio era más difícil. Pero con el tubo de doble luz se ventilaba un solo lado y se operaba del contrario. La anestesia progresó brutalmente en el período en que yo estuve y dio mucha seguridad. Los anestesistas se fueron especializando en la cirugía de tórax; lo hacíamos siempre con el mismo, particularmente con Walter Ayala. Del Saint Bois al Maciel no vino ninguno, que yo recuerde. En el Saint Bois estaba Juan Darío Quiróz, ya fallecido.

¿Qué influencia pudo haber tenido Uruguay en la región y en América Latina con la cirugía de tórax?

Armand-Ugón fue el iniciador de todo con su libro *El tórax quirúrgico*. Pero, como decíamos al comienzo, antes los cirujanos generales hacían de todo, incluida la cirugía de tórax. Yo me acuerdo de que mi padre operaba tórax y yo lo llegué a ayudar muchas veces. No fue un cambio muy radical pasar de una situación a otra. Los cirujanos generales fueron dejando de hacer la cirugía de tórax y la pasaban al cirujano torácico, cuando apareció la especialidad. Se fue generando un espacio, en un trámite lento, que fue muy progresivo. La cirugía de tórax comenzó con la tuberculosis, siendo Armand-Ugón cirujano general, que fue jefe de cirugía del CASMU. Casi todos los que estaban en el Saint Bois estaban en Salud Pública y también en la facultad (Purriel, Sanjinés, y muchos de los demás). Los cirujanos generales se consideraba que no tenían restricción de territorio. La cirugía de la tuberculosis sí la hacían Armand-Ugón, Hamlet Suárez, Alejandro Victorica. Después vino Sanjinés, y luego el doctor José Luis Martínez Apezteguía. Martínez era un cirujano que se manejaba muy bien, con cargo de facultad. Operábamos juntos; un tipo muy bien, que se preocupaba mucho por los enfermos. Hoy día la cirugía de tórax ya tiene un territorio ganado, y hay un curso de cirugía torácica, que se hace en la Cátedra de Cirugía de Tórax. Además, en todas partes del mundo es así. Acá demoró más porque somos menos, más chicos. Pero cuando estuve en Tokio, el cirujano de tórax era el cirujano de tórax, y no lo tocaba nadie. En Canadá también eran de dedicación total a la cirugía torácica. En todos lados eran hospitales generales con sectores de especialización en cada cosa. Hay mucho más recursos en el exterior que acá, recursos prácticos, materiales, económicos, de socialización, de todo. En todos los lugares los médicos entraban a las ocho de la mañana y se iban a las seis de la tarde. Acá, ¿dónde se vio eso? Ese es el problema que tiene el Uruguay. Operaban a la mañana, hasta el mediodía; después de ahí iban a la consulta y más tarde a rever todos los operados. Los ateneos y la actividad científica la hacían por la tarde. En Tokio entraban a las ocho de la mañana y se iban a las ocho de la noche. Allí tenía cada uno una habitación para descansar y estar en privado; biblioteca, lugares para socializar, de todo. La consulta privada también la hacían allí. Es-

taba todo concentrado en un lugar. Aquí es la locura: hay que estar corriendo de un punto a otro de la ciudad, corriendo para todos lados. Los instrumentos son distintos, el personal es distinto, la enfermería es distinta. Allá ya se conocían todos. Eso es lo que condiciona los resultados, porque se está trabajando en un equipo seguro, donde todos trabajan a mejor nivel, con el mismo fin. Por eso son centros de referencia, con la ventaja que tiene concentrar el trabajo. En Canadá es igual; como en todas partes, salvo en el Río de la Plata, y más bien de este lado. Así tienen los mejores resultados y les pagan bien. En el mismo lugar ven la consulta privada y la de la seguridad social. Ese es el camino.

Roberto Delbene[245]

Roberto Delbene y José Luis Martínez Apezteguía.

¿Cómo te iniciaste en la cirugía torácica, en qué lugar, con qué personas, en qué ambiente?

Es un poco larga la historia. Era yo cirujano en la Clínica Quirúrgica B de Pradines. En aquel tiempo los profesores tenían un absoluto mandato de eso. Le pregunté al profesor Pradines si podía ser yo grado 3, y me dijo que no, que me apuntara para cirugía pediátrica, en un cargo de interinato por llamado a aspirantes. Me nombraron cirujano pediatra. Entonces iba a la guardia del Hospital Maciel, con el doctor Espasandín, y todas las noches íbamos a comer a El Palenque, que entonces era una parrillada común y corriente. En ese momento cayeron el doctor Bogliaccini y el doctor Bertullo, y me dijeron que fuera al día siguiente a anotarme en facultad para un cargo de cirugía de tórax, también interino, por llamado a aspirantes. Yo les dije que no, que ya me había inscripto en cirugía pediátrica. Me dijeron: "No, no, no. Borrate y anótate para cirugía de tórax".

Como a mí la pediatría no me gustaba mucho y tenía amigos en el Saint Bois —sabía que estaba el doctor Juan Chifflet, amigo mío de la infancia—, así se inició mi carrera como cirujano de tórax, por una total casualidad. Porque el cargo ese correspondía al doctor Bertullo, que había concursado con el doctor Chifflet, pero no pudo ocuparlo por cuestiones administrativas, hacía muchos años de recibido, etcétera. Entonces, por absoluta casualidad, ingresé como cirujano de tórax.

245 Nacido en 1944. Entrevista realizada el 4 de mayo de 2020 por videollamada.

En 1983 o 1984, cuando terminé la jefatura de clínica en Pradines, ingresé en el Saint Bois. Era un cargo interino de grado 2 de Facultad de Medicina. En ese momento estaba como profesor agregado el doctor José Luis Martínez Apezteguía, y como profesor adjunto el doctor Juan Chifflet. Yo al doctor Martínez lo conocía de antes, porque era un hombre muy conocido dentro del ambiente quirúrgico. Él fue grado 3 en la clínica de Alberto Aguiar y después se había dedicado al tórax exclusivamente. Recién había terminado como grado 4 el doctor Aníbal Sanjinés, y el cargo lo había ocupado el doctor Martínez.

Empezamos a trabajar. En ese tiempo había dos ramas que trabajaban en conjunto, pero eran de distinto origen. Por un lado, estaba la rama de Salud Pública, cuyo inicio fue don Víctor Armand-Ugón, el hombre que inició la cirugía torácica, y por esa rama estaban el doctor Crosa, el doctor Brandolino, el doctor Jorge Nin, todos ellos cirujanos de tórax formados.

Visita del doctor Pearson al Servicio de Cirugía de Tórax de Casa de Galicia. De pie: doctores Bertullo, Chifflet, Pomi, Pearson, Carriquiry, Delbene y Crosa. Sentados: doctores Brandolino y Nin Vivó. En el medio el anestesista del equipo, Carlos Rosasco.

Antes de que yo llegara estaban en pisos distintos. Cuando yo llegué ya estaban en uno solo. La rama esa, que había comenzado el que fue el verdadero iniciador de la cirugía torácica en este país, que fue don Víctor Armand-Ugón, por esa rama estaban los nombrados. Creo que ya Ruiz Liard había dejado de ir.

Por el lado de facultad estaba el interno que venía rotando cada seis meses, grado 2 interino estaba yo, el grado 3 era el doctor Chifflet y el grado 4, el doctor Martínez. Y el doctor Sanjinés ya se había retirado, aunque concurría de vez en cuando.

Se trabajaba en conjunto. Posteriormente, el servicio de Salud Pública estuvo a cargo como autoridad del doctor Brandolino. En realidad, tanto el doctor Crosa, como el doctor Brandolino, eran grandes cirujanos, y yo los ayudaba a todos, y aprendía con todos. El doctor Nin también, en la especialidad de tráquea, era el especialista. Era un club de amigos, digamos. El doctor Bertullo, que no tenía ningún cargo, también iba, y a veces iba el doctor Bogliaccini.

Poco a poco me fui haciendo ayudante del doctor Martínez. Es decir que formamos un equipo, el equipo de facultad, digamos, el doctor Martínez como el jefe, el doctor Chifflet como primer ayudante, y yo como segundo ayudante. Así trabajamos en mutualistas, en forma privada, y con el doctor Martínez, que iba mucho al interior de la República. El doctor Martínez operaba en varios departamentos de nuestro país, y yo iba con él y lo acompañaba. Estuve trece años en el Saint Bois, y después fui a una clínica del Pasteur, pero seguí vinculado al doctor Martínez, me hice muy amigo de él y lo consideré mi maestro, un verdadero maestro.

¿A qué departamentos iban?

Él tenía una relación por la clínica de Aguiar, con muchos cirujanos. Íbamos a Treinta y Tres, con José Soto Cordano (el Gordo Soto); íbamos a Flores con otro cirujano, que no recuerdo ahora el nombre; fuimos mucho a Rivera, ahí estaba un cirujano que se murió después, por el Centro Asistencial Médico de Rivera (CASMER) y por la Cooperativa Médica de Rivera (COMERI) trabajé mucho con el doctor Cartazzo, compañero de generación. En Tacuarembó con la Corporación Médica de Tacuarembó (COMTA), que tenía un amigo de generación que es el doctor De Mattos, actual diputado. A todos esos lados yo iba de ayudante del Canario Martínez. Cuando él se retiró, seguí yendo como cirujano con mi equipo a todos esos departamentos.

¿Qué patologías veían?

En el Saint Bois se operaba todo. El doctor Crosa era el hombre que más sabía de enfisema. El doctor Armand-Ugón le había pedido que se dedicara a profundizar en eso. Era el que más sabía. Después, por supuesto, en cáncer de pulmón había trabajos muy importantes. El principal tema era cáncer de pulmón, de lo cual no había buenos resultados; en realidad, estamos hablando de la época de la endoscopía rígida, que no había TAC. Estamos hablando de la época que el cirujano operaba y recién ahí iba a hacer el diagnóstico. Y hay un trabajo muy importante del doctor Sanjinés, en el cual decía que la selectividad de los enfermos que había que operar de cáncer de pulmón, porque el 50% de los pacientes que se operaban de cáncer de pulmón en ese momento no sobrevivían, se morían dentro de los tres meses, no de mortalidad operatoria. Es todo un tema que después, con la fibroscopía que cambió y la TAC,

cambió absolutamente todo. Había otras estadísticas. Yo presenté estadísticas internacionales en un congreso internacional, en el cual teníamos cerca del 5% de mortalidad operatoria; quizás fuera muy alta, pero era muy verdadera. El quiste hidático, otro tema que ahora ha desaparecido, pero en aquel tiempo era una realidad. Yo al tema de la tuberculosis no llegué a realizarlo, porque ya había pasado. Pero el doctor Crosa, por ejemplo, tenía una gran experiencia en la toracoplastia. Y nosotros después la utilizamos, a veces, para los empiemas crónicos. [...]

El Canario Martínez, ¿se formó en el exterior?

Estuvo haciendo una pasantía en Inglaterra, en Londres, durante unos cuantos meses. Después hizo viajes al exterior. Estuvo con Tsuguo Naruke (1934-2006),[246] en Japón, donde trajo los vaciamientos mediastinales que en aquel tiempo hacía Naruke, que era un cirujano japonés del National Cancer Center, de gran prestigio. En ese momento hacía grandes vaciamientos mediastinales, en el cáncer de pulmón y había una gran controversia con las clínicas americanas. El doctor Martínez también estuvo ahí en el Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, con el doctor Nael Martini (1931-2004).[247] En Londres es donde estuvo más tiempo, antes de mi llegada al Saint Bois. Él tenía un dominio del inglés bastante correcto y estuvo unos cuantos meses. También estuvo en la China, en congresos internacionales, y en otros lugares. Los mencionados fueron los principales. Y también envió a sus colaboradores. A Carlos Tarabochia Hernández, que hace cirugía de tórax en toda la región del este del país, lo envió a Israel, y estuvo un tiempo allí en una clínica de tórax, y a mí me envió a Alemania, a Hemmer, cerca de Dusseldorf, en la cuenca del Rhin.

José Luis Martínez Apezteguía, Tsuguo Naruke y Nael Martini.

246 Asamura, H. In Memoriam. *Journal of Thoracic Oncology*, 2007, 2(4): pp. 261-262. Disponible en https://www.jto.org/article/S1556-0864(15)30065-4/fulltext.

247 Rusch, V. W. Nael Martini: A leader in thoracic surgical oncology. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2010, 89(3): pp. 1006-1009. Disponible en https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(09)02395-9/fulltext.

Estuve varios meses también, en el año 1994, con el doctor R. Ayast, en un pueblo pequeño, una clínica que venía cantidad de pacientes de Alemania y de Italia. Ahí vi cirujanos notables. Él era un cardiocirujano que luego pasó a la cirugía de tórax. Allí, sobre todo, se veía cáncer de pulmón.

Ahí conocí muchas cosas, técnicas anestésicas, la autotransfusión, todo el tema de los *blocks* quirúrgicos, la compartimentación de los *blocks* quirúrgicos, el lavado de manos. En aquel tiempo no había cimetidina y se usaba un reloj, porque había que lavarse las manos durante diez minutos.

Primero, la organización: ese hospital tenía una organización fabulosa, donde estaba todo pautado. Cuando yo llegué tenía un cuarto con mi nombre, la túnica con mi nombre. La actividad fue absolutamente igual durante los tres o cuatro meses que estuve, con una corrección y un trato amable.

Todos los citadinos, como yo, le llamamos "canarios" a los que vienen del interior. En realidad el Canario Martínez era salteño, había nacido en Salto. Era un hombre atípico dentro de los cirujanos de tórax, porque los cirujanos de tórax tenían cierto nivel social y el Canario era un reo que se abrió paso con trabajo, con estudio, y llegó a ser uno de los mejores cirujanos. Fue profesor de Cirugía de Tórax en facultad durante doce años. Yo hice un video sobre él, pero me dijo mi señora que era muy subjetivo, y lo tengo que rehacer.

Una de las características de Martínez: era todo lo contrario de dar las clases magistrales; no daba clases magistrales. Nos enviaba a nosotros, a Chifflet y a mí, a dar las clases a los estudiantes que iban. La enseñanza de él era en el *block* quirúrgico. Tengo muchas filmaciones de sus cirugías, porque me permitía filmarlo. Era ahí donde enseñaba.

Otra característica: era muy trabajador. Un hombre, como pocos cirujanos de Uruguay, que tenía casuística; nunca presentaba un trabajo sin casuística. En Uruguay es excepcional. Conozco trabajos de Brandolino, de Nin, de Amorín de Florida, de Bolívar Delgado, presentaban casuística. Pero el Canario era uno de ellos. Tenía, por ejemplo, un trabajo con 102 operados de cáncer de pulmón con vaciamiento y los seguía de hasta cuatro o cinco años. Y no tenía computadora, lo hacía en unas sábanas de papel a mano.

Tarabochia, el otro día lo encontré y me contó que fue el primer hombre que manejó la sutura mecánica con una máquina rusa que habían traído al Larghero. Y fue Martínez de los primeros que hizo la sutura mecánica bronquial.

A mí me envió cinco veces a la Santa Casa de Porto Alegre, donde hay un gran cirujano que es el doctor Camargo, el primero que hizo trasplante de pulmón en Sudamérica. Camargo hacía cursos de posgrado, y entonces nos enviaba allá, íbamos en ómnibus, y los brasileños no entendían por qué viajábamos así. A algunos de esos cursos fui con Ernesto Pérez Penco.

En su formación, Martínez fue primero interno, después hizo la clínica quirúrgica en Alberto Aguiar.

Una anécdota que recuerdo de la primera vez que yo lo vi al Canario Martínez: estábamos en un congreso de cirugía en el Argentino Hotel de Piriápo-

lis, yo estaba con un cirujano boliviano, Carlos Aguirre, por 1980, al borde de la piscina. Había varios cirujanos que se jugaban, por una botella de *whisky*, quién sacaba una moneda que estaba en el fondo de la piscina, en la parte más honda. Estaban los cirujanos más pesados, el Gordo Soto, con 140 kilos, todos los gordos. Y de repente apareció un tipo bastante joven… ¿Y qué hacían? Todo el mundo hacía una inspiración profunda y se tiraban. Pero ninguno llegaba al fondo. Y vino ese tipo joven, y en lugar de inspirar, espiró, y se tiró y sacó la moneda. Entonces dijo: "Gané la botella de *whisky*". ¿Y este quién es? Es un gran cirujano de tórax. Ahí aprendí que la cirugía de tórax tiene mucho que ver con la fisiología. Era un hombre muy carismático y también muy controvertido. Porque tuvo grandes peleas. Él veía un enfermo y buscaba siempre la razón para operar, como hay cirujanos que buscan siempre por no operarlo. Y a veces tenía problemas con otros cirujanos.

¿Dónde trabajó, además de en el Saint Bois?

Trabajaba en todas las mutualistas.

¿Cuándo falleció?

El 15 de octubre de 2013, a los 74 años. Había tenido un problema con la visión, y ya se había retirado. Fue a vivir a Salto, y luego terminó viviendo solo, en Piriápolis. Cuando vino me llamó el doctor Carlitos Arévalo, del CASMU, y me dijo que lo tenía ahí, con cincuenta kilos mojado, y un hemotórax. Yo ya me había retirado del CASMU por edad, y le dije que lo llevara al *block* quirúrgico y yo iba para allá a ayudarlo. Cuando lo fuimos a operar, él me dijo, antes de dormirlo, "que me opere Roberto". En el velorio estaba la hija, con el marido, el Gordo Campos, yo llamé a Juan Chifflet, y yo. En un momento éramos tres. No fue absolutamente nadie.

¿Tendrás alguna foto de Martínez?

Yo saqué fotos cuando asumió como profesor y cuando Juan Chifflet asumió como grado 4, se inició la cátedra, y fue el traslado del Saint Bois al Maciel. Después nombraron a Guillermo Carriquiry, que hacía seminarios, y allí iban los cirujanos de tórax, y allí estaba el Canario.

¿Y sobre Ernesto Pérez Penco, qué podés contarnos?

Estaba en la clínica de Aguiar y en el Banco de Seguros. Era un hombre que tenía una habilidad tremenda desde el punto de vista operacional. Era un cirujano que parecía una damisela, daba placer verlo. Al Canario le operaba todas las hernias, en el Banco de Seguros. En un momento se adjuntó al Saint Bois. Tenía poca noción entonces de la cirugía torácica, y empezamos a hacer el concurso de grado 2, para mí para convalidar, porque era interino y tenía

que hacer el concurso para hacer el grado 2 y luego el grado 3, y estudiamos juntos, y me hice muy amigo de él. Era muy sensible, muy inteligente, tremendamente inteligente. Yo creo que el concurso que dimos los dos, él tenía que haberme ganado, pero me lo dieron ganado a mí, porque yo tenía que hacer eso para acceder al grado 2 titular, para aspirar al grado 3. No vi las pruebas, pero tienen que haber sido brillantes.

Era un hombre muy sensible y muy inteligente. Viajé varias veces a Brasil con él. Conocí a su familia. Tuvo una gran tragedia, con la muerte de un hijo, en un accidente.

Su sensibilidad capaz jugó en contra de él, en cuanto a su profesión, porque era tan sensible, que, por ejemplo, el mes que murió el hijo, desaparecía, formó un nuevo hogar, fue una vida muy complicada. Pero era por la bondad que tenía, por la sensibilidad, y ya te digo, como cirujano, era un espectáculo verlo.

En cirugía torácica hay un gran misterio: el gran misterio significa que al iniciador de la cirugía torácica, don Víctor Armand-Ugón, nunca se le pudo hacer ningún tipo de homenaje. Ni poner una calle, ni poner una plaza, ni poner una placa en el Saint Bois. Las razones que se sospechan, que se dicen, no sé… Capaz que los cirujanos más veteranos que yo puedan saberlo. El doctor Armand-Ugón se suicidó. Tenía un gran enfisema, pero del centro de su suicidio se comentan muchas cosas, que nunca pude comprobar. Pero en la cirugía torácica hay un gran misterio con su muerte.

Ernesto José Pérez Penco (1952-2015)

Ernesto José Pérez Penco nació en Montevideo el 22 de agosto de 1952. Ingresó a la Facultad de Medicina y se graduó en julio de 1982.

Eligió la cirugía, como su vocación se lo indicaba, y se formó en la clínica quirúrgica del profesor Alberto Aguiar, que procedía de la del maestro Abel Chifflet. Luego sería profesor adjunto de Cirugía General, con el profesor Nisso Gateño Yaffé, y profesor adjunto de Cirugía Torácica en el Hospital Maciel. Pero su mentor en cirugía general fue el doctor Emil Kmaid. Fue, además, asistente del Departamento Básico de Cirugía.

Luego de hacer la jefatura de clínica, se formó en cirugía de tórax junto al doctor Mario Brandolino, en el Hospital Gustavo Saint Bois, que era el centro de excelencia para la época.

Tuvo un amplio y variado ejercicio profesional, desempeñándose principalmente en la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado y en la Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), donde trabajó toda su vida, culminando un largo período como jefe del Departamento de Emergencia.

A Pérez Penco lo conocí muy joven, cuando estando en primer año de facultad vino al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico, por el comienzo de los años setenta, como portavoz de los estudiantes, a pedir la solidaridad por problemas presupuestales de la Facultad de Medicina. Impresionaba aquel muchacho tan joven y delgado, tendría apenas 18 años, pero con una disposición y carácter formidables para plantear con lógica y justicia los reclamos, en un tono mesurado pero a la vez pleno de energía.

En realidad, Ernesto militaba en la Secretaría de Asuntos Sociales del Partido Nacional, que fundara el arquitecto Miguel Cecilio, siendo uno de sus miembros más jóvenes y activos. Formaba parte Ernesto de los segui-

dores y admiradores de Wilson Ferreira Aldunate. Cuando falleció Wilson, el presidente del Directorio del Partido Nacional fue el profesor Roberto Rubio y Ernesto estuvo muy en contacto con él, cuando recuperaron la vieja sede de la calle Juan Carlos Gómez.

Tuvo una familia ejemplar, de la cual perdió a uno de sus hijos en un lamentable accidente que le marcó la vida.

Ernesto fue un ser enérgico y tierno a la vez. Su amor por la naturaleza y su pasión por los pájaros le convirtió en un hábil y amplio conocedor de muchas especies, actuando también como criador y estableciendo mucha relación con quienes tenían la misma afición. Hacía frecuentes canjes con otro gran aficionado a los pájaros, como fue el profesor Alfredo Ruiz Liard.

Su padre había sido un destacado periodista, Wilfredo Pérez, de larga actuación en el diario *El País*. Su abuelo materno fue un viejo discípulo del profesor Antonio Carrau, y fue un distinguido pediatra, el doctor José María Penco, que trabajó muchos años en la Asociación Española, hasta su retiro, y que fue a la vez un activo militante del nacionalismo independiente, siendo gran amigo del doctor Juan Andrés Ramírez, el director del diario *El Plata*, donde escribía sus columnas. José María Penco fue legislador por el Partido Nacional Independiente en varias legislaturas (de 1926 a 1932 y de 1943 a 1947). El doctor José María Penco (1897-1979) participó en la fundación del Frente Amplio, en 1971.

En la actividad gremial, Pérez Penco fue integrante del Comité Ejecutivo, siempre en calidad de suplente, entre los años 1986 y 1989, por la Agrupación Constancio Castells, en 1999-2001 por la agrupación UNID-Dr. José Alberto Praderi y en 2001-2003 por la agrupación Unión Gremial Médica. Fue por 1986 que el profesor Roberto Rubio, que integraba el Comité Ejecutivo como titular, sabedor de que Ernesto se inclinaba por la cirugía de tórax, le entregó una formidable cantidad de libros y artículos vinculados a esa disciplina, con el cariño con el que un padre entrega algo muy querido a un hijo.

Ernesto fue el primer presidente del Consejo Regional de Montevideo del Colegio Médico del Uruguay, cuando este se instaló, en 2011, cargo al que renunció, aunque siguió integrando el consejo.

De profunda fe católica, tuvo dos matrimonios y seis hijos, de los cuales sobreviven cinco. La enfermedad terminal de Ernesto hizo que le dieran la alegría de integrarse los hijos de ambos matrimonios, lo que mucho le reconfortó.

Su hermano, el doctor Wilfredo Penco, fue presidente de la Academia Nacional de Letras, dirige la Colección Clásicos Uruguayos y es vicepresidente de la Corte Electoral.

En su perfil en redes sociales alguien escribió: "Desearía tanto que el cielo tuviera teléfono. Para poder escuchar tu voz. Pensé hoy en ti, eso no es ninguna novedad… pienso en ti en silencio. Lo único que me queda son

recuerdos, tus enseñanzas y tus fotos. Dios te tiene en sus brazos y yo en mí".

Falleció el 18 de abril de 2015.

Ernesto Pérez Penco con sus hijos.

Dice Guillermo Carriquiry:

> Ernesto José Pérez Penco fue un hombre excepcional. Dotado de una brillantez y una inquietud intelectual poco frecuentes, tenía una capacidad técnica quirúrgica deslumbrante. Lector infatigable de los más variados géneros, su actuación no se limitó a la cirugía. Incursionó además en política, gremialismo y administración, entre otras actividades. Cultivó la amistad en distintos ámbitos, logrando siempre nuclear y liderar grupos humanos. Su personalidad y pensamiento no conocieron ataduras; no fue precisamente un hombre disciplinado. Tal vez esto, sumado a una tragedia familiar que desordenó su existencia, no lo habilitaron a seguir una carrera universitaria, en la que, no dudo, hubiera llegado tan lejos como se lo hubiera propuesto.
>
> Ernesto tenía la peculiar virtud de conceptualizar en pocas palabras lo que a otros les llevaba largas horas de discusión. Esto lo transformaba en un contrincante temible a la hora de debatir o concursar. La toma de decisiones en cirugía nunca fue una carga para él.
>
> En todas sus actividades, desde la cirugía hasta los hobbies, apuntó a la excelencia. Coleccionó todo tipo de objetos, lapiceras de estilo, pájaros y otros animales… Había desarrollado un culto especial por el buen vestir y el buen comer (un bon vivant). Su biblioteca incluía una temática inabarcable: cirugía, historia, filosofía, religión, arte, política, etc.

Semblanza de Ernesto Pérez Penco

Por Fernando González Calcagno

Realizar una semblanza de la vida, obra y legado de Ernesto Pérez Penco es una tarea afectivamente muy difícil, pues aunque han transcurrido cinco años desde su muerte todavía duele su ausencia. Será un desafío imposible de consolidar en el texto el definir y resumir una vida multifacética, de médico preocupado por sus pacientes, cirujano excepcional, destacado organizador, líder, gestor de grupos, propulsor de la responsabilidad individual y colectiva, docente, consejero, sibarita, copiloto perpetuo, coleccionista de objetos extraños, ornitólogo, lector y pensador profundo, padre preocupado, buen compañero y amigo entrañable…, un ser humano tan polémico como excepcional, con muchísimas más virtudes que lo hacen estar presente permanentemente.… y, para mí, un hermano que la vida me regaló.

En el año 1994, en la clínica Quirúrgica "F" del Hospital de Clínicas, del profesor Nisso Gateño, ambos éramos profesores adjuntos y formamos parte de un entrañable equipo, con los doctores Enrique Folle, Luis F. Sánchez y Dante Pastro, un grupo humano que luego supo contenerlo en la peor etapa de su vida, consecuencia del terrible accidente que ocasionó la muerte de su hijo Andrés.

Su personalidad y sus gustos fueron fuertemente influidos por una infancia transcurrida junto a su madre, Bimba, y su abuelo materno, el doctor José María Penco, un referente para él, que en ese entonces era embajador en Bolivia. Ernesto cursó allí los años de escuela y adquirió el "glamur" que lo distinguía, el placer de los autos con chofer, los sabores exóticos.

Cursó los estudios en Facultad de Medicina de la Universidad de la República y fue un destacado delegado estudiantil en años convulsionados. Se graduó de médico en el año 1982, fue interno y eligió el camino de la cirugía general en la Clínica Quirúrgica del profesor Alberto Aguiar, como asistente grado 2, conformando un grupo de preparación con los doctores Guillermo Rocca, Hernán Parodi Esteva, Carlos Pressa y Marcos Torres, del cual surgen innumerables anécdotas que marcaron su vida y sellaron una amistad permanente.

Hasta el día de hoy quienes presenciaron la prueba clínica del grado 2 de Ernesto recuerdan con admiración la espectacular clase magistral con la que obtuvo el máximo puntaje.

Cumplido ese cargo e influenciado en su formación como cirujano general por el profesor Emil Kamaid, se formó en cirugía de tórax y tuvo como mentor al doctor Mario Brandolino. Se desempeñó como asistente titular por concurso en la Cátedra de Cirugía del Tórax, integrante del Instituto del Tórax, que en esa época se ubicaba en el Hospital Gustavo Saint Bois y que

continúa siendo centro de excelencia para la formación de los cirujanos torácicos y única referencia nacional para la asistencia de los pacientes del subsector público de salud.

Una anécdota de esos tiempos se vincula con el hecho de que Ernesto nunca manejó autos, no sé si por impericia o porque de niño se acostumbró al auto con chofer; él se justificaba aludiendo que padecía de vértigo, por lo que generalmente se transportaba en vehículos de alquiler, de los cuales era dominador absoluto de horarios, habilidad de los conductores y tipo de vehículos. Era un experto en la logística del trasporte de alquiler, ampliamente conocido por los trabajadores de ese ramo. Pero también lo transportaban sus amigos… Al Hospital Saint Bois lo llevaba frecuentemente el actual catedrático profesor doctor Gerardo Bruno, que en esa época tenía un Chevette con el asiento del acompañante roto… y Ernesto se arrellanaba en el asiento trasero. Fue así que un día se corrió la voz de que el portero del hospital, con todo orgullo y admiración, decía: "En toda la historia del hospital solo dos médicos han venido a trabajar con chofer: el profesor Armand-Ugón y el doctor Pérez Penco". Ese tipo de cosas lo divertían muchísimo. Y es que un talante irónico y humorístico era otra de sus facetas.

Por la misma época, fue asistente grado 2 titular del Departamento Básico de Cirugía, donde estableció una relación docente y de amistad con el profesor doctor Nisso Gateño, a quien se reencontró en la Clínica Quirúrgica "F" cuando entró como profesor adjunto en el año 1994.

En 1998, con el alejamiento de Gateño, ingresó como profesor adjunto de la Cátedra de Cirugía de Tórax a cargo del profesor doctor Juan Chifflet, que se había trasladado al Hospital Maciel. Culminado este período decidió no continuar su carrera docente en la Facultad de Medicina y continuar su desarrollo en la actividad privada. En esta etapa participó de múltiples mesas redondas, conferencias, congresos nacionales. A pesar de la insistencia de sus amigos, su temor a volar le impidió, creo yo, participar en congresos internacionales, pese a haber sido invitado reiteradamente. Solo una vez viajo en avión, a Porto Alegre, y lo contaba como una victoria hazañosa contra la angustia que le provocaba viajar.

Fue un activo investigador clínico, publicó más de cuarenta trabajos en revistas nacionales y participó en múltiples congresos y eventos científicos de cirugía general y de tórax…, siempre en nuestro país.

Otro de sus ámbitos de desarrollo profesional fue la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros del Estado (CSM), donde recorrió todos los estamentos de la actividad quirúrgica y fue cirujano de trauma y pared abdominal, comenzando como practicante hasta llegar a jefe del Departamento de Cirugía.

En la primera etapa es de destacar su amistad con el doctor Eneas Terra. Esa relación dio origen a infinidad de anécdotas, desde las más cómicas hasta las más afectuosas, demostrando siempre el profundo cariño que

ambos se profesaban. Cuando accedió a la jefatura, en el año 2004, reafirmando su liderazgo natural, creó en la CSM un grupo sólido, basado en el trabajo en equipo, sustentado por la amistad y el compañerismo. En ese grupo, conformado por los doctores Enrique Folle, Luis Ruso y quien escribe, con el apoyo y la alegría permanente del enfermero Juan Carlos García, en ese proceso de once años que culmina con su retiro, se forjó una modalidad de trabajo multidisciplinario, flexible, motivador y analítico de las situaciones clínicas que nos tocó vivir. Bajo su foco de líder, fue una época de crecimiento intelectual, profesional y técnico invalorable, pero también de una prolífera convivencia social y familiar, con recuerdos imborrables. Nuestras reuniones de los domingos al mediodía en su casa (ravioles de doña Matilde, su suegra, paellas, busecas) integraron a parejas y familias. Por consecuencia, fue una época de "ganancia de peso" de ambos, alternada con el esfuerzo mutuo y reiterado de dietas para adelgazar, incluyendo competencias ponderales feroces con la balanza de la policlínica como juez implacable, pero que nunca llegaron a lograr su objetivo.

Un día, mientras yo verificaba un aumento excesivo de peso, llegó Ernesto y me bajé rápidamente de la balanza, a lo cual me preguntó: "¿cuánto pesas?". "Esta balanza anda mal", contesté. Él se subió, verificó el mismo valor y bajó rápidamente, aseverando: "Sí, anda mal la balanza…". "¡Estás pesando lo mismo que yo, Ernesto!", le dije, estallando en carcajadas. La alegría y el momento jocoso rodeaban a su actividad, que encaraba con enorme seriedad.

Con su admirable capacidad de organización y gestión llevó a cabo la planificación de la emergencia de la mutualista Médica Uruguaya (MUCAM), tarea difícil y compleja, contemplando situaciones especiales y ejerciendo su don de mando como jefe.

En la actividad gremial, fue integrante del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay entre los años 1986 y 1989, por la agrupación "Constancio Castells", en 1999-2001 por la agrupación "UNID-Dr. José Alberto Praderi" y en 2001-2003 por la agrupación "Unión Gremial Médica". Fue por 1986 que el profesor Roberto Rubio, que integraba el Comité Ejecutivo, sabedor de que Ernesto que se inclinaba por la cirugía de tórax, le entregó una formidable cantidad de libros y artículos vinculados a esa disciplina, con el cariño que un padre entrega algo muy querido a un hijo.

Fue impulsor y defensor de la lista única y consensuada para el Colegio Médico. Luchó para que este fuera un órgano apartidario y en su primera elección fue proclamado presidente de la regional Montevideo, por la lista 5, compartiendo con el doctor Enrique Soto la conducción y haciendo importantes aportes.

Su primer matrimonio fue con Anabel Pérez, con quien tuvo cuatro hijos: Andrés, Sebastián, Mariana y Soledad, y su segunda unión fue con Matilde Tarabochia, con quien tuvo dos hijas: Sofía y María Emilia.

El dolor por la muerte de su hijo Andrés lo marcó profundamente; luego de eso nunca más fue el mismo. Más allá de su personalidad comunicativa y social, se vislumbraba un permanente y velado sufrimiento que lo acompañó toda la vida, a tal punto que incluso lo integró a su propia suerte, cuando conoció su trágico diagnóstico.

Siempre se sobrepuso con notable entereza de su dolor y los tormentos que debió sobrellevar, para centrar su preocupación en sus hijos y familia. Logró reunir e integrar a todos sus hijos entre ellos y junto a él, lo cual significó un muy importante logro en su vida. De hecho, Sebastián, su hijo mayor, el cineasta, algunos años antes lo llevó a la pantalla grande haciéndolo participar como actor invitado en un breve pasaje, lo cual festejó muchísimo pese a temer (un poco) hacer el ridículo.

Ernesto también se destacó por su calidad como ser humano y por su espíritu solidario, siempre estuvo dispuesto a ayudar generosamente a todos. Tenía un profundo conocimiento de las personas, de las problemáticas sociales, de la salud y de las instituciones y visualizaba las diferentes situaciones con meridiana claridad. Poseía el don de la palabra justa, el consejo adecuado.

De sólida formación médica, era descollante como cirujano: tenía una destreza muy particular haciendo parecer fáciles las cosas más difíciles. Fue un claro ejemplo de inteligencia selectiva: podía indicarte con lujo de detalles la receta de un plato selecto y complejo, pero no lograba cocinar un huevo duro. Degustador de los buenos vinos y de la excelencia culinaria, recorría innumerables sitios en busca de los mejores productos.

Era una persona con un poder de observación increíble, de una cultura general enorme. Poseía de una vasta biblioteca que abarcaba temas médicos, libros de literatura, de política, de historia, de arte, y estaba permanentemente actualizado.

Uno de sus *hobbies* eran las aves. En inmensas pajareras cobijó y cuido con dedicación y cariño muchos pájaros nativos y exóticos. Fue un estudioso de muchísimas especies, a las que reconocía por su morfología o por sus cantos. También coleccionaba lapiceras, pipas (pese a que no fumaba desde hacía años) y esculturas trabajadas en cuero. Entrar en su escritorio era un viaje a lo exótico; allí convivían libros de todo tipo, botellas de buen vino, máscaras, arlequines, ¡un minotauro! y gárgolas como las de Notre Dame, junto a las fotografías de sus hijos y familia y la estampita de la Virgen Milagrosa, que lo cuidó desde una grave neumonía que padeció en el año 2007 hasta el fin de sus días.

Por último, quiero confesarles que no conozco y creo que no conoceré jamás una mente tan brillante como la suya, un pensamiento tan claro y pragmático, capaz de reconocer, analizar y sintetizar una situación problemática y vislumbrar la mejor solución. A él, mi admiración y mi amistad eternas.

Hugo Bertullo Bernasconi (1944-2013)

Hugo Bertullo junto a sus colaboradoras de la Unidad de Nutrición Especial del CASMU al cumplir sus treinta años de fundada, el 28 de diciembre de 2012.

Hugo Bertullo nació en Montevideo el 29 de setiembre de 1944, graduándose como médico en agosto de 1973. Se formó primero como cirujano general, en la escuela del profesor doctor Luis A. Praderi González; luego se consagró a la cirugía de tórax, particularmente junto a los doctores Jorge Nin Vivó y Jorge Pomi. Al mismo tiempo, fue un médico intensivista que combinó, como otros pocos, su formación quirúrgica con los cuidados críticos. Realizó estudios de perfeccionamiento en cirugía torácica en Francia.

Su producción científica fue muy enriquecedora y permanente, fundamentalmente en la intersección de la cirugía con los problemas nutricionales. Entre sus artículos destacan uno dedicado a la "Oportunidad de la nutrición y morbimortalidad en el paciente neoplásico quirúrgico" (1987), otro que consagró al "Traumatizado grave en medicina intensiva: valoración de *scores* y factores que inciden en la mortalidad" (1995) y "Creación y desarrollo de una unidad de nutrición: La Unidad de Nutrición Especial del CASMU" (1990).

Era hijo del profesor doctor Víctor H. Bertullo (1919-1979), director del Instituto de Investigaciones Pesqueras de la Facultad de Veterinaria de la UDELAR, que hoy lleva su nombre, ubicado en el recodo de la rambla del Buceo, en Montevideo. Desde 1959 su padre había sido profesor titular de la Cátedra de Tecnología de los Productos de la Pesca, y creador del bio-proteico-catenolizado (BPC), un nutriente de valor empleado durante décadas para la recuperación de pacientes graves de diversas patologías.

Siguiendo la línea de su padre, Hugo Bertullo se dedicó con pasión y compromiso sin igual a dos líneas de trabajo: por un lado, fue creador de la Unidad de Nutrición Especial del CASMU, fundada el 28 de diciembre de 1982, que ha permitido evitar efectos secundarios y potenciales complicaciones derivados de una nutrición deficiente en pacientes críticos, particularmente los oncológico-quirúrgicos. La UNE surgió en 1982 y se transformó en el primer departamento especializado en el área en Uruguay y uno de los primeros en América del Sur. Su fundación tuvo lugar como aplicación de la experiencia internacional, particularmente de los Estados Unidos, a través de un equipo interdisciplinario integrado por médicos, nutricionistas y enfermeras que en conjunto potencian los resultados que benefician a los pacientes.

Bertullo fue un hombre de inquietudes universitarias y gremiales, participando en diversas tareas de dirección y asesoramiento institucional, con sus características de persona estudiosa, apasionada y justa. Fue un gran luchador por el sostenimiento de sus pacientes, acompañándolos con su sensibilidad exquisita y su sólida formación científica y humanista. También practicó deportes toda su vida, práctica de la cual extrajo su aptitud para integrar equipos y mantener un perfil bajo unido a la eficacia de su magnífico trabajo.

Cuando estuvo becado en Francia para profundizar su formación en cirugía torácica, escribió varias cartas a Jorge Nin Vivó. Reproducimos aquí una de ellas, facilitadas por su destinatario:[248]

Robinson, 10 de febrero de 1979

> [...] que son casi 6 meses en Francia y... más te diría, todo anda muy... seguiré hasta el fin.
>
> El Servicio es excelente, al punto que pienso, si vos no sos partidario de lo contrario, no cambiar para lo que habíamos planeado. Aquí se hace toda la cirugía mediastino-pleuro-pulmonar, bien hecha, y el nivel es alto.
>
> La organización es buena, hay dinero de sobra y se operan entre 15 y 18 por semana.
>
> Tráqueas ya vi 3 y se operó alguna más en urgencia. Un tumor traqueal a 3 cm de la carina, espinocelular, lo vi desde el ingreso, pues estaba en el hospital. Vi la fibroscopía, la intubación y la operación al otro día. Solo me quedó ver la evolución en el tiempo que esté aquí.
>
> Tienen un trabajo grande sobre la experiencia en el tema y el que la hace, Phillipe Levasseur, es un gran técnico y sabe realmente. No pienses que hacen nada raro, solo como vos, pero tienen muy sistematizado y para una tráquea torácico tumoral, hicieron unas 3 horas lo que no es un mal tiempo.

248 Se trata de un aerograma dirigido por Hugo Bertullo Bernasconi a Jorge Nin Vivó, al que le recortaron el área del sello postal, por lo que las primeras palabras del texto no pueden leerse completamente.

> Lo realmente importante te diría que son las siguientes cosas: mayor estudio preoperatorio (placas a granel), mejor funcional, exámenes vasculares contrastados, mejor anestesia (toda resección con Carlens, lo que permite toracotomías más chicas y mejor disección) y una unidad de reanimación que permite operar enfermos límites (neumas a los 70 y pico, con funcionales no del todo buenos). La mortalidad, revisada en un año por otro becario compañero mío, por lo que es verdad, es de 2T para neumos y solo vi yo 3 o 4 exploratorias desde que estoy aquí, resecando arterias pulmonares invadidas hasta el tronco, suturas en pared aurículas, etc.
>
> Saludos a tu familia, al porteño y un abrazo. Hugo.

Recientemente jubilado, tuvo las primeras manifestaciones de la enfermedad que lo llevó a la muerte mientras disfrutaba de un viaje familiar. Falleció en Montevideo el 6 de octubre de 2013, a los 69 años de edad, a consecuencia de un infarto agudo de miocardio. Había nacido el 29 de setiembre de 1944, graduándose en agosto de 1973.

Guillermo Carriquiry[249]

Usted fue el primer profesor de cirugía de tórax en una cátedra nueva, independiente de la de Neumología. ¿Cuál era el panorama cuando se inició en esta actividad? ¿Cómo se formaban antes los especialistas en esta disciplina?

Antes de la creación de la cátedra, en primer lugar, no había título habilitante. Estaba reconocida la especialidad por Salud Pública, había provistos cargos de cirujano de tórax y también en las instituciones privadas, pero no había título habilitante. Porque la cirugía de tórax emergió en el mundo, y Uruguay no fue la excepción, de la cirugía de la tuberculosis. O sea que comenzó siendo una subdisciplina de la neumotisiología. Por eso el instituto del Saint Bois se llamaba Instituto Juan B. Morelli de Neumología y Tisiología. Lo que la Facultad de Medicina hizo fue crear, dentro de la Clínica Neumológica, una columna de la disciplina de cirugía de tórax. Eso implicó la creación de un cargo de asistente (grado 2), un cargo de profesor adjunto (grado 3) y un cargo de profesor agregado (grado 4), dependiente todo de la Clínica Neumológica. Era la época en que los profesores eran José Pedro Ibarra Ruiz, Miguel Mello Aguerre, luego José A. Piñeyro y Gilberto Pratt. El primer profesor agregado que tuvo la disciplina, dentro de la Clínica Neumológica, fue Aníbal Sanjinés Bros. Alfredo Ruiz Liard era el jefe del servicio de Salud Pública. Eran dos servicios que trabajaban unidos y coordinados en un mismo pabellón, pero con una columna de Salud Pública y otra de Facultad de Medicina. Todo eso siguió así hasta que el último que ocupó el cargo de grado 4 fue Juan Chifflet. Él terminó por edad el cargo a los 65 años, se llamó el cargo a aspirantes, y ahí entré yo. En cuanto entré yo, Luis Piñeyro Gutiérrez, que era el profesor de Neumología, me vino a plantear que cirugía de tórax tenía que tener una individualidad propia. Yo estuve totalmente de acuerdo, aunque alguien podría decir que tenía interés en que así fuera. Entonces, se trató de crear una figura nueva, que fue el Instituto del Tórax, ya que la Facultad de Medicina tenía una tradición de institutos, como el de neurología, donde estuvo Román Arana, que tenía neurología y neurocirugía. Se trató de hacer algo similar con cirugía de tórax. Planteamos eso a las autoridades de la facultad y hubo buena opinión al respecto y se creó el Instituto del Tórax, que así se llamó, que tenía una columna neumológica (la

249 Entrevista realizada en la Cátedra de Cirugía de Tórax, Hospital Maciel, 21 de agosto de 2019.

Clínica Neumológica) y una nueva columna, independiente también, quirúrgica (la Cátedra de Cirugía de Tórax), y después incluía la división de funcional-respiratorio y el sector de escuelas, vinculado a toda la parte de funcionalidad (tecnología médica). Con esos pilares, se crearon el Instituto del Tórax y la Cátedra de Cirugía de Tórax. Ahí es cuando se hizo el llamado a profesor, me inscribí yo solo y entré cronológicamente como primer profesor de cirugía de tórax.

Hospital Saint Bois.

Pabellón Martirené.

¿Había un Instituto del Tórax en el Saint Bois?

Ahí hay temas de nomenclatura, hay que revisar los documentos. Porque estaba el Instituto de Tisiología y Clínica Neumológica Juan B. Morelli y estaba

el Instituto del Tórax o Cirugía Torácica, en el Pabellón Martirené, cuando el jefe era don Víctor Armand-Ugón, que es el padre de la cirugía torácica en el Uruguay. El instituto que creó la Facultad de Medicina era para albergar todas esas actividades que tienen que ver con lo neumológico y lo torácico. En el futuro cercano, habrá que agregarle más columnas, para darle individualidad a algunas disciplinas que ya están muy independientes, como la endoscopía intervencionista, que ya tiene perfil en el mundo.

¿Cuál era el panorama cuando se inició en la especialidad?

Víctor Armand-Ugón (1900-1972).

Vamos a hacer un poquito de historia. Entré de interno en el año 1981; el primer semestre lo hice en el Saint Bois, y de ahí quedé de alguna forma prendado por la especialidad y por el ambiente, el Saint Bois, más allá de estar lejos. Era una hora de ómnibus en el 174 y pasaba uno por hora; a veces recurría a Hugo Bertullo que vivía a poca distancia de donde vivía yo, él era médico de Salud Pública y tenía un Volkswagen, yo iba por la casa, lo despertaba y nos íbamos en su coche. Ahora veo a los internos, que todos tienen auto. ¡Cómo ha cambiado el mundo en estos tiempos! A la vuelta, muchas veces, o me arrimaba alguien, porque yo era ya disector en Anatomía, o algunas veces me venía con Ruiz Liard, que era el profesor y nos veníamos para facultad. Ahí conocí a Jorge Nin Vivó, que entonces era grado 4 en Anatomía y también estaba en el Saint Bois, y me fui integrando, ayudando a operar. A Armand-Ugón no lo conocí, porque había fallecido en 1972. Llegué a conocer a algunos de los históricos, que todavía iban allá: conocí al vasco Etchemendy, a Julio Mezzera, y cuentos de todos. Había mucho tiempo y se conversaba mucho, porque cuando se operaba, se contaba.

Entré a la especialidad más adelante, porque primero hice el internado, estuve con Raúl Praderi en su Clínica Quirúrgica, luego hice cirugía general, entré por concurso en el grado 2 en la clínica de Celso Silva, con quien trabajé y aprendí muchísimo. Y pasó algo muy curioso. Al término del grado 2, sin entrar en falsa modestia, yo era el niño mimado de Celso, porque había quedado fascinado con el tema de las peritonitis, que se operaban y se reoperaban. Estaba muy embalado con eso. Me recibí y pasé dos o tres años sin operar un solo enfermo, porque no había más cargos en la carrera docente. Yo afuera no trabajaba en ningún lugar, salvo ayudando a operar a Kamaid en la Médica Uruguaya. Ahí conocía a Jorge Pomi, con quien había estado en el servicio de Praderi, que me preguntó si quería ayudar a operar en tórax; empecé a ayudar y luego Nin Vivó, que también me conocía de Anatomía, me llamó un día: "Brandolino me dijo que estaban faltando ayudantes" y me preguntó si que-

ría dar una mano… O sea que entré a tomarle el gusto a la especialidad por la vía del trabajo, fuera de lo que podrían ser las carreras formativas. Y empecé a integrarme con ellos, hasta que se creó un cargo de grado 2 interino en el Hospital Saint Bois.

Yo estaba anotado paralelamente a un cargo para grado 3 en Clínica Quirúrgica. Fue entonces que el presidente del tribunal del grado 3 de Cirugía General, que además era el presidente del tribunal del grado 2 para el Saint Bois, un día me llamó y me comentó con mucha reserva que apelaba a mi comprensión y buena voluntad: "En el grado 2 de Cirugía de Tórax le ganás al otro por mucha distancia (yo ya tenía los concursos del internado, de Anatomía y de grado 2) y en el grado 3 de Cirugía General también entrás. Entrás primero en los dos concursos. Y uno tiene que fallar; podría decirse, vamos a fallar y después vos elegís. Pero eso significa que, luego de esa decisión, sigue un retraso de tres a seis meses, burocrático, para que se acepte que no vas a ser grado 2 o grado 3 y vas a optar por el otro cargo; entonces hay que volver a llamar y hacer toda la tramitación. Así que yo te voy a pedir en un plano de absoluta confianza que optes antes de que salga el fallo, con lo cual te borrás de uno de los dos concursos. Si no lo querés hacer, te nombraremos en los dos y decidís después. Pero sé consciente de que le generás a una clínica por lo menos seis meses más de vacancia en un cargo". Yo lo pensé mucho y opté por el grado 2 interino de Cirugía de Tórax, y me bajé del concurso de grado 3 de Cirugía General. Fue un profesor con el que yo guardé una relación y una empatía muy particulares, porque para mí fue una persona de mucha integridad y fue una especie de apóstol de la cirugía, una personalidad impresionante, de un nivel intelectual elevadísimo.

Entré de grado 2 interino, y esa era la forma de aprender la especialidad con algún tipo de fundamento que no fuera solamente ayudar a operar. Al poco tiempo de entrar, mi señora ganó el Premio Claude Bernard, de la Embajada de Francia, cuya materialización eran seis meses becada en Francia para hacer medicina nuclear. Estábamos casados, con una hija chica y nos fuimos seis meses a Francia, porque no había alternativa. Ella iba a Nantes para hacer una pasantía. Fui a hablar con Jorge Nin Vivó y le conté la situación, para ver cualquier contacto que pudiera tener allá, ya que yo iba como consorte sin ocupación y me gustaba la idea de aprovechar para hacer algo. Él me dijo que iba a venir un español amigo a una jornada sobre cáncer de pulmón, de Valencia, Francisco "Paco" París Romeu, a la que también venía un canadiense… Cuando vino, le comentamos y me dijo: "Tengo un gran amigo en Burdeos, cuando llegues me llamás y hacemos contacto". Lo llamé una noche, ya estando en Francia, y habló del profesor Louis Couraud (1929-2016). Me dijo: "El lunes a las ocho de la mañana tenés que presentarte en el Hospital de Bordeaux al profesor Couraud". Me tomé el tren, viajé con los conscriptos de noche, eran seis horas de viaje en aquella época, llegué a las seis de la mañana al hospital y me presenté al profesor.

Estuve una semana viendo el servicio, y luego me llamó y me dijo: "Bueno, ¿qué evaluación hizo? Yo tengo acá hasta fin de año (estábamos en febrero) y tengo un cargo libre de colaborador benévolo, va a tener un salario mínimo, pero le va a dar, va a tener que vivir en el hospital… Ya hablé con los muchachos, usted cayó bien acá, va a poder ayudar acá, y va a poder trabajar con nosotros". Nos arreglamos y firmé enseguida. Yo viajaba los fines de semana a Nantes para ver a la familia. Cuando mi esposa terminó la estadía en Nantes, se fue para Burdeos y nos quedamos hasta el final. Me sentí fantástico, aprendí un disparate. Era un servicio universitario, aprendí cirugía traqueal, trasplante de pulmón, ayudaba en los trasplantes; tenía que viajar a hacer las procuraciones de los órganos. Me integré con los muchachos allá, con los grado 2. Quedé con amistad con la gente de ahí, tanto es así que tres años más tarde volví y me quedé seis meses en 1993 a hacer un reciclaje, por la misma vía que había hecho mi señora, con un trabajo en cirugía experimental que habíamos hecho con la Cátedra de Cirugía Experimental y Anatomía sobre la base del trasplante de pulmón, con Jorge Pomi.

Una anécdota

Ernesto Pérez Penco (1952-2015).

Con Ernesto Pérez Penco empezamos siendo compinches y terminamos siendo muy amigos. Trabajamos juntos en la Médica Uruguaya, ayudando a operar a Emil Kamaid. A la vuelta de mi primera ida a Francia, se hizo el llamado al cargo titular, que lo estaba desempeñando Roberto Delbene, pero como era un cargo que venía en Facultad de Medicina de la época de la dictadura, tenía que concursarlo y si lo concursaba y ganaba no lo iba a ejercer, sino que lo validaba para continuar su carrera académica. Entonces Ernesto me dijo: "Vamos a preparar el concurso juntos y lo damos". A mí me pareció bárbaro, pero le dije: "Este concurso te toca a vos, para qué nos vamos a enfrentar nosotros en un concurso; porque Roberto va a entrar de todas formas, tiene tres o cuatro años ya de ejercicio del cargo como grado 2, él va a validar; entrás vos en el concurso; después lo hago yo, no tengo ningún apuro. Tenés que prepararlo con Roberto y acordate, entra Roberto primero, entrás vos segundo, vos ocupás el cargo, Roberto lo valida". Y a los seis meses pasó eso: a los seis meses se creó el segundo cargo y ahí entré yo. Después, con Ernesto seguimos juntos en la especialidad. Gerardo Bruno entró de interno al servicio en el Saint Bois.

Gerardo lo pasaba a buscar a Ernesto para hacerlo llegar en hora al hospital. Tenía un Fiat 147. En el Saint Bois uno paraba el coche y no bajaba para firmar la tarjeta, porque había un funcionario que por la ventana veía quién estaba en el coche y la firmaba él, y el médico seguía. Una vez a Gerardo se le había roto la butaca del acompañante en el Fiat, con lo cual él iba manejando y Ernesto iba en el asiento de atrás. Entonces, paran el coche y el funcionario mira, lo ve a Gerardo, no ve acompañante, mira para atrás y estaba Ernesto. Ernesto, con esa prestancia muy señorial que tenía, le hace un saludo con la mano, como para que le firme también a él la tarjeta. Y el funcionario comenta: "¡Qué lo parió! Desde la época del profesor Armand-Ugón que no venía nadie con chofer!".

La vía formativa en esa época era hacer el grado 2. Yo tuve esa fortuna, a través de mi señora, de ir a Francia. No hablaba francés, tuve que aprenderlo sobre la marcha. Después la complementamos en el extranjero, con un servicio canadiense en Quebec, en Toronto, fueron cosas que se fueron haciendo después.

¿Quiénes fueron sus maestros en cirugía de tórax?

Los tres mosqueteros: Valentín Crosa Dorado, Jorge Nin Vivó, que fue de alguna forma el que me llevó, y Mario Brandolino. Y a quien más ayudaba yo en esa época era a Jorge Pomi.

Mario Brandolino, Jorge Nin Vivó y Valentín Crosa Dorado.

¿Cómo se preparan ahora los jóvenes cirujanos de tórax? ¿Desde cuándo hay residencias en la especialidad?

Ahora ha cambiado mucho. Durante el ejercicio de Juan Chifflet en el grado 4 se hicieron dos o tres cosas que objetivamente fueron muy importantes. Una es que se intentó hacer una formación organizada; se intentó, pero no se logró bien. Pero fue un poco la semilla de generar un tipo de residencia de cirugía torácica. No se creó la residencia como tal, sino una cosa que duró muy poco, que fue la llamada "jefatura de residencia", pero como no había

residentes, no tenía sentido tener jefe; no era por concurso, sino por nominación, cosa que en la tradición del Uruguay mucho no va. Entraron dos o tres personas por ese mecanismo, pero duró muy poco. La otra cosa es que se creó, a través de la Escuela de Graduados, la especialidad. Y se reconoció no como única pero sí como mejor forma de acceder al título la figura del jefe de residentes. La residencia empieza conmigo.

Cuando asumí como grado 5, fui a la Escuela de Graduados y planteé que eso así no podía seguir, que teníamos que buscar una forma de hacer la residencia. Allí comenzó una discusión sobre que no se podían hacer dos residencias, y ahí ayudaron mucho Gerardo Bruno y Gerardo Secondo, que estaba en la Escuela de Graduados en la Comisión de Residencias. Se logró una etapa que fue la "extensión de residencia". ¿Qué es eso? Quienes empezaban Cirugía General, a partir del segundo año —después fue a partir del tercero— podían concursar para hacer tres años complementarios en Cirugía de Tórax. Eso se llamó "extensión de residencia en Cirugía de Tórax". Así se formaron varios: así se formó Atahualpa Campos, así se formó Dibarboure, así se formó Latanzio y Emilio Durán también. Hasta que Adriana Belloso un día me llamó y me dijo: "Mirá, no vamos a llamar más la extensión de residencia, porque la consultoría jurídica de la universidad hizo un informe de que no se pueden tener dos residencias…", Hubo un informe de Delpiazzo que decía que eso no era así, hay un informe de Presidencia que tampoco deja muy claro lo que eran la inserción primaria y la inserción secundaria. Hasta que, con la ayuda de los canadienses, a los que pedimos también apoyo, y de los españoles, me reuní varias veces con Adriana Belloso y empecé a trabajar la idea de hacer la residencia de Cirugía de Tórax como inserción primaria. Es decir, que el joven se recibe y realiza la residencia de Cirugía de Tórax. Y sigue la nebulosa jurídica, hay gente que lo quiere modificar y otros dicen que no. Hasta el día de hoy, no se pueden hacer dos residencias.

¿A esos primeros muchachos a los que les dieron la extensión de la residencia les validaron las residencias de Cirugía General y la de Cirugía de Tórax?

Sí, esos sí tenían dos residencias, pero sucesivamente. Todos nosotros trabajábamos al principio en cirugía general y después entrábamos a la especialidad, más de viejos, con cerca de 40 años. Eso no puede ser. Uno va al extranjero y los residentes tienen 25 años, y son residentes de cirugía cardíaca. ¿Cómo van a llegar a los 40? ¿Aprendiendo a operar vesículas y cáncer de colon, cuando el problema es el pulmón, para nosotros? Eso tuvo mucha resistencia, incluso dentro de nuestros propios colegas acá, porque sostenían que había que hacer Cirugía General antes, y no les faltaba una cuota de razón, porque así tendrían mucha más espalda para manejar situaciones. Pero se llega muy tarde a la especialidad y cuando se llega con tantos años se pierde la motivación y visión de futuro. Una cosa es que yo ponga muchachos de 30 años a manejar

un tema nuevo y otra cosa es que ponga uno de 50. En Estados Unidos —no es porque sea un modelo en el mundo, pero es un país donde esto ha funcionado muy bien, sobre todo en lo científico—, se llega a ser profesor con 40 años; con 50 años no llega ninguno. Y apenas agarran un poquito de experiencia, cuando llegan a determinada edad, les dicen: "Muchas gracias por sus servicios; usted ya no puede innovar nada; nosotros tenemos que seguir avanzando. Usted queda como consultante, o como conferencista, pero no tiene más mando sobre esto acá". El que dirige es uno que viene nuevo. Es un poco cruel el mecanismo, pero funciona.

¿Qué avances se han producido en los últimos treinta años en cirugía de tórax y en qué medida se han podido incorporar en nuestro país?

En cirugía de tórax hablar de treinta años es como hablar de la mitad de la existencia de la especialidad. Porque la cirugía de tórax era hija de la neumología, o mejor de la tisiología, como hablábamos al principio. Entonces, el primer gran cambio vino en la última parte del siglo XX, con la cirugía resectiva, sistemática y reglada del cáncer de pulmón. Pasamos de la época de la tuberculosis a la época de la cirugía del cáncer de pulmón, favorecida por muchos avances en cirugía, en anestesiología, en funcionalidad respiratoria, en endoscopía e imagenología. A partir de la década del ochenta, cambió radicalmente el diagnóstico y el manejo del cáncer de pulmón. Ahí se estableció la cirugía de tórax como la herramienta de pretensión curativa toda vez que fuera posible practicar la más importante en la cura del cáncer de pulmón. Esa fue una innovación importante.

También en esa época, tres cirujanos importantes comienzan a sistematizar la cirugía de la tráquea: uno es Frederick Griffith Pearson, en Toronto (íntimo amigo de Jorge Nin Vivó), otro es Hermes Grillo, en Boston, y el otro es Louis Couraud, en Burdeos. Por primera vez, coincidieron los tres en un congreso de la Sociedad Sudamericana de Cirugía de Tórax, en Punta del Este, en 1995, presidido por Jorge Nin Vivó y conmigo como secretario. Se realizó paralelamente el Congreso Uruguayo de Cirugía Torácica, que lo presidió Mario Brandolino. Hay una foto histórica que ha recorrido el mundo y está en los libros, que son los tres en una mesa en el Cantegril Country Club, discutiendo la cirugía de la tráquea.

Louis Couraud.

La cirugía de la tráquea es una técnica que en estos años significó un avance muy importante. Si bien acá veía los primeros casos que habían hecho Nin Vivó y Brandolino, cuando fui al servicio de Couraud todas las semanas se hacía una cirugía de tráquea, una cosa impresionante. Se hacía fundamen-

talmente por estenosis luego de intubación prolongada en los CTI, aunque también por cáncer. Siempre se dice que la cirugía traqueal es el testigo del éxito de la reanimación. Pacientes ventilados un mes o más quedan con esa secuela. Después sobreviven, pero les queda dañada la tráquea que cicatriza estenosándose. Hay que operarlos, resecarlos y anastomosar los cabos. Antes quedaban con una traqueostomía definitiva. A partir de los trabajos de estos tres grandes, la cirugía de tráquea se sistematizó y se adoptó como regla. Ahora acá la hacen los grado 2, y yo ya ni me lavo y Gerardo (Bruno) lo mismo. Vamos, miramos cómo la hacen. Cuando yo empecé la operaban Nin y Brandolino, ayudaba Pomi y a mí me dejaban ir a ver porque había estado con Couraud. Y cuando estaban por terminar, me decían: "Guillermo, lavate que hay que cerrar" y me dejaban coser la piel.

Jorge Nin Vivó, Louis Couraud, Mario Brandolino y Guillermo Carriquiry.

Se progresó muchísimo, y hubo varios cambios más que se fueron haciendo y en los que siempre los uruguayos tuvieron algún papel importante. Uno fue la osteosíntesis costal en los traumatismos. Antes se decía que había que estabilizar al paciente con ventilación y llamaban a eso estabilización neumática por ventilación interna con un tubo endotraqueal. Hasta que algunos cirujanos empezaron a desafiar esa conducta y decían: "No, pero el problema es la pared en la que están todas rotas las costillas y no tiene dinámica. Y cuando se ventila lo que se está haciendo es artificialmente dándole tiempo a que consolide la cicatriz ósea, pero no se está tratando nada. Vamos a operarla y la fijamos". Ahí empezó una competencia, propia de cuando hay diversidad de opiniones, y se fue de a poco aceptando el concepto, que acá defendió mucho Valentín Crosa Dorado, de que hay que hacer la osteosínte-

sis costal tempranamente porque eso acorta los plazos de ventilación y da una reconstrucción más anatómica, con menos secuelas funcionales. Al punto que Crosa ideó unas costillas de acrílico que se usaban como si fuera una férula. A la costilla que estaba fracturada él le ponía por fuera una costilla de acrílico, en campaña dirían "le puso una liguita de alambre". Él le ponía unos hilos alrededor y con eso quedaba perfectamente armada y así consolidaba la caja torácica. Una técnica propia de él. Antes se usaban clavos de Kirchner. Un día me dijo: "Che, pibe, ¿vos vas a Anatomía?". "Sí". "Andá y robale al Tito" —se refería a Ruiz Liard, había alguna rispidez entre ellos— "una costilla del museo, porque tengo una idea. Una estándar, ni la primera ni la última. Una costilla del medio". Hablé con el Tatú, que era el que cuidaba el museo, y le pedí una costilla. "No, acá no se puede dar". Al final se la llevé, y con esa costilla él —que además era un hombre con muchas habilidades artesanales y mecánicas, incluso tenía un torno en su casa para perfeccionar sus inventos— mandó hacer o hizo él una matriz con la forma de la costilla, en acrílico. Ahora todavía andan por allí, en el *block* hay, porque se siguen usando, aunque se han sustituido por materiales nuevos y mucho más caros. Con acrílico cristal, que estaba líquido, después consolidado, se hacía la matriz y quedaba una costilla hecha con el radio de curvatura de una costilla humana y del mismo tamaño. Después uno la cortaba según la necesidad y la fijaba. Con eso hicimos infinidad de trabajos, ayudándolo a operar. Se presentaba y sacaba premios a nivel internacional con ese invento. Ahora lo hace la gran industria, los alemanes con titanio y otros elementos, con tornillos y todo lo demás. Al principio se usaban los mismos elementos que empleaban los traumatólogos para la osteosíntesis. Era similar a la osteosíntesis, una especie de osteosíntesis como si fuera traumatológica, hecha con modales de cirujano torácico, en un terreno donde los traumatólogos no entraban. Ahora los traumatólogos usan placas y tornillos, pero lo que se usaba en aquella época eran los clavos de Kirchner, con los que se enhebraban todos los fragmentos de la costilla por la medular y se cortaba con una tenaza y se dejaban adentro los clavos. Pero decía Crosa: "Es muy complicado, después los clavos migran, se salen. Tenés que tener una varilla de hierro adentro. Vamos a idear algo". Era muy creativo, uno de los cirujanos más creativos que pasó por este país. Entonces inventó eso que fueron las "costillas de Crosa" y que se usaron en muchos países y servicios.

El otro cambio de paradigma que hubo en la cirugía de tórax fue la cirugía de reducción de volumen en el enfisema. Para eso, ideó los "palitos de Crosa". El padre de la idea fue un americano también de origen alemán, Otto Brantigan, de Baltimore, que decía que había que hacer cirugía en el enfisema para mejorar la disnea. Y la idea consistía en resecar las zonas de pulmón más afectadas por el enfisema para que el aire no fuera a esas zonas que no tenían buen intercambio gaseoso y fueran a zonas de pulmón más preservado que podían optimizar la relación ventilación-perfusión, mejorando la disnea,

achicando el tamaño de los pulmones; una idea que parece un contrasentido, antinatural: resecando el pulmón de alguna forma se mejoraba la función. Lo que sucede es que tenía una mortalidad muy elevada, porque no había el soporte que hay ahora y además la fuga aérea era impresionante. Brantigan no le dio con la tecla y Crosa empezó él mismo a pensar cómo lograr la técnica y creó estos "palitos". ¿En qué consistían?: en la zona más afectada del pulmón, se seccionaba el pulmón al medio y se creaban como si fueran dos valvas (o dos "churrascos") de tejido pulmonar afectado. Si eso uno lo reseca y lo sutura, se pierde aire por todos lados. Por eso lo llamaban "pulmón de cristal"; es como una espuma el pulmón, de tan afectado que está por el enfisema. Son sectores de pulmón sin consistencia y no se puede suturar. Crosa lo que hacía era usar el propio tejido pulmonar como refuerzo para poder asentar la sutura. Entonces enhebraba una valva de tejido pulmonar interponiendo uno de los palitos, le adaptaba el otro, y hacía como una *brochette* de pulmón. Después de que estaban los dos segmentos, rolaba varias veces el pulmón con los palitos. Y hacía una sutura pasando por el hueco que quedaba en medio entre los dos palitos de cada lado, a la base del pulmón que iba a remodelar. Hacía esa sutura por dentro usando el método del zapatero o la modista, pero él lo llamó "sutura del zapatero". Terminada la sutura, retiraba los palitos, que tenían dos extremos que encastraban con su otra mitad simétrica, y quedaba hecha la sutura. Esto de alguna manera ha sido superado en el tiempo con las nuevas engrapadoras. Pero con eso Crosa llegó a publicarlo en inglés un trabajo en el que tuvo la cortesía de ponerme a mí al final, también a Ernesto Pérez Penco y a Jorge Pomi, pero lo encabezaba él, y quedó él junto a Brantigan, cuando se hizo el redescubrimiento de la técnica que había propuesto este importante cirujano americano, como uno de los impulsores, con gestos técnicos y algunos que no eran solo técnicos, en el renacer de esta nueva cirugía. Y, como todo, duró diez o quince años; después se dejó de hacer. Yo todavía la hago, porque creo que tiene indicaciones. Fue un cambio de paradigma. Crosa tenía un razonamiento fisiopatológico muy fino para llegar a esas conclusiones y soluciones de una manera muy especial.

Otro tema que todavía no se ha podido encarar mucho, que yo lo vi cuando estuve en Francia, es el trasplante de pulmón, que es como una quimera, porque hay que tener quimeras en la vida, aunque uno sepa que no las va a cumplir, pero son faros que a uno lo guían para ir avanzando y disfrutando en otros temas. El trasplante en el Uruguay hay que tomarlo como algo muy serio, porque son técnicas que se pueden hacer cuando hay un plan nacional, en un centro de referencia, que tiene que ser único, con un equipo especialmente entrenado. No estamos mal, hemos avanzado en muchas cosas. Se han hecho dos trasplantes de pulmón. Hubo un intento, que se consumó en el ámbito del Instituto de Cardiología Infantil (ICI), en aquella época había un cirujano cardíaco, José Nozar, muy hábil, que quería hacer trasplante de pulmón. El cardiólogo infantil era el doctor Pedro Duhagón, que habían con-

seguido apoyos económicos, pero no tenía el apoyo del Fondo Nacional de Recursos. Se consiguió hacer igual un trasplante de pulmón en una niña, que lo hizo Nozar y ayudaron Pomi y Brandolino. Y la niña falleció al poco tiempo, a los pocos días. Después hubo otro intento, también en una niña con una hipertensión pulmonar, que se murió antes de trasplantarla o inmediatamente después, y entonces se abandonó, porque hubo problemas jurídicos también, denuncias, etcétera, con lo cual todo eso cayó. Pero para que funcione tiene que ser un programa muy bien organizado, no una operación más. Se logró hace unos años hacer un convenio binacional con la Fundación Favaloro, porque estos trasplantes se hacen en Buenos Aires, hay asesoramiento jurídico y técnico. Hay un equipo de procuración aquí, pero el trasplante se hace allá. Aquí en el servicio, aprovechando el convenio, hemos podido enviar muchachos a la Universidad de Lovaina, en Bélgica, en un centro universitario, donde podemos enviar médicos jóvenes en formación cuando son grado 2, y se capacitan en muchas áreas, particularmente en trasplante de pulmón, y dos de ellos, que son los doctores Dibarboure y Latanzio, que ya están en los 40-42 años, están haciendo las procuraciones con el equipo argentino. Antes venían los argentinos a hacer la procuración, ahora la hacen los uruguayos y se va a hacer el trasplante allá, llevando los órganos. Están yendo a colaborar en el acto del implante en Buenos Aires, y ya está decidido que las próximas procuraciones las hagan ellos solos, que ya no vengan los colegas argentinos. En la medida en que tengamos un servicio y un centro de desarrollo tal que nos permitan hacer los implantes acá, algún día los haremos. Yo ya no voy a estar, porque me retiro próximamente, pero los haremos acá. Yo les di todo mi apoyo, todo el amparo, toda la espalda que yo pueda tener, que el servicio pueda tener para apoyarlos en esto. Si es necesario, me levanto a las tres de la mañana y vengo, pero no me pidan a esta altura de mi vida que yo lo encabece. Estos muchachos ya fueron grado 2, ahora están esperando el grado 3. Antes de terminar, pedí que me crearan un cargo de grado 3 dedicado a trasplantes para darle todo el apoyo y la facultad dijo que sí, pero el cargo fue creado sin rubro, por lo cual no ha sido provisto. Eso es todo muy lento, porque esta cirugía se realiza en el mundo desde hace treinta años, pero aquí es todo muy lento.

¿Cuáles son las perspectivas para la próxima década, en Montevideo y en el país, respecto a la cirugía de tórax?

La cirugía de tórax está muy centralizada en Montevideo, muy centralizada, si bien hay cirujanos de tórax con título en el interior. Hay un chico joven que vino por acá, en Paysandú, está Néstor Campos Pierri, de Salto, que ya se retiró, y está en Rocha Tarabochia, que fue grado 2 y hace cirugías puntuales en algunos lugares del interior, opera a uno en Rocha, al otro día va a Minas y opera a otro; luego va a Treinta y Tres, opera en Maldonado. Pero no se

pueden hacer cosas de complejidad. Porque la cirugía de tórax precisa mucho soporte posoperatorio. Es una cirugía de equipo. Hay que mirar cómo se procesa en otros lados. Hay un buen equipo quirúrgico, con un buen equipo anestesiológico dedicado, con pautas que pueden cumplirse. Por la vía de los hechos se está llegando a que se opera tórax en menos centros y se procura que los equipos trabajen en menos lugares. Yo llegué a trabajar en seis u ocho lugares. Cada vez estamos centralizando más. Ahora, Gerardo Bruno está centralizando en la Asociación Española, plantó bandera y está desarrollando la especialidad. Yo hace tiempo que quedé en la Médica Uruguaya, con Ernesto Pérez Penco, que después lamentablemente falleció. Pero también estuvo Gerardo Bruno trabajando conmigo allí. Tengo muchachos jóvenes trabajando y hacemos cosas complejas. Ni que hablar que el fortalecimiento de centros públicos ha sido muy importante; estamos centralizando: vienen del Banco de Seguros del Estado, vienen de otras instituciones para operarse acá. En el Uruguay es todo muy gradual, y a veces la idea nace mucho antes de lo que se puede llevar a la realidad. Se está jerarquizando y vamos camino de ser un centro de referencia. Va a ser difícil centralizar cuando hay cirugías que son tan frecuentes, como las de cáncer de pulmón, pero la Ley de Centros de Referencia, n.º 19.666, va a apuntar a cosas más acotadas, como la cirugía de la vía aérea, por ejemplo. Cuando son tan frecuentes algunas patologías, o hay que crear varios centros o hay que regionalizar, porque no se pueden crear tantos. El nuestro es desde hace varios años, por una resolución de ASSE, el centro de referencia en patología torácica. Pero es centro de referencia en el sentido de que se puede referenciar, no porque sea obligatorio referenciarlo. Son cosas distintas. La idea que tenemos con Gerardo Bruno, que va a entrar estos días de profesor, es que se cree una unidad de vía aérea, para hacer cirugía traqueal y todo lo relacionado en este centro, para empezar a dar pasos concretos para progresar en este aspecto.

¿Cuándo se incorporó la videocirugía en cirugía de tórax?

La videocirugía anda en la vuelta desde la década del noventa. Hoy en día la mayor parte de la cirugía torácica se hace por procedimientos mínimamente invasivos. A veces discuto con los muchachos más jóvenes que esto no es un cambio de paradigma, en la medida que se hace por una toracotomía y no cambió, por ejemplo, lo que pueden ser los objetivos de la cirugía del cáncer de pulmón, que consiste en la resección tumoral y el vaciamiento ganglionar. Lo que sí cambió es la instrumentación, la técnica y la agresión menor. Pero no cambió el concepto, todavía, de la cirugía. No ha sido un cambio de paradigma en el sentido de que no marca un antes y un después. Me parece más un cambio instrumental y operativo, hasta de gestión clínica, por la abreviación del plazo de internación. Pero no cambia lo que hago yo. Se hace en todos lados, pero en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) no entró. No sé si

se olvidaron o no lo quisieron poner. Con lo cual en algunos lugares se hace y hay un *ticket* complementario, hay que pagarlo aparte. En algunos es caro, en otros no lo es tanto. Es como ocurrió con la cirugía laparoscópica, que recorrió un largo camino. Pero todos estos muchachos que están acá operan mucho mejor que nosotros por cirugía laparoscópica. Del mismo modo que si se me tranca el celular se lo doy a mi hijo y enseguida me lo resuelve, ellos nacieron con esto, como los nativos digitales. Pero no es aplicable a todos los casos. Hay que seleccionar los enfermos, pero realmente es un avance tecnológico importantísimo. Se hace en varios lugares públicos y privados, y habrá que resolver el problema del costo, para que tenga más difusión y más accesibilidad, pero se hace básicamente en todas las mutualistas; en el interior también.

Patio del Brocal, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

¿Qué espera para el futuro del desarrollo de la cirugía de tórax?

Por un lado, no ignorar al interior, aunque no es fácil implementarla allí, porque vivir solo de la cirugía de tórax es difícil. A veces uno se resiste a pensar que está definida por un convenio salarial, pero es una cirugía de baja frecuencia. Por eso tiene que haber pocos centros para tener un número importante;

el efecto volumen-centro. Porque si no se logra, las complicaciones son mucho mayores y también lo son los costos. No puede haber en cada pueblo un centro de cirugía torácica, pero tendría que haber en el país un par de ellos, por lo menos, o que se haga un cuadrante y se establezca o aprovechar las regiones de la Federación Médica del Interior (FEMI). Cuando les comento esto a los argentinos, me dicen: "¡Pero si Uruguay es más chico que la provincia de Buenos Aires! Qué vas a centralizar, dejalo en Montevideo. Nosotros tenemos uno en Córdoba, otro en Buenos Aires, y vamos en avión. Ustedes en coche van a todos lados". Un poco de razón también hay en eso. Hay que estratificar las cosas.

En la línea del tiempo, hubo todo un cambio desde la época en que los cirujanos hacían todo, la urgencia, la clínica quirúrgica, y la cirugía de tórax no estaba independizada de esa clínica: los cirujanos generales hacían el tratamiento de las patologías del esófago y la gran cirugía torácica. La cirugía cardiovascular es otro caso: Armand-Ugón empezó haciéndola y realizó una cantidad de cirugías de ductus arterioso, por ejemplo. Oscar Bermúdez escribió un libro que publicó la Facultad de Medicina por la primera mitad de la década del sesenta sobre cuadros agudos de cirugía de tórax. Eso se perdió, la cirugía general ya no se ocupa de eso. La cirugía del esófago, ¿cómo va?

En lo que tiene relación con la patología benigna del esófago, sobre todo con sus complicaciones —las perforaciones de esófago y esas cosas—, se llama al cirujano torácico. La cirugía de coordinación depende del centro, porque hay cirujanos de tórax que no quieren operarlo, dicen: "Eso es digestivo y no me meto". Están aquellos que todavía mantienen esa identidad de "hijos de la tuberculosis". Pero en el mundo el esófago es un órgano compartido. Y en el Uruguay está empezando a ser un órgano compartido. Acá hay un programa, que hemos desarrollado sobre todo con Gerardo Bruno, de cirugía esofágica por videotoracoscopía y por laparoscopía, junto con las dos clínicas quirúrgicas del Hospital Maciel, y ya en doce o dieciocho meses hubo veinte pacientes operados, sin mortalidad, en una cirugía en la que cuando yo era interno se morían nueve de cada diez. La hacemos con los cirujanos generales: nosotros hacemos el tiempo torácico y ellos hacen el tiempo digestivo, preparan el tubo gástrico, el tiempo abdominal lo hacen ellos y la sutura en el cuello también. Empezamos a compartir los órganos de frontera, es lo que se llama cirugía de la frontera. En la Médica Uruguaya, por ejemplo, están Marcelo Viola, el hijo de Humberto, que opera muy bien por laparoscopía, y Jorge Cassinelli, que se formó acá con nosotros y trabaja allá, y es cirujano de tórax. Yo voy y apoyo, les doy una mano, pero lo desarrollan ellos, que operan fantásticamente por videocirugía. Y tienen una veintena de casos operados de cáncer de esófago, en cooperación de ambas especialidades.

Una vez a Couraud, mi maestro de Francia, le preguntamos en un congreso aquí: "¿Quién tendría que operar en la cirugía de cuello y vía aérea: el otorrino o el cirujano de tórax?". Y él nos dijo: "El que lo haga bien". Con la cirugía de las fronteras siempre pasa eso en todo el mundo. ¿Quién maneja bien la tráquea? Si hay un otorrino que la maneja fantásticamente, adelante. Por supuesto, yo voy a jugar para mi lado; operamos mejor nosotros. Cada uno lleva agua para su molino. Pero ese es el panorama.

En estos últimos diez años que yo he estado acá, se consolidó la residencia, se formaron acá. Como toda cosa que se consolida, al principio van a decir que era mejor lo de antes. Pero ya están viajando, fueron dos a hacer un curso a Colombia, fueron a otro curso que se hizo en Quebec. Están viendo el primer mundo mucho más temprano de lo que veíamos nosotros. Están entrando a la especialidad más temprano. En diez o quince años vamos a ver si esto sirvió. Si no sirvió, borrón y cuenta nueva y que venga otro a hacerlo mejor. Lo que no podemos es seguir quedándonos en ese quietismo.

Jorge Nin Vivó ha sido el estratega y el canciller. ¿Por qué tengo que recordar a cada rato a mis maestros? Porque uno va al Polo, se encuentra con un pingüino y este le pregunta: "¿De dónde es?". "Soy del Uruguay, me caí de un avión acá". "Del Uruguay, ¿conoce a Jorge Nin?". Es impresionante, por el tema que sea. Abrió la cirugía torácica internacionalmente. Valentín Crosa Dorado fue el hombre más creativo, ordenado, con una enorme capacidad técnica, con conceptos modernos de riesgo, con todas las innovaciones que hizo. Y Mario Brandolino, íntimo amigo de Jorge Nin Vivó, que decía: "¿Qué querés que hagamos con este hombre, si es argentino, de origen italiano, del sur de Sicilia e hincha de Boca? ¡Es inarreglable!". Brandolino era un poco como su hermano. Tenía una inmensa capacidad técnica y de representación, de no temerle a nada, esos jugadores que van para delante, siempre. Lo que aprendimos de Mario, con una experiencia impresionante realmente, un gran dinamizador, que se formó acá, con Armand-Ugón, y con una capacidad de innovación tremenda. Fue el primero en hacer las toracoscopías, las pleuroscopías, en manejar las complicaciones, nos enseñaba a nosotros. Se quejaba siempre de que teníamos sistemas atrasados.

¿Qué recuerdos hay de Alejandro Victorica?

Quien era un gran amigo de Alejandro Victorica era Crosa. Victorica vivía solo, en un hotel en Ciudad Vieja, y era muy carrerista, gran burrero. Crosa lo ayudaba. Tengo entendido que llegaron a hacer cirugías en el Hospital Fermín Ferreira. Crosa lo admiraba profundamente y vivía haciendo cuentos sobre él. Un hombre muy ocurrente, además. Contaba Crosa: "Estábamos operando, y de repente se rompía la arteria pulmonar" (de la forma que se operaba antes, que eran auténticos pioneros de la cirugía). Se inundaba todo el campo ope-

ratorio de sangre y Victorica decía: "¡Rodamos!", como los burreros. Y él se reía solo haciendo esos cuentos.

***

Cuando ya habíamos apagado el grabador, no podíamos cesar el torrente de anécdotas. Allí Carriquiry nos relató que Crosa era tisiólogo pero durante mucho tiempo había ayudado a Armand-Ugón a operar. Un día, en la Asociación Española, tuvieron un paciente complejo y él sugirió que llamaran a Armand-Ugón para operarlo. Y lo aceptaron. Don Víctor fue a operar por primera vez a la Asociación Española. El paciente evolucionó bien. Entonces, un día lo llaman a Crosa y le dicen: "El doctor Armand-Ugón envió una factura de honorarios altísima. Vea qué puede hacer para que la ajuste". Crosa fue a hablar con don Víctor y le explicó la inquietud de las autoridades de la Española. Don Víctor le dijo: "Respóndales que esto les sale caro porque tienen que llamar a alguien de afuera. Les resultaría más económico que lo nombraran a usted para que se hiciera cargo de estas operaciones y no tener que buscar a alguien de afuera". Y así fue como nombraron a Crosa para la cirugía torácica.

Louis Couraud

Louis Couraud (1929-2016).

El profesor Louis Couraud nos dejó el 11 de octubre de 2016, en su casa, rápida pero pacíficamente, a la edad de 87 años, sin enfrentar los difíciles momentos de hospitalización y cuidados paliativos al final de la vida gracias a su esposa, Patricia.

Nacido en Charentes Marítimos, en una familia modesta, egresado de la academia de Poitiers en 1948, se unió a Burdeos para buscar una carrera médica en 1949. Rápidamente recurrió a la cirugía durante su pasantía, primero como ayudante de Anatomía, luego prosector en la Facultad de Medicina de Burdeos, de 1957 a 1959. Se integró a la cirugía torácica en 1960 como jefe de clínica en las clínicas pleuro-pulmonares del Hospital Xavier-Arnozan, un servicio médico-quirúrgico conjunto en ese momento, compartido por dos mecenas, los profesores Paul Fréour y Pierre Laumonier. Nombrado profesor asociado de Cirugía en la Facultad de Medicina de Burdeos en 1963, se convirtió en jefe del Departamento de Cirugía Torácica, cargo que ejerció entre 1974 y 1996, año de su retiro.

Su carrera profesional fue notable en todos los aspectos. Cirujano riguroso e incansable, con una mente aguda y concisa, preocupado por el pro-

greso y la innovación, desarrolló todas las facetas de la cirugía torácica a lo largo de décadas, en beneficio de los pacientes, sin mencionar la anestesia torácica con el doctor Alain Bruneteau.

Al regresar de Toronto en 1987, estableció la Unidad de Trasplante Pulmonar y Cardiopulmonar de Burdeos con la profesora Eugène Baudet y la doctora Claire Dromer. Maestro clarividente, su concisión le permitió presentar su experiencia, ideas y progreso de una manera muy clara, ganando de inmediato la convicción de todos sus estudiantes y colegas, incluso los extranjeros.

Sus comunicaciones y publicaciones nacionales e internacionales fueron muy numerosas y apreciadas, ofreciéndole la oportunidad de ser invitado a menudo a congresos de prestigio, pero también de organizar varias en Burdeos. Miembro de muchas sociedades eruditas, contribuyó a ellas con verdadero placer, incluso cuando no le gustaba hablar en idiomas extranjeros.

También estuvo profundamente involucrado en la creación de la Sociedad Europea de Cirugía Cardio-Torácica, en la Sociedad Francesa de Cirugía Torácica y Cardiovascular, al más alto nivel de la universidad como miembro del Consejo Nacional de Universidades y en el Centre Hospitalier Universitaire como miembro de la Continuing Medical Education, todo esto durante muchos años.

Fue pionero, reconocido mundialmente, en muchas áreas, incluida la cirugía laringo-traqueal y, desde 1988, en el campo del trasplante pulmonar y cardiopulmonar. Fue jefe de servicio, el jefe. Un jefe muy exigente, sin duda, pero generoso, disponible, abierto y escuchando a los pacientes primero, pero también a todo el personal de su departamento. Sus estudiantes de cirugía, muchos de los cuales eran extranjeros, fueron educados en el crisol de esta escuela de cirugía torácica que había creado en Burdeos, una escuela de rigor intelectual y técnico, de honestidad médica, de innovaciones sin olvidar nunca la consideración del paciente y el código de ética.

Amante de viajar, su naturaleza abierta, su forma de pensar, su curiosidad intelectual sobre todos los temas le permitieron forjar amistades personales y profesionales duraderas con colegas franceses, pero también de España, Italia, América del Sur y otras partes del mundo.

Una vez liberado de su trabajo profesional, Louis Couraud, lleno de actividades y proyectos, interesado en la enología, disfrutando de los placeres de la mesa, la caza, la pesca y la cuenca de Arcachon, se dedicó a su familia, sus amigos, sus polos de interés y su jardín. Su partida es más que profunda y tristemente sentida por las personas que lo acompañaron, lo apreciaron y lo amaron durante todos estos años.

Todos sus alumnos se unen para expresar su congoja y tristeza y enviar sus sinceras condolencias a su esposa, sus hijos y nietos. (Homenaje del doctor Jean-François Velly).

Frederick Griffith Pearson

Frederick Griffith Pearson (1926-2016).

Canadá ha perdido un notable cirujano y líder. El doctor Frederick Griffith "Griff" Pearson, de 90 años, murió en Kitchener, Ontario, el 10 de agosto de 2016, rodeado por su esposa, Hilppa Pearson, y su familia.[250]

Griff nació y se crio en Toronto como hijo de un optometrista y una madre iluminada. Fue un estudiante brillante. Asistió a la Universidad de Toronto, donde su maestro de ciencias, el doctor Kroll, lo alentó a convertirse en médico. En 1949, se graduó con medalla de plata en medicina. Después de su pasantía en el Hospital General de Toronto, pasó un año en práctica general en Port Colbourne, Ontario. Luego regresó a la Universidad de Toronto, donde investigó con Wilfred G. Bigelow, estudiando hipotermia para cirugía cardíaca y los "misterios de la hibernación". Su amor por el norte lo llevó a la apartada ciudad de Wawa, Ontario, por tres años, donde la falta de atención especializada lo expuso a todos los aspectos de la medicina, la cirugía y la obstetricia. Él prosperó en este ambiente y desarrolló su gran sentido de siempre poner al paciente primero. En 1955, regresó para completar su residencia en cirugía general en la Universidad de Toronto. En 1957, mientras era residente, representó a la cirugía en el establecimiento de una unidad de insuficiencia respiratoria de cuatro camas en el Hospital General de Toronto, la primera en Canadá.

Después de convertirse en miembro del Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, en 1958, fue asesorado por los doctores Fred Kergin y Robert Janes para continuar estudios en cirugía pulmonar y esofágica. Recibió una beca de viaje McLaughlin que le permitió trabajar con Ronald Belsey en el Hospital Frenchay, en Bristol, Reino Unido. Belsey no solo le enseñó a Griff los matices de la cirugía esofágica, sino que también grabó en él la importancia de un cuidadoso seguimiento de por vida de los pacientes que se someten a nuevas operaciones. La información obtenida de estas clínicas permitió a Griff mejorar la operación de hernia de hiato Mark IV del señor Belsey, al agregar la gastroplastia Collis para alargar el esófago en pacientes con esófago acortado. En 1960, viajó a Copenhague, Dinamarca, para aprender sobre la ventilación mecánica prolongada por ventilación con presión positiva. Observó lesiones graves en la laringe y la tráquea que lo llevaron a desarrollar un interés de por vida en la cirugía traqueal y laríngea. En Estocolmo, Suecia, visitó al Dr. Eric Carlens para investigar el uso de un tubo de doble luz (Carlens) para proporcionar ventilación con un solo pulmón durante las toracotomías. El Dr. Carlens también le mostró a Griff

250 Finley, R. J. MD Remembering Dr. Frederick Griffith Pearson. *Can. J. Surg.*, 2016, 59(6): 367-368.

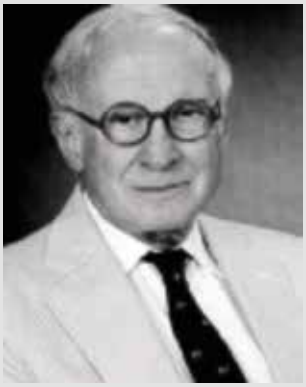
el uso de un mediastinoscopio para biopsiar los ganglios linfáticos paratraqueales, hiliares y subcarinales en la estadificación del cáncer de pulmón. A su regreso a Toronto, Griff defendió esta técnica en toda América del Norte para prevenir las toracotomías inútiles en pacientes con metástasis de cáncer de pulmón mediastínico no resecable. Con la ayuda del doctor Bob Ginsberg, formó en Toronto el primer grupo quirúrgico cooperativo norteamericano (The Lung Cancer Study Group). Desde entonces, el equipo de Toronto ha sido líder en ensayos clínicos sobre el tratamiento del cáncer de pulmón y esófago en América del Norte. En 1960, Griff regresó al Hospital General de Toronto, donde rápidamente se estableció como un cirujano clínico e investigador atento. En 1967, se unió al doctor Norman Delarue para comenzar la primera División de Cirugía Torácica en Canadá. Sus estudiantes lo llamaron "el flautista de la cirugía torácica". Su alegría, curiosidad, asombro, habilidades claras de comunicación y agilidad quirúrgica atrajeron a cirujanos, médicos y enfermeros de todo el mundo a unirse al equipo torácico del Hospital General de Toronto. Griff estableció un programa de capacitación en cirugía torácica que fue reconocido por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada en 1977 como una especialidad separada. Este programa ha sido una plantilla para programas de capacitación en América del Norte y el mundo. La mayoría de los graduados del Programa de Toronto ahora son líderes en el campo de la cirugía torácica general en Canadá y en toda América del Norte y del Sur, Europa y Asia.

Griff estableció el primer laboratorio de investigación en cirugía torácica en Canadá. Este tipo de laboratorio ha realizado importantes contribuciones en cirugía de vías aéreas, trasplante de pulmón y oncología pulmonar. Basado en los descubrimientos de investigación de este laboratorio, el equipo de trasplante de pulmón de Joel Cooper, Bill Nelems, Tom Todd, Mel Goldberg y Alex Patterson, del Hospital General de Toronto, llevó a cabo el primer trasplante de pulmón exitoso en el mundo, en 1983. Con el liderazgo de los doctores Shaf Keshavjee y Tom Waddell, este grupo continúa innovando en el trasplante de pulmón y la regeneración de tejidos y ahora lleva a cabo más de 120 trasplantes de pulmón al año.

Siempre humilde, Griff fue honrado al ser nombrado cirujano jefe del Hospital General de Toronto, presidente de la Asociación Estadounidense de Cirujanos Torácicos, miembro de la Orden de Canadá y miembro honorario de cinco sociedades torácicas internacionales. Griff fue el editor principal de las ediciones primera y segunda del popular libro de texto *Cirugía torácica y esofágica de Pearson*. Recientemente, fue coautor de *Evolution of Thoracic Surgery en Canadá*, con los doctores Jean Deslauriers y Bill Nelems.

Su mayor legado fue como maestro y mentor. Tenía una clara comprensión de la práctica de la cirugía torácica y todos sus matices. Su ética, enseñanza y descubrimientos continúan influenciando a los cirujanos torácicos en todo el mundo. Canadá realmente ha perdido un genio quirúrgico.

Hermes Grillo



Hermes C. Grillo
(1923-2006).

El *Brown Alumni Magazine* (BAM) de julio-agosto de 2006 llevó una nota final de clase de Hermes C. Grillo, en la que informó que "todavía estaba escribiendo, enseñando y poniendo" en la División de Cirugía Torácica del Hospital General de Massachusetts. También estaba, como era su costumbre, viajando. "Víspera de Año Nuevo de nuevo en la Toscana", continuaba, "luego a la India a través de Zúrich, a Cremona, Toscana y Asís en el otoño, y tal vez a París y las rutas del vino en la primavera (Champaña, Borgoña, Ródano). ¡Lo mejor es seguir moviéndonos mientras podamos!". El 14 de octubre, solo once días después de cumplir 83 años, Grillo murió en un accidente automovilístico en Rávena, Italia. Su esposa, Charlotte Robinson Grillo, conocida como Sue, resultó gravemente herida. Se dirigían a Asís, donde el doctor Grillo debía entregar un artículo en la Asociación Italiana de Cirugía Torácica.

Considerado ampliamente como el padre de la cirugía traqueal moderna, Hermes Grillo fue un cirujano legendario al que consultaron pacientes de todo el mundo. Para muchos fue la última esperanza. En 1955 se convirtió en el primer jefe de cirugía torácica en el Hospital General de Massachusetts, puesto que ocupó hasta 1994. El informe anual de ese año contó la historia de una niña de 12 años cuyos padres la habían llevado a Boston desde Leicester, Inglaterra. Las anomalías congénitas en los vasos sanguíneos que salían de su corazón le habían causado la contracción de la tráquea, estrangulándola literalmente a medida que crecía. En una cirugía de doce horas, Grillo y un colega desviaron los vasos sanguíneos rebeldes y expandieron las vías respiratorias de la niña, quien regresó a su hogar en Inglaterra, donde "ahora patina, juega al tenis y monta caballos".

Además de tratar pacientes, Grillo era profesor de Cirugía en la Facultad de Medicina de Harvard y escribió más de 350 artículos y capítulos. Su libro de texto de 2004, *Cirugía de la tráquea y los bronquios*, se considera definitivo.

Grillo creció en Providence, asistió a la escuela secundaria clásica y viajó a Brown junto con su hermano mayor, Elmer. Determinado a convertirse en médico, Hermes Grillo estudió química y se graduó *summa cum laude*. Recibió su título de médico de Harvard en 1947 y comenzó su internado quirúrgico y su residencia en el Hospital General de Massachusetts. En 1951, durante la guerra de Corea, se unió a la Marina y se desempeñó como cirujano de combate en la Primera División de Marines. Recibió una medalla de

elogio con Combat V y la Cinta de la Campaña Coreana con tres estrellas de batalla. Después de un año en el Hospital Naval de Estados Unidos, en Santa Alba, Nueva York, regresó a Boston, donde completó su entrenamiento quirúrgico y se unió al personal del Hospital General de Massachusetts. Se retiró oficialmente de la cirugía en el año 2000, pero continuó trabajando en el hospital hasta su muerte. En 2002, se estableció en su honor la Cátedra Hermes C. Grillo en Cirugía Torácica, en el Hospital General de Massachusetts y la Facultad de Medicina de Harvard.

Grillo se desempeñó como presidente de la Sociedad de Cirujanos Torácicos, la Asociación de Directores de Cirugía Torácica y la Sociedad Quirúrgica de Boston. También fue director de la Junta Estadounidense de Cirugía Torácica y ocupó puestos en muchas juntas editoriales nacionales y comités educativos. Profesor visitante en todo el mundo, fue miembro honorario de quince sociedades quirúrgicas y recibió numerosas medallas y premios, incluida la Medalla Henry Jacob Bigelow por sus extraordinarias contribuciones al avance de la cirugía.

Además de su esposa, que vive en Cambridge, Massachusetts, a Hermes Grillo le sobreviven un hijo y tres hijas, incluida Amy Grillo Angell, de Dummerston, Vermont. Su exesposa, Dorothy Whittier Grillo, vive en Wells, Vermont.

Epílogo
Devenir y perspectivas de la cirugía de torácica en el Uruguay

Por Guillermo Carriquiry

A lo largo del tiempo la cirugía torácica ha ido evolucionando en función de necesidades asistenciales vinculadas a la aparición de enfermedades que se tornan dominantes y son sucesivamente desplazadas por otras nuevas. Este hecho, común a toda la medicina, estimula el mejoramiento de medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y reinserción social. La investigación básica, experimental y clínica se han ido constituyendo en un auxiliar imprescindible del pensamiento médico, que, apoyado en la metodología científica, intenta superar los escenarios mórbidos de cada tiempo y afrontar nuevos desafíos. El desarrollo tecnológico ha acompañado esta evolución y se ha erigido en un auxiliar imprescindible.

En nuestro medio la cirugía torácica se ha desarrollado en términos generales ligada a infecciones (tuberculosis, equinococosis, neumonías complicadas), enfermedades oncológicas (pulmón, esófago, pleura, pared y mediastino) y traumatismos, patologías de la vía aérea, como se ha reseñado antes en esta obra. La patología dominante ha ido dando nombre a cada ciclo. Así, se hace referencia a la era de la tuberculosis, de la hidatidosis, del cáncer de pulmón, de la epidemia traumática, de las estenosis traqueales, etcétera. En cada ciclo, las modalidades de tratamiento quirúrgico se han adaptado y desarrollado según las necesidades. En la era de las tuberculosis las diferentes toracoplastias, las resecciones pulmonares para el cáncer, los procedimientos de osteosíntesis en los traumatismos, las resecciones traqueales y laringotraqueales para las estenosis. Es interesante señalar que, como sucede con los avances diagnósticos y farmacológicos, las nuevas modalidades de tratamiento quirúrgico no necesariamente eliminan a las precedentes, sino más bien definen indicaciones más precisas y mucho menos frecuentes, a veces, incluso, excepcionales. Pasaremos muy brevemente revista de algunos procedimientos "históricos" que marcaron épocas bien definidas, a los que esporádicamente es necesario recurrir.

Toracoplastias

Fueron ideadas para colapsar permanentemente las cavidades pulmonares tuberculosas a través de la resección de varias costillas. Desde fines del siglo XIX se describieron innumerables técnicas. Con el advenimiento del tra-

tamiento medicamentoso de la tuberculosis, la cirugía de colapso cayó en desuso; sin embargo, aunque muy raras veces, es necesario recurrir a una toracoplastia para el tratamiento del espacio pleural crónicamente infectado con pulmón imposible de expandirse. La cirugía videoasistida ha desarrollado un amplio campo de acción en el diagnóstico de algunas formas de tuberculosis (pleural, lesiones pulmonares difíciles de catalogar). Las resecciones pulmonares anatómicas por secuelas de tuberculosis (hemoptisis, bronquiectasias) siguen vigentes.

Ventana pleural

También llamada ventana pleurocutánea o toracostomía abierta (*open window thoracostomy*) tuvo su auge promediando el siglo XX en el tratamiento del empiema tuberculoso. Al igual que las toracoplastias, fue relegada por el éxito del tratamiento médico. No obstante, la técnica mantiene vigencia en casos seleccionados de empiemas crónicos con pulmón no expansible, refractarios a otras medidas. Por otra parte, el advenimiento de nuevas técnicas para el tratamiento de otras patologías (neumonectomía por cáncer de pulmón) generó complicaciones, como el empiema posneumonectomía, que se beneficia con frecuencia de la realización de una ventana pleural.

Decorticación

La decorticación pulmonar, en sus diversas modalidades, ha sido por años la operación de elección para el empiema pleural crónico con pulmón atrapado. Los avances diagnósticos y las nuevas generaciones de antibióticos han disminuido la incidencia de los empiemas crónicos. No obstante, sigue habiendo casos que requieren decorticaciones clásicas. Modernamente, la cirugía videoasistida permite, en etapas más tempranas, realizar la neumólisis mediante una desfibrinación y en casos evolucionados, una decorticación formal sin necesidad de hacer siempre una toracotomía.

Cirugía de la hidatidosis

Las campañas de erradicación de la hidatidosis han sido muy efectivas. En la actualidad, la equinococosis pulmonar, al menos en el área metropolitana, es una rareza. Las operaciones descritas por Víctor Armand-Ugón y por Velarde Pérez Fontana, preservadoras de parénquima pulmonar, tan válidas conceptualmente y frecuentes otrora, son realizadas de modo esporádico. Los pocos casos de hidatidosis que se deben afrontar ya no son los quistes hialinos, sino más bien formas más complejas, evolucionadas o secuelares, que requieren resecciones pulmonares (antiguamente excepcionales) y aun procedimientos asociados abdominales complejos.

Resecciones pulmonares

Las resecciones pulmonares regladas han significado un avance sustancial en el tratamiento del cáncer de pulmón en la segunda mitad del siglo XX. A pesar de los avances producidos en otras modalidades de tratamiento oncológico, mantienen plena vigencia. Constituyen el único tratamiento efectivamente curativo en estadios tempranos. Se han precisado sus indicaciones en todos los estadios, jerarquizando su intención curativa o aun paliativa. Desde las primeras resecciones, se han producido muchas variantes en sus indicaciones y técnicas. Las resecciones se realizan hoy con mayor seguridad, precisión, menor morbimortalidad y han expandido sus horizontes, tanto en casos avanzados como de inicio. La mediastinoscopía introducida por Harkens y Carlens en la década del cincuenta e impulsada por Pearson y Martini entre los años sesenta y ochenta, ha sido un adelanto sustancial en la estadificación y el entendimiento de la enfermedad N2 y su tratamiento. Hoy día mantiene claras indicaciones. El conocimiento de la enfermedad N2 desde el preoperatorio ha permitido enriquecer el tratamiento multimodal del cáncer de pulmón y su secuencia. Brandolino, en nuestro medio, ha sido el gran impulsor de la mediastinoscopía. El EBUS, de reciente introducción en el país, ha comenzado a difundirse en el relevamiento biópsico de los ganglios mediastinales.

El aporte de la tecnología ha sido decisivo para lograr estos objetivos y se avizoran aún nuevos adelantos La cirugía videoasistida merece especial destaque en este sentido. La miniinvasión en cirugía sigue evolucionando y la robótica gana terreno. No por ello la cirugía a cielo abierto ha caído en el olvido y mantiene vigencia. El paradigma resectivo sigue siendo el mismo: resección pulmonar (de diversa extensión) y relevamiento-vaciamiento ganglionar.

Algunas patologías benignas también pueden requerir resecciones pulmonares.

Cirugía del enfisema

La cirugía del enfisema estuvo clásicamente limitada a la resección de bullas (enfisema localizado). Brantigan, en 1959, introdujo la cirugía del enfisema con afectación pulmonar más difusa, sin embargo, no tuvo mayor aceptación en el mundo por su elevada morbimortalidad. Crosa, en nuestro medio, la impulsó desde sus comienzos, logrando excelentes resultados a través de una inteligente selección de pacientes y empleando una técnica totalmente novedosa. Cooper, en los noventa, relanzó la cirugía de reducción de volumen pulmonar con inusitado suceso y rápida difusión universal. Esto condujo a un aumento de costos y resultados no siempre satisfactorios. El Ensayo Nacional para el Tratamiento del Enfisema (NETT, por su sigla en inglés), ideado para contener el entusiasmo desmedido con la cirugía del enfisema, además de precisar sus indicaciones tuvo el efecto de relegar la cirugía de reducción

de volumen. No obstante, en los últimos años esta ha vuelto a consideración y varios centros han reivindicado su validez. La técnica se realiza por cirugía videoasistida y las indicaciones señaladas por Crosa y Cooper, y refinadas por el NETT, se mantienen. En el Hospital Saint Bois, primero, y luego en el Hospital Maciel, la reducción de volumen nunca se abandonó.

La reducción de volumen por fibrobroncoscopía con colocación de válvulas endobrónquicas ha demostrado utilidad en pacientes seleccionados. No es ya de uso habitual en nuestro medio.

Cirugía traqueal

La cirugía traqueal, la subdivisión de la cirugía torácica de más tardía incorporación en todo el mundo, fue impulsada en Uruguay desde sus comienzos por los doctores Nin Vivó y Brandolino, en las últimas décadas del siglo XX. Tomando como modelo las escuelas francesa y canadiense, la cirugía de la vía aérea se realiza con asiduidad en nuestro medio. Paulatinamente se han ido incorporando avances sustanciales tanto en el campo de la cirugía como en el de la endoscopía intervencionista. Los resultados son comparables a los estándares internacionales.

Traumatismos

Diversas técnicas de osteosíntesis costal se han empleado en Uruguay en consonancia con los avances tecnológicos internacionales. Merece especial destaque el uso de prótesis costales de acrílico cristal creadas e impulsadas por Crosa. En la actualidad, el uso de prótesis costales de titanio ha ido desplazando a las de otros materiales. Es interesante destacar que las indicaciones de osteosíntesis no solo se han mantenido, sino que otras nuevas se han ido incorporando.

Evolución estructural

Un hecho relevante en la evolución de la cirugía torácica en Uruguay ha sido la creciente tendencia a realizarla en equipo, integrando personal estable de distintas especialidades médicas concurrentes, así como de enfermería y licenciaturas afines. La radicación del servicio del MSP y la Facultad de Medicina al Hospital Maciel significó un claro avance en las interrelaciones con otras especialidades, fundamentalmente con terapia intensiva. El abordaje de nuevas complejidades fue su lógica consecuencia. La centralización incipiente a la que estamos asistiendo permite la referenciación de ciertas patologías complejas. A su vez, se genera la concentración de nuevas tecnologías. Todo este proceso aumenta el volumen operatorio y optimiza el efecto volumen–equipo-centro. La participación de la Cátedra de Cirugía Torácica de la Facultad de Medicina en forma coordinada con el servicio de ASSE asegura programas

formativos (nacionales y de intercambio internacional), académicos y de investigación. La cirugía torácica ha devenido en una especialidad con identidad propia, que no depende ni de la neumología ni de la cirugía general. Se asiste así a un cambio estructural y funcional de la especialidad.

Perspectivas

El auge de patologías dominantes en cada era de la cirugía va marcando los tiempos de la acción médica y quirúrgica. Paralelamente, los avances tecnológicos van modificando ese accionar. El proceso intelectual en la toma de decisiones se ve enriquecido, cuando no desbordado, por un torbellino de información digitalizada, inabarcable, que es necesario procesar, ordenar y ponderar. El camino de la invasión mínima es un camino sin retorno que va a profundizarse.

La formación de los futuros cirujanos torácicos a través de la residencia de inserción primaria generará expectativas que deben ser atendidas. Los próximos cirujanos torácicos estarán habilitados para el ejercico profesional a una edad más temprana, serán los grandes dinamizadores y modernizadores de la especialidad y quienes manejen y gestionen las innovaciones tecnológicas. Serán, asimismo, los propulsores de nuevas ideas, como corresponde a las generaciones jóvenes. No obstante, deberán ser guiados y moderados por cirujanos de experiencia. El acceso temprano a la especialidad no exime de cumplir con un período formativo y de incorporación de experiencia y pensamiento, que va a seguir insumiendo alrededor de diez años. El plan de estudios de la formación en cirugía torácica irá necesariamente incorporando conceptos inherentes a disciplinas afines (biológicos, inmunológicos, bioquímicos, etc.). Nuevos escenarios asistenciales, tecnológicos y de investigación exigirán nuevas modificaciones formativas. El relacionamiento con la industria requiere cada vez más de un encuadre ético que va más allá de una simple declaración de conflicto de intereses. La libertad de pensamiento y de acción son valores que deben ser jerarquizados y preservados en toda acción de colaboración.

En este contexto, algunos paradigmas van a cambiar, otros permanecerán. En un escenario humanista el paciente será siempre el norte. A los anhelos de curación y paliación se irán agregando los de recuperación funcional y reinserción social. La decorticación pulmonar, la cirugía de las estenosis traqueales, la reducción de volumen, la osteosíntesis costal, el trasplante pulmonar, etcétera, son claros ejemplos de cirugía de recuperación funcional.

La devastadora pandemia por SARS-CoV-2 nos retrotrae a las épocas de la tuberculosis. Pulmones blancos, destruidos, fibróticos, cavitados; neumotórax y empiemas complejos. Aún no sabemos lo que nos espera. La cirugía torácica deberá seguir reinventándose al compás de los nuevos desafíos que se presenten. La historia relatada en este volumen no es solo para su registro,

es reconocimiento y fuente de inspiración para resolver problemas futuros, es memoria, es experiencia colectiva proyectada. Corresponde a las nuevas generaciones de cirujanos torácicos gestar los cambios de los tiempos futuros y seguir escribiendo esta historia.

Referencias bibliográficas

ABELLO, J. La parálisis artificial del diafragma (ponencia). En Academia Médico-Quirúrgica Española, *Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.* Madrid: Graf Uguina, 1941.

ABOUD, F. C. y VERGHESE, A. C. Evarts Ambrose Graham, empyema, and the dawn of clinical understanding of negative intrapleural pressure. *Clinical Infectious Diseases*, 2002, 34: 198-203.

ADLER, A. M. *Primary malignant growths of the lungs and bronchi. A pathological and clinical study*. Londres: Longmans, Green, and co., 1912.

ARDAO, H. El enema de pentothal como anestesia de base en niños: nota previa. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020, 18(3).

ARMAND-UGÓN, V. Neumonectomía al cauterio. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo*, 1931.

ARMAND-UGÓN, V. El sueño crepuscular en los operados con anestesia local. *Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo,* Sesión del 26 de mayo de 1932.

ARMAND-UGÓN, V. *El tórax quirúrgico*. Montevideo: Editorial Científica SMU, 1938.

ARMAND-UGÓN, V. Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay,* 1947.

ARMAND-UGÓN, V. Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.* Sesión del 23 de abril de 1947.

ARMAND-UGÓN, V. y PÉREZ DAVANT, D. Indicaciones y elección de las intervenciones quirúrgicas en los tuberculosos pulmonares tratados con antibióticos y quimioterapia. *El Tórax*, 1954.

ARNOLETTI VIRGINIO, J. P. *Antonio Lladó (1881-1935) El primer cirujano de Rocha*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/antonio_llado_primer_cirujano_rocha.pdf.

ASAMURA, H. In Memoriam. *Journal of Thoracic Oncology*, 2007, 2(4): pp. 261-262. Disponible en https://www.jto.org/article/S1556-0864(15)30065-4/fulltext.

AVICENNA (Abü Ali al-Hysayn ibn Abd Allah ibn Sina). The Canon of Medicina (al-Quanun fi'l – tibb). Adaptado por Laleh Bakhtiar. Chicago: Great Books of the Islamic World, Inc., 1999.

BADO, J. L. José Luis Roglia. En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo II. Montevideo: Rosgal, 1989. Disponible en http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/roglia.pdf.

BARMAIMON, E. *Antonio Cañellas Martínez*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/canellas.pdf.

BARTRINA, L. El tratamiento de las lesiones pulmonares cavitarias por el "plombaje". Cirugía del Tórax. Clínica La Charité, Berlín. (Prof. Sauerbruch). *Ars Medica*, 1931, 65: 27-34.

BENEDEK, P.; PRADINES, J. C.; RÍOS BRUNO, G. A.; VÁZQUEZ VARINI, F. S. y VENTURINO, W. *Pedro Larghero, cirugía y pasión*. Montevideo: edición independiente, 2000.

BERMÚDEZ, O. *Cuadros agudos del tórax. Aspectos quirúrgicos*. Montevideo: Editorial Científica de la Facultad de Medicina, 1960.

BERRY, F. B., *et al. Thoracic Surgery.* Volume 1. Surgery in World War II. Washington, DC: Medical Department, United States Army, 1963.

BJORK, V. O. Thoracoplasty: a new osteoplastic technique. *J. Thorac. Surg*., 1954.

BRANDA, M. J., *et al.* Relato bronquiectasias. *Sociedad Argentina de Cirugía Torácica*, 2014.

BRANTIGAN, O. C. Surgical treatment of pulmonary emphysema. *W. V. Med. J.*, 1954, 50(10).

BRAUER, L. Die behandlung der enseltigen lungenphtisis mit kunstlichen pneumothorax (nach Murphy). *Munch Med. Wochensehr*, 1906.

CARSON, J. *Essays physiological and practical*. Liverpool: BF Writh. 1882.

CASSINELLI, N.; SALSAMENDI, M. J. y QUIRÓZ, D. La anestesia en la cirugía toracopulmonar. *Cirugía del Uruguay*, 1975.

CASTIGLIONI, A. *Historia de la medicina*. Primera edición española, traducida de la segunda edición italiana. Barcelona: Salvat, 1941.

CHURCHILL, E. D. The surgical treatment of carcinoma of the lung. *15th Annual Meeting of the AATS*. Ann Arbor, Michigan, 1932,

CONACHER, I. D. The King's Anaesthetic. *Journal of Medical Biography*.

Congreso Mundial de Hidatidología. *XXIII Congreso Mundial de Hidatidología. Resúmenes*. Colonia del Sacramento: OPS, Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, Asociación Internacional de Hidatidología, 2009.

CRESTANELLO, F. A. *Historia de la cirugía en el Uruguay*. Conferencia en el 90° aniversario de la fundación de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 2010.

CRESTANELLO, F. A. *Abel Chifflet: el equilibrio entre espíritu, ciencia y arte en cirugía*. Montevideo: Tradinco, 2012.

CRESTANELLO, F. A. Academia Nacional de Medicina, 40 años de avances y realizaciones 1976-27 de diciembre-2016.

CROSA DORADO, V. L.; POMI, J.; PÉREZ PENCO, E. J. y CARRIQUIRY, G. Treatment of dyspnea in emphysema: Pulmonary remodeling. hemo- and pneumostatic suturing of the emphysematous lug. Department of Surgery, Hospital Saint Bois, Montevideo, Uruguay. *Research in Surgery*, V(3): 152-155.

CROSA DORADO, V. L.; POMI, J.; PÉREZ PENCO, E. J. y CARRIQUIRY, G. Treatment of dyspnea in emphysema: pulmonary remodeling. Hemo and pneumostatic suturing of the emphysematous lug. Department of Surgery, Hospital Saint Bois, Montevideo, Uruguay. *Research in Surgery*, 1992, V(3).

DESLAURIERS, J. Birth of airway surgery and evolution over the past fifty years. *Thorac. Surg. Clin*., 2018, 28.

DESLAURIERS, J.; NELEMS, B. y GRIFFITH PEARSON, F. *Evolution of thoracic surgery in Canada / Évolution de la chirurgie thoracique au Canada*. Decker Intellectual Properties, 2015.

DESLAURIERS, J.; PEARSON, F.G. y NELEMS, B.: Evolution of thoracic surgery in Canada. *Can. Respir. J.*, 2015, 22(2): 72-73.

DI BELLO, R.; GONZÁLEZ PUIG, R.; FOGEL DE KORC, E.; TEJEDOR, A. y FELDMAN, S. Calcificación de la aurícula izquierda. *El Tórax*, 1964, XIII(1).

DI BELLO R. y MENÉNDEZ, H. *Echinococosis of the Heart*. Montevideo: Pronto, 1983.

DOMAGALA-KULAWIK, J. y TROJNAR, A. Lung Cancer in women in 21th century. *J. Thorac. Dis.*, 2020, 12(8): 4398-4410.

DUMON, J. F. y DÍAZ JIMÉNEZ, J. P. *Endoscopía respiratoria y láser*. Barcelona: Tecnograf, 1991.

DUMON J. F.; REBAUD, E.; GARBE, L. y MERIC, B. Treatment of tracheobronchial lesions by laser photoresection. *Chest*, 1982, 81: 278-284.

DUMON J. F.; SHAPSHAY, S. M.; BOURCEREAU, J.; CAVALIERE, S.; MERIC, B.; GHARBIN, N. y BEAMIS, J.F. Principles for safety in application of de neodynium-Yag laser in broncology. *Chest*, 1984, 86: 163-168.

EDMUNDS, L. Henry Jr: Our Surgical Heritage: Benson Bertheau Roe, MD, july 7, 1918 – august 6, 2012. *Ann. Thorac. Surg.*, 2013, 95:767-9.

ELLIS, H. Suture of a stab wound of the heart. *Journ. Perioper. Pract.*, 2015, 25(7-8): 144.

ESTAPÉ CARRIQUIRY, G. Alfredo Ruiz Liard. *Noticias del SMU*, 1997, (88), octubre.

FAHAEUS, R. *Historia de la medicina*. Barcelona: Gustavo Gili, 1956.

FERNÁNDEZ ORIA, W. Curare y tórax abierto. *Bol. Cir. Uruguay*, 1947.

FERNÁNDEZ ORIA. W.; SCASSO, J. C. y CAÑELLAS, A. Curare en cirugía general. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 1947, XVIII: 298-307.

FINLEY, R. J. MD Remembering Dr. Frederick Griffith Pearson. *Can. J. Surg.*, 2016, 59(6).

FORLANINI, C. A contribuzione della terapia chirurgica della tisi: Ablazione del pulmone, pneumotorace artificiale? *Gazz. degli Ospedale e della Clinishe di Milano*, 1882.

FOSSATI, A. Contribución al estudio del crecimiento del quiste hidático de pulmón. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 1942.

FOSSATI, G. H. Américo F. Fossati (1886-1944). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.

FRIEDRICH, P. L. Die operative beeinflusung einseitiger lungenphthise dutch totale brustwandmobilisierung und lunfenentspannung. *Ach. Klin. Chir.*, 1908.

GARRISON, F. H. *Historia de la medicina*. México: Interamericana, 1966.

GLOVER, R. P.; CLAGETT, T. H. y HINSHAWS, C. Streptomycin in resection in pulmonary tuberculosis. Report of five cases. *Amer. Rev. Tuberc.*, 1947.

GONZÁLEZ ARAGONESES, F.; JIMÉNEZ MAESTRE, U. y HERNANDO TRANCHO, F. *Historia de la cirugía torácica (- 1936)*. Madrid: Fundación Sociedad Española de Cirugía Torácica, 2020.

GONZÁLEZ MÍGUEZ, L. A. *Antonio Cañellas Martínez*. Disponible en http://www.suhm.uy/wp/wp-content/uploads/2018/11/ANTONIO-CA%C3%91ELLAS-MART%C3%8DNEZ-1916-1984.pdf.

GRAHAM, E. Pneumonectomy with the cautery: a safersubstitute for the ordinary lobectomy in cases of chronic suppuration of the lung. *JAMA*, 1923, 81: 1010-1012.

GRILLO, H. C. (ed.). *Surgery of the trachea and bronchi*. B. C. Decker, 2003.

GRILLO, H. C. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 1: Techniques of tracheal surgery. *Ann. Thorac. Surg.*, 2003.

GRILLO, H. C. Development of tracheal surgery: a historical review. Part 2: Treatment of tracheal diseases. *Ann. Thorac. Surg.*, 2003, 75.

GRILLO, H. C. The history of tracheal surgery. *Chest Surg. Clin. N. Am.*, 2003.

GRMEK, M. D. *Laennec: entre la pathologie et la clinique* (Histoire et Philosophie des Sciences, Paris-I-Sorbonne). Tesis doctoral, 1985.

GUTIÉRREZ BLANCO, H. Médicos uruguayos ejemplares, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988.

GUTIÉRREZ BLANCO, H. *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo II. Montevideo: Rosgal, 1989.

HASTINGS, J. y STOCRKS, R. A case of tuberculous excavation of the lung treated by perforation of the cavity through the walls of the chest. *London Med. Gaz*., 184.

HAYWARD, J. A. *Historia de la medicina*. México: Breviarios del Fondo de Cultura Económica, 1956.

HEIN, J. La toracoplastia. En Hein, J.; Kremer, W. y Schmidt, W., *Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar*. Barcelona: Labor, 1943.

HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS. *Centenario del Hospital Central de las Fuerzas Armadas*. Montevideo: Hospital Central de las Fuerzas Armadas, 2008.

IBARGOYEN, J. P., expresidente FEMI, *El Diario Médico*, 2017, abril.

IKEDA, S. *Atlas de broncofibroscopia flexible*. Barcelona: Regas, 1976.

INGLIS, B. *A history of medicine*. Cleveland, Ohio: The World Publishing Company, 1965.

JACOBAEUS, H. C. Endopleurale operationen unter der leitung des torkoskops. *Beitr. Z. Klin. Tuberk.*, 1916.

KATZENSTEIN, J. Apuntes sobre historia de la anestesiología en el Uruguay. En Irigaray, A. y Turnes, A. L., *Cirugía plástica, reconstructiva y estética en Uruguay. Historia e historias*. Montevideo: edición del autor, 2021.

KERMODE-SCOTT, B. Wilfred G. Bigelow. *British Medical Journal*, 2005, 330.

KLESATTEL, H. Offene kavernen behjandlung. *Zentralbl Tuberk.*, 1937.

LAENNEC, R. T. H. *A treatise on the disease of the chest*. Nueva York: Academy of Medicine, Hafner Publishing, 1962.

LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson, 2004.

LAMAS, A. *José Pugnalin (1840-1900)*. Disponible en https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/articulo_12_pugnalin.pdf.

LANTERNA, W. y DEL PINO, L. *Crónicas del Hospital Pinilla. Paysandú 1858-1927*. Montevideo: Rosgal, 1994.

LARGHERO IBARZ, P.; KASDORF, B.; CARDEZA, H. y LUCAS, O. Dos casos de resucitación. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020, 18(3).

LARGHERO, P.; VENTURINO, W. y BROLI, G. *Equinococosis hidática del abdomen*. Montevideo: Delta, 1962.

LARREY, Dominique Jean *Mémoires de Chirurgie Militaire*. Londres: Forgotten Books, 1812-1817.

LE BRIGAND, H.; LANGLOIS, J.; LEVASSEUR, P.; SULZER, J. y WAPLER, C. *Tratado de técnica quirúrgica*, tomo III. Barcelona: Toray-Masson, 1975.

LÓPEZ DE LA CRUZ, Y.; MORALES VALDÉS, C. R.; ROMERO SÁNCHEZ, R. E. y MORALES MATO, R. La historia (des)conocida de las incisiones torácicas. Tercera parte: Las toracotomías del siglo XX. *CorSalud*, 2021, jul-sep; 13(3): 322-337.

LYONS, A. S. y PETRUCELLI, R. J. *Medicine, an illustrated history*. Nueva York: Harry N. Abrams, Inc., 1978.

MANN, T. *La montaña mágica*. Barcelona: Plaza y Janés, 2001.

MAÑÉ GARZÓN, F. *Pedro Visca, fundador de la Clínica Médica en el Uruguay*. Dos tomos. Montevideo: Barreiro y Ramos, 1983.

MAÑÉ GARZÓN, F. *Memorabilia: una introducción a la pediatría*. Dos tomos. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 1997.

MAÑÉ GARZÓN, F. *El cuarteto de urgencia*. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2002.

MAÑÉ GARZÓN, F. Alberto Mañé (1884-1960). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.

MAÑÉ GARZÓN, F. *Guía didáctica. Olvidos atraviesa el recuerdo*. Montevideo: Ediciones de la Plaza, 2009.

MAÑÉ GARZÓN, F. y BURGUES ROCA, S. *Publicaciones médicas uruguayas de los siglos XVIII y XIX*. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Medicina, Oficina del Libro AEM, 1996.

MAÑÉ GARZÓN, F. y POU FERRARI, R. *Juan B. Morelli en la historia de la medicina uruguaya*. Montevideo: El Toboso, 2004.

MAÑÉ GARZÓN, F. y TURNES, A. L. *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.

MARCHETTI, G. P.; PINELLI, V. y TASSI, G. F. 100 years of thoracoscopy: historical notes. *Respiration*, 2011, 82(2): 187-192.

MARTÍNEZ GARCÍA, M. A. Bronchiectasis: Still an orphan disease? *Arch. Bronconeumol.*, 2005, 41: 407-409.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, N. J. (coord.). *Documento de Consenso de la Sociedad Española de Cirugía Torácica sobre cirugía traqueal y laringotraqueal*. Madrid: Panamericana, 2016.

MEUNIER, L. Histoire de la médecine depuis ses origines jusq'à nos jous. París, 1924.

MIERES GÓMEZ, G. *El sector salud, 75 años de un mismo diagnóstico*. Montevideo: Premio Dr. Augusto Turenne, Sindicato Médico del Uruguay, 1997.

MONALDI, V. Tentativa di aspirazione endocavitaria nelle caverne tuberculari del pulmone. *Lotta C. Tuberculari*, 1938.

MONAR, T.F.; FAZEKAS, L. y RENDEK, S. *Interaction between medicine, militaryand technlology. Do they need each other: Mars, Vulcanus and Aesculapius?* 2014.

MORAL-NARANJO, A. A.; CANO-MATUS, N.; SAINZ-VÁZQUEZ, L. y MATA-MIRANDA, M. P. Historia y actualidad del plombaje como trtamiento en la enfermedad pulmonar por tuberculosis multirresistente. *Revista Americana de Medicina Respiratoria,* 2015, 3: 225-230.

MURPHY, J. B. Surgery of the lung. *JAMA*, 1898.

NAEF, A. Hugh Morriston Davies: First disection lobectomy in 1912. *Ann. Thorac. Surg.*, 1993.

NAST, A. *Le malade la mort et le médecin*. París: Seget, 1955.

NIETO, M. B. De la intervención en las heridas toracoabdominales. *Rev Med. Uruguay*, 1907, 10: 329.

NIETO, M. B. De l'intervention dans les plaies thoraco-abdominales par les voies abdominale trans-pleuro-diaphragmatiques. *Rev. Gynec. Chirug. Abdom.,* 1908, 12: 453-468.

NIN VIVÓ, J. Víctor Armand-Ugón (1900-1972). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.

NIN VIVÓ, J.; BRANDOLINO, M. y SALSAMENDI, M. J. Cirugía reconstructiva de tráquea. *Rev. Chil. Cir.*, 1979.

NIN VIVÓ, J.; BRANDOLINO, M. V.; POMI, J. A.; BERTULLO, H. y STEFANSKI, H. *Hydatid pleural diseases. International trends in general thoracic surgery*, Vol. 6. Thoracic Surgery: Surgical management of pleural diseases. Saint Louis, Baltimore, Filadelfia, Toronto: The C. V. Mosby Company, 1990.

NISSEN, R. *Pages in the History of Chest Surgery*. Illinois: Charles C. Thomas, 1960.

OCHSNER, A. *History of thoracic surgery: surgical clinics of North America*, 46(6).

ODELL, J. A. The history of surgery for pulmonary tuberculosis. *Thorac. Surg. Clin.*, 2012(22): 257-269.

OSLER, S. W. *"Un estilo de vida" y otros discursos, con comentarios y anotaciones*. Madrid: Fundación Lilly, Unión Editorial, 2007.

PANTALONI, J. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*. París: Inst. Bibli. Scient., 1899.

PARÍS ROMEU, F. y BRAVO BRAVO, J. L. Aportación europea a la especialidad de cirugía torácica. Contribución de los países del continente. *Rev. Patol. Respir.*, 2011.

PÉREZ FONTANA, V. *Historia de la medicina en el Uruguay*. Cuatro tomos. Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 1967.

PERNIN, A. (1988). Alfonso Lamas (1867-1954). En Mañé Garzón, F. y Turnes, A. L. (eds.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo III. Montevideo: Facultad de Medicina, 2006.

PERNIN, A. (1988). Luis Mondino (1867-1957). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988.

PERNIN, A. Alfonso Lamas (1867-1954). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988.

PERNIN, A. y VEGA, D. E. *Historia de la anestesia en Uruguay. Etapa moderna*. Disponible en http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/comision_historia/uruguay/etapa_moderna.htm.

PIÑEYRO GUTIÉRREZ, L. Broncoscopíaa intervencionista. *Archivos de Medicina Interna*, 1997, XIX(1): 1-10.

PIÑEYRO, J. A.; GONZÁLEZ MASEDA, M. y CASAMAYOU, E. Biopsia transbrónquica dirigida por radioscopia. *Hoja Tisiológica*, 1969, XVI: 103; Wang, K. P. (ed.). *Biopsy techniques in pulmonar desordenes*. Nueva York: Raven Press, 1989.

PIÑEYRO, J. A.; PIÑEYRO GUTIÉRREZ, L. M.; GONZÁLEZ MASEDA, M. y DE STEFANI, E. Diagnóstico de las afecciones pulmonares periféricas por biopsia transbrónquica a través del fibrobroncoscopio. *Archivos de Medicina Interna*, 1979, 1(1): 4-11.

POU FERRARI, R. *Augusto Turenne. Pionero de la obstetricia social en América Latina, fundador del Sindicato Médico del Uruguay*. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay, 2006.

POU FERRARI, R. *Juan Pou Orfila. Crónica de una pasión pedagógica*. Montevideo: El Toboso, 2006.

POU FERRARI, R. *Francisco Soca, el ilustre enigmático*. Montevideo: Plus Ultra, 2021.

POU FERRARI, R. y MAÑÉ GARZÓN, F. *José Máximo Carafí (1853-1895). Primer decano uruguayo y organizador de la nueva Facultad de Medicina de Montevideo*. Montevideo: Plus Ultra, 2013.

PURRIEL, P. Pedro Larghero (1900-1963). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Médicos uruguayos ejemplares*, tomo I. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1988.

REGALADO KERSON, P. Hamlet en España en el siglo XIX: Hacia un nuevo concepto de traducción shakespeariana. *AIH. Actas*, (XI), 1992, 53-62. Disponible en https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/11/aih_11_4_008.pdf.

REHN, L. On penetrating cardiac injuries and cardiac suturing. *Arch. Klin. Chir*., 1907, 83: 723.

RICHMOND, C. In memoriam Sir Richard Doll, epidemiólogo que demostró que el tabaco causa cáncer y enfermedades del corazón. *BMJ*, 2005, 331: 295; *Salud Pública* de México, 2005, 47(4).

ROBINSON, S. *The present and future in thoracic surgery*. Presentado ante la American Association of Thoracic Surgery, Washington DC, abril, 1922. Disponible en *Arch. Surg*., 1923.

ROSA RUVERTONI, F. Evolución de la cirugía pediátrica en el Uruguay. En Gil, J. I. y Mañé Garzón, F. (eds.), *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina*, Volumen IX-X, 1987-1988. Montevideo, 1992.

RUSCH, V. W. Nael Martini: A leader in thoracic surgical oncology. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2010, 89(3): 1006-1009. Disponible en https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(09)02395-9/fulltext.

SANJINÉS, A.; DIGHIERO, J.; HAZÁN, J.; CANABAL, E. J.; HORJALES, J. y AGUIRRE, C. Tratamiento quirúrgico de la estrechez mitral. Nuestra experiencia. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, 1955, XXVI(4-5).

SAUERBRUCH, F. Uber die Ausschaltung der schadlichen Wirkung des Pneumothorax bei intrathorakalen Operationen. *Zentralbl fur Chir*, 1904.

SAUERBRUCH, F. Frostchritte in den chirurgischen behandlung der lungenkrankheiten. *Munch Med. Wochenschr.*, 1913.

SAUERBRUCH, F. *Cirugía del tórax*. Barcelona: Labor, 1926.

SAUERBRUCH, F. *Memorias de un cirujano*. Barcelona: Destino, 1954.

SCARLATO, S. *Fuera de consulta*, tomo IV. Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina. Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay-Ediciones de la Banda Oriental, 2000.

SCARLATO, S. *Fuera de consulta: Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra medicina*. Seis tomos Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay-Ediciones de la Banda Oriental, 1995 a 2000.

SCHIAFFINO, R. *Historia de la medicina en el Uruguay*, tomo I. Montevideo: Imprenta Nacional, 1927.

SCHIAFFINO, R. *Historia de la medicina en el Uruguay*, tomo II. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 1937.

SCHIAFFINO, R. *Historia de la medicina en el Uruguay*, tomo III. Montevideo: Rosgal, 1952.

SCHMIDT, W. El oleotórax artificial. En Hein, J.; Kremer, W. y Schimdt, W., *Colapsoterapia de la tuberculosis pulmonar*. Barcelona: Labor, 1943.

SCHOBER, K. L. Das chirurgische erbe: Tragische chirurgenschick-sale. 1882: Die tragö die des Dr. Block.- Zentralbl. *Chir.*, 1984.

SEMB, C. Thoracoplasty with estrafascial apicolysis. *Acta Chir. Scandinav*., 1935.

SIERRA, R. Neumonectomía y lobectomía en el absceso crónico a propósito de 14 casos. *Bol. Cir. Uruguay*, 1947, 18.

THOMAS, J. D. *Hydatid disease*. Adelaide: E. Spiller, Government Printer, 1884.
THOMAS, J. D. The treatment of pulmonary cysts by the establishment of large openings into the sac, and subsequent free drainage. *British Medical Journal*, 1885, 10 de octubre.
THORWALD, J. *El siglo de los cirujanos; según las notas de mi abuelo, el cirujano H. St. Hartmann*. Barcelona: Destino, imago mundo, 2005.
TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Traducción de Carlos García Gual. Biblioteca Clásica Gredos, ocho tomos. Madrid, 1990-2008.
TURNES, A. L. *Alfonso Espínola Vega (1845-1905)*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/espinola.pdf.
TURNES, A. L. *Martín Marx Strauss (1936-2013)*. Disponible en https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/m-marx-strauss.pdf.
TURNES, A. L. *Maimónides, el sabio sefaradí. El médico judío-español e la Edad de Oro*. 3.ª edición. Montevideo: Ediciones Granada, 2007.
TURNES, A. L. *La hidatidosis como problema de salud pública. Una mirada histórica*. XXII Congreso Mundial de Hidatidología, Colonia del Sacramento, Uruguay, 2009.
TURNES, A. L. *Héctor Ardao, maestro de la cirugía plástica reparadora en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones Granada, 2011.
TURNES, A. L. Hidatid disease as a public health concern: A historical view. En Esteves, A. (ed.), *Research in Helminths*. Kerala: Transworld Research Network, 2011.
TURNES, A. L. *Los comienzos de la hidatidología internacional*. Colonia del Sacramento: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2011.
TURNES, A. L. *El Chumbo Ríos. Ética, Coraje y Humanidad. Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004)*. Montevideo: Ediciones Granada, 2013.
TURNES, A. L. *La hidatidosis en el Río de la Plata. Una revisión de algunos hitos a través de tres siglos*. Jornadas Iberoamericanas. Hidatidosis & otras zoonosis. Colonia del Sacramento, Uruguay, 24, 25 y 26 de abril de 2014.
TURNES, A. L. *La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su Centenario 1915-2015*. Montevideo: Sociedad Uruguaya de Pediatría, 2014.
TURNES, A. L. *Echinococcosis 2016. La echinococcosis desde el Río de la Plata al mundo*. Edición bilingüe. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, 2016.
TURNES, A. L. *El Hospital de Tacuarembó. 90* años de su inauguración 1927-2017. Montevideo: Mastergraf, 2017.
TURNES, A. L. *Francisco V. Davison (1853-1921). De Edimburgo a Minas de Corrales*. Montevideo: Ediciones Granada, 2019.
TURNES, A. L. *Pablo Purriel (1905-1975). Medicina y pasión*. Montevideo: Ediciones Granada, 2019.
TURNES, A. L. *La cirugía del tórax en Uruguay*. Inédito, 2020.
TURNES, A. L. *Manuel Quintela, universitario y realizador*. Montevideo: Ediciones Granada, 2021.
TURNES, A. L. *Julio Nin y Silva, cirujano y productor*. Montevideo: Ediciones Granada, 2022.
UGARTE ARTOLA, R. Oscar Bermúdez (1906-1980). En Gutiérrez Blanco, H. (ed.), *Homenaje al Hospital Maciel en su bicentenario (1788-1988)*. Montevideo: Fernando Mañé Garzón y Antonio L. Turnes, 2006.
URIOSTE, B. Neoplasma de pulmón. *Revista del Servicio de Sanidad Militar*, 1950, 1.

VAJDA, L. Das pneumoperitoneum in der kollapstherapie der beiderseitigien lungentuberkulose augewandt werden kann? *Zentralbl. Tuberk.*, 1993.

VARA CUADRADO F. Apuntes históricos sobre la cirugía de la tuberculosis pulmonar en el siglo XX. *Rev. Patol. Respi.*, 2005; 8(1): 3-16.

VICTORICA-BELGRANO (familia). *Victorica Rematadores. 120 a*ños de historia. *Homenaje a nuestros mayores*. 2007.

VILLAR, J. y GARCÍA GÜELFI, A. Técnica de anestesia endovenosa en intervenciones de larga duración. *Revista Cirugía del Uruguay*, 2020.

WATSON, W. L. (ed.). *Lung cancer. A study of five thousand Memorial Hospital cases*. St. Louis: CV Mosby Co., 1968.

WILMS, M. Eine neve methode zur verengerung des thorax bei lungentuberkulose. *Munch Med. Wochenschr.*, 1911.

WILSON, E. Orígenes de la influencia estadounidense en la cirugía uruguaya. *Cir. Urug.*, 1995.

WILSON, E.; NOWINSKI, A.; TURNES, A. L.; SÁNCHEZ PUÑALES, S. y SIERRA, J. *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad (1887-1974).* Montevideo: Tradinco, 2011.

WILSON, E. y WOZNIAK, A. *Radiología diagnóstica en Uruguay. Una aproximación histórica*. Montevideo: Sociedad de Radiología e Imagenología del Uruguay, 2020.

WYLOCK, P. *The life and times of Guillaume Dupuytren, 1777-1835*. Bruselas, 2010.

Índice onomástico

A

ABELLO, J.: 69
ABÓ COSTA, Juan Carlos: 190
ADLER, Isaac A.: 97
AGUIAR JAUREGUITO, Alberto: 321, 361, 362, 363, 414, 415, 417, 418, 420, 423
AGUIRRE BROUCHOU, César Víctor: 189
AGUIRRE, Carlos: 363, 418
AGUSTONI, Américo: 226
ALBO CARBALLEIRA, Manuel: 94, 115, 186, 275, 285, 305, 378
ALLENDE, Guillermo (Córdoba): 232, 233
ALLISON, Phillip: 45, 50, 102, 120, 187, 188, 200
ALONSO REGULES, Justo Elías: 228
ALONSO, Justo Marcelo: 121, 168, 378.
ÁLVAREZ BENGOA, Hermógenes: 304
ÁLVAREZ, Walter: 307
AMÉZAGA, Juan José de: 242, 380
AMORÍN LARRAÑAGA, Ernesto: 238
AMORÍN LARRAÑAGA, Julio: 238
ANAVITARTE, Eduardo: 321
ANSCHÜTZ, Willy: 36
ANTYLLUS (siglo IV d. C.): 104
APOLO, Enrique: 226
ARANA IÑÍGUEZ, Román: 430
ARCE, José: 83, 117
ARCHIBALD, Edward: 49, 231
ARDAO JAUREGUITO, Héctor Alfonso: 253, 283, 311, 321, 376
ARECHAVALETA, Nicolás: 3, 4, 5, 172, 173, 175
ARÉN FRONTERA, Juan José: 154
ARETEO de CAPADOCIA: 104
ARÉVALO GUIPONI, Carlitos María: 418
ARMAND-UGÓN BAYLEY, Andrés: 238
ARMAND-UGÓN BAYLEY, Inés: 238
ARMAND-UGÓN BAYLEY, Isabel: 238
ARMAND-UGÓN BAYLEY, Margarita María: 238
ARMAND-UGÓN BAYLEY, Víctor Javier: 238
ARMAND-UGÓN BUXAREO, Alfredo: 238
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Alice: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Alina: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Ana Margarita: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Clara Elena: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Claudio Víctor: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Daniel: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Emilio: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Enrique Clemente: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Juana Ester: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Lucía Paulina: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, María: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Máximo Luis Alfredo: 225
ARMAND-UGÓN RIVOIR, Santiago Félix: 225
ARMAND-UGÓN, Héctor: 239
ARMAND-UGÓN, Juan Daniel: 222, 225, 226, 238, 239
ARMAND-UGÓN, Juan Santiago: 222
ARMAND-UGÓN, Ruben Máximo: 238
ARMAND-UGÓN, Víctor: 4, 5, 6, 17, 22, 68, 71, 72, 74, 76, 82, 83, 113, 115, 116, 118, 119, 120, 123, 124, 129, 138, 140, 143, 144, 148, 153, 159, 162, 163, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 193, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 205, 206, 207, 221, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 247, 248, 252, 260, 262, 263, 264, 265, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 275, 293, 295, 299, 302, 303, 304, 305, 307, 311, 316, 317, 318, 321, 328, 330, 331, 332, 335, 351, 361, 364, 365, 367, 369, 370, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 400, 404, 405, 406, 411, 414, 415, 419, 424, 432, 435, 444, 445, 446, 454
ARNOLETTI VIRGINIO, J. P.: 208
ARROYO TORRES, Ledo: 197
ASAMURA, Hisao: 362
AUER: 41
AYALA CAUTERUCCI, Walter Ruben: 202, 411
AYAST, R.: 417

B

BABINI, Domingo Santiago: 55
BADARACO, Enrique: 195
BADO, José Luis: 327
BAILEY, Charles: 190, 325, 326, 329
BALBOA APARICIO, Oscar: 396
BARACH: 39

BARANI LÓPEZ, Julio César: 161
BARCIA CAPURRO, Alberto: 187, 190, 199, 303, 327, 328
BARCIA, Pedro A.: 228, 229
BARIDÓN, Hugo Leonardo: 238
BARIDÓN, Leonardo: 238, 239
BARIDÓN, Víctor Javier: 238
BARKER: 79
BARMAIMON, Enrique: 153, 157 y 302.
BARNARD, Christian: 60
BARRETT, Norman: 45
BARROS, Almerindo: 226
BATLLE BERRES, Luis: 197, 237, 238, 367, 380, 381, 382
BATLLE PACHECO, César: 378, 382
BATLLE PACHECO, Lorenzo: 382
BATLLE PACHECO, Rafael: 382
BATLLE y ORDÓÑEZ, José: 94, 289, 382, 384
BAUDET, Eugene: 283, 447
BAYLEY, María Inés: 238
BEAMIS, J. F.: 171
BELGRANO ZORRILLA de SAN MARTÍN, Sofía Isabel: 301
BELLOSO GARCÍA, Adriana: 436
BELOT: 308
BELSEY, Ronald: 103, 448
BELTRÁN BARBAT, Washington: 94
BENGOCHEA, Luis E.: 139, 140
BERGALLI BERGOSSI, Luis: 107, 177, 183, 349
BERGALLI BERGOSSI, Román: 349
BERGALLI CAMPOMAR, Luis E.: 349, 350
BERGALLI GORLERO, Román: 349
BERGALLI RICHERO, Bernardo: 349
BERGALLI RICHERO, Marcos: 349
BERGALLI RICHERO, Pablo: 349
BERGERET, Louis (París): 72
BERMEJO (cirujano): 142
BERMÚDEZ MARTINELLI, Oscar: 314, 315, 325, 385, 400, 444
BERNARD, Etienne: 120
BERRETA GANDOLFO, Tomás: 381, 382
BERRY, F. B.: 85, 90
BERTULLO BERNASCONI, Hugo: 107, 121, 124, 125, 129, 158, 351, 352, 351, 373, 393, 394, 407, 413, 414, 415, 427, 428, 432
BERTULLO LÓPEZ, Víctor H.: 427
BEYHAUT ZEBALLOS, Eselso Neder: 5, 138, 158
BIGELOW, Wilfred Gordon: 326, 448
BILLROTH, Theodor: 33, 35, 185
BINET, Jean Paul: 120
BIONDI (1884, cirujano italiano): 70
BJÖRK, Viking Olov: 69
BLACK, H.: 183
BLADES, Brian: 45, 83
BLANCO ACEVEDO, Eduardo: 195, 227, 228, 298, 321, 389
BLOCK, Huber: 47, 70
BLOCK, H. M.: 402
BOEREMA, I.: 182
BOGLIACCINI de LODRON, Gustavo: 407, 413, 415
BONABA, José: 308
BONAPARTE, Napoleón: 30
BONECARRÉRE, Emilio: 201
BONILLA, Oscar: 196
BORDABERRY, Juan María: 206
BORRÁS, Gabriel: 223
BORRÁS, Ruperto: 223
BOSCH del MARCO, Luis: 107, 302, 396
BOSSANO BOZZO, Mario: 321
BOTTARO, Luis Pedro: 279
BOTTO, Juvenal: 316
BOURCEREAU, J.: 171
BOVE ARTEAGA, José: 226
BOWDITCH, Henry Ingersoll: 87
BOYDEN, Edward Allen (anatomista): 324
BRACCO, Ángel: 56, 351, 379, 380, 381, 382
BRANDA, M. J.: 79
BRANDOLINO BARBENZA, Mario Víctor: 72, 107, 108, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 129, 158, 187, 201, 206, 242, 260, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 363, 373, 381, 392, 394, 401, 406, 414, 415, 417, 420, 423, 432, 435, 437, 438, 441, 445, 455, 456
BRANDOLINO CASTRO, Gabriel A.: 354
BRANTIGAN, Otto C.: 335, 439, 440, 455
BRASAVOLA, Antonio: 104
BRAUER, L.: 36, 37, 311
BRAVO BRAVO, J. L.: 50, 67
BREA, Mario: 58, 233
BRETONNEAU: 286
BREWER: 79
BRIGNOLE, Alberto: 293
BROCK, Russell: 319
BROLI, G.: 296
BROUET, Georges: 200, 375
BRUM, Baltasar: 388
BRUNEL, André Adolphe: 142
BRUNETEAU, Alain: 447
BRUNN, Harold: 81, 231
BRUNO RIERA, Gerardo: 5, 11, 15, 17, 18, 23, 24, 108, 123, 135, 158, 172, 174, 175, 212, 213,

214, 358, 381, 388, 391, 424, 434, 436, 438, 442, 444
BULAU, Gotthard: 21, 38, 39, 43, 44
BURBANK, Benjamin: 91
BURFORD, Thomas H.: 91
BURNETT, Emery: 307

C

CAFAREL, Enrique: 238, 239
CALVIN, J. W.: 183
CAMAÑO FERNÁNDEZ, Mario César: 179, 180, 183
CAMARGO, José de Jesús Peixoto: 360, 363, 409, 417
CAMES, Oscar: 145, 204, 253
CAMPISTEGUY, Juan J.: 280
CAMPOMAR GHIGLIANI, Olga: 349
CAMPOS PIERRI, Néstor: 6, 209, 210, 360, 418, 441,
CAMPOS PIERRI, Nibia: 361
CAMPOS TASENDE, Atahualpa: 5, 436
CANABAL PASEYRO, Eduardo Joaquín: 329, 364,
CANESSA, Juan Francisco: 227, 285
CANTÓN, Roberto Víctor: 229
CANTONNET, Pedro: 302
CAÑELLAS MARTÍNEZ, Antonio: 139
CAPILLAS, Coralio: 223
CAPPELETTI, Ricardo: 226
CARALPS i RIERA, Antonio: 50
CARDEZA, Héctor: 150
CARDIS (Lausana): 200
CARITAT THEODULOZ, Ricardo Juan: 190
CARLENS, Eric: 49, 50, 159, 177, 178, 179, 180, 181, 235, 318, 429, 448, 455
CARLEVARO BOTTERO, Pablo Virgilio: 265, 271
CARLING, Ernest Rock: 320
CARLOS ALBERTO (rey de Italia): 222
CARLOTTA, Dora: 197, 258
CARPENTIER, Alain: 397
CARRERA, Ignacio Tito: 391
CARRIQUIRY LECOUR, Luis A.: 394
CARRIQUIRY KAYEL, Guillermo M.: 5, 11, 17, 108, 122, 129, 130, 134, 135, 160, 352, 356, 357, 360, 373, 414, 418, 422, 430, 438, 446, 453
CARSON, James: 68
CARTAZZO GONZÁLEZ, José María: 362, 415
CASAL, Juan: 201, 305
CASAMAYOU DEL PINO, Adriana: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Alberto: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Ana Elena: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Guillermo: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Inés: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Luis Eduardo: 161
CASAMAYOU DEL PINO, Marcela: 161
CASAMAYOU ETCHANDY, Eduardo: 161, 163, 164, 167, 197, 233, 242, 261, 391
CASAMAYOU ETCHANDY, Enrique: 161
CASAMAYOU ETCHANDY, María Inés: 161
CASAMAYOU ETCHANDY, Roberto: 161
CASAMAYOU, Juan: 161
CASSINELLI VÁZQUEZ, Nylda Adela: 137, 140, 159, 201, 242, 399
CASSINONI RODRÍGUEZ, Mario Alcides: 237, 241, 379
CASTAGNETTO, Luis María: 210
CASTELLANO, Jorge (La Plata): 212
CASTIGLIONI BARRIERE, Juan Carlos: 177, 180, 354
CASTIGLIONI NEGRÓN, Julio A.: 197, 204
CASTRO CASAL, E.: 305
CAUBARRÉRE, Nicolás: 303, 328
CAVALIERE, S.: 171
CAVIGLIA STARICCO, Saúl: 191, 328
CECILIO, Miguel: 420
CENDÁN ALFONZO, Juan Eduardo: 392
CÉRENVILLE, Edouard de: 68
CERUTI PEZZOLANO, María Beatriz: 398
CESCONI, Osiris: 195, 197, 365
CHANDOR, S. B.: 183
"CHENTONE" [Shenstone]: 377
CHERTKOFF, León: 140, 157
CHIARA, Tomás: 316
CHIAZZARO, Domingo: 226
CHIFFLET de LODRÓN, Juan Albérico: 5, 17, 125, 129, 158, 172, 211, 253, 305, 307, 308, 309, 310, 352, 361, 363, 373, 388, 405, 413, 414, 415, 415, 417, 418, 420, 424, 430, 435
CHOCA, Ernesto: 226
CHURCHILL, Edward Delos: 49, 83, 101, 102, 122, 345
CLAGETT, T. H.: 70
CLAIRMONT, Paul: 145, 146
CLAUSS, R.: 183
CLAVEAUX, Enrique M.: 197, 232
CLELAND, William: 45
COHEN ENGELMAN, Henry: 394
COLOMBO, Orlando F.: 272
CONACHER, I. D.: 52
CONNOLLY, J. E.: 183
COOLEY, Denton A.: 326

COOPER, Joel D.: 336, 449, 455, 456
CORDIER, Gastón (anatomista): 324
CORMACK, Alan: 98
COTTING, William: 307
COURAUD, Louis: 105, 106, 108, 120, 352, 353, 356, 397, 433, 437, 438, 445, 446, 447
CRAFOORD, Clarence: 49, 50, 72, 77, 120, 177, 187, 188, 189, 190, 191, 199, 200, 303, 320, 326, 327, 328, 329, 368, 378, 389
CRAWFORD, Tomás: 142
CRESTANELLO CÁNEPA, Francisco A.: 308, 309, 322
CRISCI, Alfonso: 195
CROCI, Fabio: 124
CROSA BERTHIER, Gonzalo: 332, 343
CROSA DORADO, Valentín: 6, 11, 72, 92, 96, 119, 121, 122, 123, 125, 158, 201, 202, 203, 205, 211, 226, 242, 258, 259, 260, 331, 332, 335, 336, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 352, 384, 385, 392, 394, 395, 396, 397, 410, 414, 415, 416, 435, 438, 439, 440, 445, 446, 455, 456
CROTTOGINI DARRÉ, Juan José: 304
CUNHA, Juan: 228
CZERNY, Vicenz: 35

D

D'EGINE, Paul: 286
D'ESTE, Juan Pedro: 154
DANIELS, A. C.: 181, 182
DAVIES, Hugh Morriston: 83, 100, 402, 403,
DE BAKEY, Michael: 97, 187, 327
DE BRUM CARBAJAL, Santiago: 204
De la CRUZ, Ramón: 306
DE MATTOS, Alfredo: 362, 415
DE OLIVERA, Darwin: 234
DE STEFANI CAZET, Oscar Eduardo: 169
Del CAMPO, Francisco: 378
Del CAMPO, Juan Carlos: 143, 147, 151, 152, 190, 248, 297, 310, 330, 376
Del PINO SIENRA, Elena: 162
DEL VALLE, Delfor: 199, 232
DELBENE PERDOMO, Roberto José: 5, 17, 353, 361, 413, 414
DELBET, Paul: 284, 295
DELGADO PEREIRA, Bolívar: 302, 363, 407, 417
DELORME, Edmond: 90, 246
DELPIAZZO, Carlos E.: 436
DENOIX, Pierre: 99
DESLAURIERS, Jean: 106, 120, 336, 352, 449
DÉVÉ, Félix: 299, 308, 309
DEVINCENZI, Garibaldi J.: 94, 115, 186, 275, 285
DEVOTO (doctor): 238
DEVOTO de SCHECK, Elena: 238
DI BELLO, Raúl: 189, 191, 233, 328, 401
DI PAOLA, Nunzio: 120, 378
DÍAZ, Juan Pablo: 173
DÍAZ JIMÉNEZ, J. P.: 170, 171
DIBARBOURE STÍFANO, Pablo J.: 436, 441
DIGHIERO URIOSTE, Jorge: 187, 302, 325, 326, 329, 330
DIGHIERO URIOSTE, Juan Carlos: 161, 167
DODERO, Alberto A.: 322
DOLL, Sir Richard: 98
DOMÍNGUEZ, Carlos María: 226
DOMÍNGUEZ, Rufino T.: 280
DOYEN, Eugène: 70
DREW, Charles Edwin: 51, 320
DROMER, Claire: 447
DUBOURDIEU, Juan: 197
DUBRA TAFERNABERRY, Jorge: 190, 191, 328, 329
DUGAN, David J.: 377
DUHAGÓN CAJELLI, Pedro I.: 440
DUMON, Jean François: 170, 171, 172, 173
DUPUYTREN, Guillaume: 38, 243
DURÁN, Emilio: 436
DUVAL, Pierre: 87

E

EDLER, Inge: 53
EDWARDS, Arthur Tudor: 48, 317, 319, 320
EDWARDS, William: 319
EISELBERG: 36, 229
ELDER, Owen: 148
ELLIS, H.: 186
ELOESSER, Leo: 43, 45, 52
ENRIQUE IV (rey de Francia): 94
EPIFANIO, Cleopatra: 370
ERICSSON, Inga: 303, 328
ESCHAPASSE, Henry: 105, 107, 120, 121, 126, 128, 351, 357, 375, 376, 377, 390
ESPASANDÍN CASTRO, José A.: 413
ESPÍNOLA VEGA, Alfonso: 329
ESPÍNOLA, Ester: 329
ESTAPÉ CARRIQUIRY, Gonzalo: 323
ESPÍNOLA, María: 329
ESTLANDER (1879): 89
ETCHANDY, Ana: 161
ETCHANDY, Hugo: 124
ETCHEMENDY BARRABINO, Horacio: 120, 201, 242
ETCHEPARE, Bernardo: 289

EYNARD, Ana: 222

F

FABRICIUS de AQUAPENDENTE: 104
FABRY, Wilhelm: 29
FARINA: 287
FAVALORO, René: 332, 441
FELDMAN, Sima: 189
FERNÁNDEZ CHAPELLA, Alberto: 302
FERNÁNDEZ ORIA, Walter: 139, 148, 149, 150, 152, 153, 157, 159, 197, 201, 204, 368, 406
FERRAND, R. E.: 183
FERREIRA ALDUNATE, Wilson: 421
FIANDRA CUCULIC, Orestes: 187, 190, 303
FILGUEIRA BEROBIDE, José Luis: 360
FINLEY, R. J.: 448
FINOCHIETTO, Enrique: 212
FINOCHIETTO, Ricardo: 212
FISCHER: 287
FLEMINIG, Sir Alexander: 44
FOGEL de KORC, Eva: 189
FOLLE UNGO, Enrique José Isidro: 423, 425
FORESTIER, Jacques: 80
FORLANINI, Carlo: 41, 68, 289, 295
FORRISI, Carlos: 212
FORTE, Vicente (San Pablo): 107, 352, 357, 390
FOSALBA, Carlos María: 231, 273
FOSSATI BENENATI, Guillermo Horacio: 292
FOSSATI, Américo F.: 71, 115, 116, 117, 118, 292, 293, 294, 295, 302, 384
FOSSEMALE, José: 201, 391
FOWLER (1893): 90
FRANCISCO FERNANDO (ARCHIDUQUE): 94
FRANCO, Ruben: 328
FRANGELLA, Alfonso: 226, 331
FRÉOUR, Paul: 446
FRIBERG, Olle: 187, 199, 200,303, 327, 328
FRIEDRICH, P. L.: 69
FUGAZOT, Luis Enrique: 167
FULQUET, Eugenio: 236

G

GALENO de PÉRGAMO, Claudio: 104, 286
GALLINAL, José A.: 230, 378
GALY, Pierre: 365
GANDHI, Mahatma: 94
GARBE, l.: 170, 171
GARCÍA CAPURRO, Federico: 228, 326
GARCÍA CAPURRO, Rafael: 145
GARCÍA GÜELFI, Atilio: 149
GARCÍA LAGOS, Horacio: 115, 145, 186, 190, 227, 228, 229, 230, 240, 268, 270, 272, 298, 330, 379, 388
GARCÍA OTERO, Julio César: 190, 228, 229
GARCÍA PARDO, José María: 195
GARCÍA RUSSICH, Walter: 321
GARCÍA, Juan Carlos (enfermero): 425
GASTAMBIDE, Carmelo: 124
GATEÑO YAFFÉ, Nisso: 393, 420
GAUSS, Carl: 146
GHARBIN, N.: 171
GHIGLIANI, Francisco: 349
GIBBON, John: 42
GILLMORE (doctor): 101
GINÉS ZELADA, Ángel Ramón: 370
GINSBERG, Bob: 449
GIVOGRE, Luis: 153
GLOVER, R. P.: 70
GLUCK (1881): 70
GOLDBERG, Mel: 449
GÖLLER, Wolfgang: 260, 302
GÓMEZ FOSSATI, Carlos: 393
GÓMEZ GOTUZZO, Juan de Dios: 203, 370
GÓMEZ, Fernando Domingo: 226, 234, 264, 331, 364, 370
GONZÁLEZ SIMOIS, Gonzalo: 203
GONZÁLEZ CALCAGNO, Fernando: 6, 423
GONZÁLEZ MASEDA, Manuel: 163, 166, 370
GONZÁLEZ MÍGUEZ, Luis Alberto: 321, 427
GONZÁLEZ PUIG, Raúl: 189
GONZÁLEZ VÁZQUEZ, Tabaré: 157
GONZÁLEZ-DUARTE, Plácido: 50
GOODALL: 104
GRAHAM, Evarts Ambrose: 43, 49, 56, 60, 82, 87, 88, 98, 101, 229, 243, 247, 311, 403, 404
GREGORIO, Luis A.: 302
GREY TURNER, George: 85
GRIFFITHS: 42
GRILLO ANGELL, Amy: 451
GRILLO, Elmer: 450
GRILLO, Hermes C.: 103, 105, 106, 108, 120, 352, 353, 356, 382, 390, 437, 450,
GRUNWALD, Iszo: 157
GRUSS, Ana: 172
GUEDEL: 42
GUTIÉRREZ BLANCO, Horacio: 221
GWATHEMEY, James Taylor: 149

H

HAIGHT, Cameron: 56, 81
HAMENBERG, Margaretta: 303, 328

HAMLET: 306
HAMMOND, Cuyler: 98
HARKEN, Dwight: 181, 319, 455
HARRINGTON, Stuart: 45
HARTMANN, Henri Albert: 283
HARVEY, Alfredo: 142
HARVEY, William: 32
HASTINGS, J.: 70
HEIMLICH, H. J.: 44, 259, 344, 345, 346
HEIN, J.: 70
HENLE: 36
HERRERA RAMOS, Fernando: 330
HERTZ, Helmuth: 53
HILL, Sir Austin Bradford: 98
HINSHAWS, C.: 70
HIPÓCRATES de COS: 30, 104, 243, 286
HOLLINGER (PINZA): 166
HOOD, Maurice: 50
HOOK, Robert: 32
HORJALES, José Oscar: 189
HORNOS WUILLE, Javier Severino: 212
HOUNSFIELD, Sir Godfrey: 98, 99
HOWE, B. E. Jr.: 40
HOWELL (anestesista): 49
HUG: 148
HUTCHINSON, John: 53

I

IBARGOYEN RIBEIRO, José Pedro: 213
IBARRA RUIZ, José Pedro: 120, 269, 364, 370, 430
IDIARTE BORDA, Juan: 94
IKEDA, Shigeto: 99, 168, 172
IMHOFF, Franz: 223, 226
IRAOLA, José: 94, 115, 186, 227, 230, 275, 285
IRIGARAY, Alberto: 143
ÍSOLA, Mario: 142
ITURRIAGA, Nereo: 276, 278
IVANISSEVICH, Oscar: 230, 312

J

JACKSON, Chevalier Lawrence: 80, 104, 164, 307, 310
JACOBEUS, H. C.: 17, 54, 68, 118, 195, 264, 404
JAIBERO: 308
JAMIN: 287
JANES, Robert M.: 231, 377, 448
JATENE, Adib: 189
JOHNSON, Ben: 150, 187, 199
"JONES" [Janes]: 377
JONES, Peter: 320
JONSSON, Bengt: 303, 327, 328
JORGE VI (Reino Unido): 51, 320, 321
JUAN PABLO II (papa): 94

K

KAMAID BUCHDID, Emil: 423, 432, 434
KASDORF GLASER, Helmut Guenter: 138, 147, 150
KATZENSTEIN, Jorge: 141
KENNEDY, John Fitzgerald: 94
KENT: 45, 83
KERGIN, Fred: 448
KERMODE-SCOTT, B.: 326
KESHAVJEE, Shaf: 449
KILLIAN, Gustav: 80
KIRKLIN, John Webster: 321
KLEESATTEL, H.: 70
KOCH, Robert: 79, 81
KORYTNICKI, Luis: 202
KRAUSE, Fedor: 81
KROLL: 448
KRÖNLEIN, Rudolf Ulrich: 100
KÛMMEL, Hermann: 100
KÜSTER, E. (primera traqueostomía): 105

L

LAËNNEC, René Théophile Hyacinthe: 54
LAMANCHA, Washington: 203
LAMAS DELGADO, Alfonso: 45, 73, 74, 117, 118, 143, 210, 227, 232, 233, 264, 275, 276, 277, 279, 280, 292, 293, 296, 298, 305, 307, 311, 312, 313, 382, 384, 388
LAMAS, Diego: 226
LAMAS, Enrique: 385
LANDSTEINER, Karl: 52
LANFRANC: 286
LANGER, Lázaro: 56, 58, 232, 233
LANGLOIS, J.: 54
LANNELONGUE: 53, 107, 283, 351
LARGHERO YBARZ, Pedro: 150, 186, 187, 190, 233, 270, 275, 283, 296, 297, 302, 327, 328, 332, 350, 390, 391, 396, 408
LARRE BORGES, Uruguay: 243, 393
LARREY, Dominique-Jean: 286
LASTRA, (CIRUJANO): 55, 142
LATANZIO VÁZQUEZ, Paola Carolina: 436, 441, 323, 390
LATARJET, Michel: 120, 259, 323, 390
LATORRE JAMPEN, Lorenzo Roberto Inocencio: 224
LAUMONIER, Pierre: 446

LAVALLEJA MONTERROSO, Elvira: 142
LAVIÑA, Raúl: 122
LE BRIGAND, Henri: 53, 107, 351
LEHMANN, Jorge: 198
LEÍAS, Albert: 50
LEIVA GIUSIANO, Juan Carlos: 167
LEMOINE, Jean Marcel: 167, 200, 375
LENGUAS, Luis Pedro: 279, 289
LENOBLE, Julio: 142
LENORMAND, Charles Jean Joseph: 375, 379
LEONARD, Juan Pedro: 142
LEVASSEUR, P.: 428
LEWIS, F. John: 326
LILIENTHAL, Howard: 38, 42, 44, 81, 82
LILLEHEI, Walton: 326
LIONDAS, Samuel: 157
LISTER, Joseph: 85, 185
LIVINGSTONE: 122, 345
LLADÓ, Antonio: 316
LOACES, Victoria: 134, 136
LONG, Pablo: 223
LORENZO y DEAL, Julio: 226,
LORENZO, Juan Carlos: 197, 306
LORO MARCHESE, J. H.: 180, 182
LOZANO MONZÓN, Ricardo: 299
LUCAS, Osvaldo: 150
LUMIÈRE (hermanos): 117, 384

M

MAASSEN, W.: 182
MACEWEN, William: 70
MAGGI, Agustín (ingeniero): 238, 239
MAGGIOLO, José: 353, 398
MAGILL, Ivan: 41, 48
MAGRI: 228
MAINETTI, José María: 56
MAISONNAIVE: 95, 283
MALMIERCA, Lucio: 273
MALOSETTI, Hugo: 302
MANN, Thomas: 41
MAÑÉ ALGORTA, Alberto: 289, 290, 291, 374, 375, 384, 387
MAÑÉ-GARZÓN, Fernando: 221, 374, 381, 384
MAQUIEIRA ARGENZIO, Gonzalo E.: 407, 410
MARCALAIN, Roberto: 232, 233
MARCHAND, mademoiselle: 302
MARK, James B. D.: 42
MARKEN, D. E. 183
MÁRQUEZ (nurse): 202
MARTIN, Franklin: 45
MARTÍNEZ APEZTEGUÍA, José Luis: 11, 72, 119, 120, 129, 158, 201, 211, 242, 260, 352, 360, 361, 362, 363, 411, 413, 414, 415, 416, 417, 418
MARTÍNEZ GARCÍA, M. A.: 80
MARTÍNEZ PRADO, Gilberto: 394
MARTÍNEZ, Lourdes: 134, 136
MARTINI, Nael: 362, 416, 455
MARTIRENÉ, José René: 196, 197, 198, 201, 228, 377, 378, 388, 389, 431, 432
MARTOY, José: 378
MARX STRAUSS, Martín: 157
MASON (Londres): 51
MATHEY, Jean: 17, 72, 105, 107, 120, 121, 200, 260, 351, 357, 375, 376, 377, 378, 379, 390
MATTEUCCI RINALDI, Pablo: 190
MAURER, André: 29
MAURER, Gustav: 120
MAUTONE BARAS, Daniel: 203
MAUTONE, José D.: 226
McKENNA Jr. Robert J.: 345
McQUISTON, W. O.: 326
MEANA, Teófilo: 148
MELLO AGUERRE, Miguel Ángel: 120, 167, 430
MELTZER: 21, 41, 311
MENA SEGARRA, Antonio: 280
MÉNDEZ ASERITO, Hugo Arturo: 203
MENÉNDEZ, Héctor: 401
MERCIER: 345
MÉROLA, Lorenzo: 350, 384, 387
MEYER, Willy: 45, 298
MEZZERA ÁLVAREZ, Julio Rodolfo: 72, 119, 120, 122, 125, 201, 203, 259, 321, 322, 391, 392, 406, 432
MEZZOTONI: 145
MIGLIARO, José Pedro: 229
MIKULICZ-RADECKI, Johann von: 35, 36, 39, 280, 377, 383
MIQUEO NARANCIO, Martín: 321, 378
MONIER: 390
MONOD: 283
MONTANINI (Italia): 200
MONTGOMERY: 106
MORALES, Tristán: 223
MORELLI, Juan B.: 116, 194, 195, 227, 230, 269, 289, 290, 291, 384, 430, 431
MORGAGNI: 286, 287
MORQUIO BELINZON, Luis: 230, 279, 308
MORTON, Richard: 402
MORTON, William: 185
MOSERA, Rubens: 163, 164

MOUNTAIN, Clifton: 99
MOYNIHAN, Berkeley George Andrew (Lord): 87, 278, 279
MULLALLY, G. T.: 320
MÜLLER: 286
MÜLLER (maniobra de): 37
MUÑOZ MORATORIO, León: 295
MURAS PORTAS, Olga: 120, 163, 197, 200, 202, 233, 258
MURGUÍA, Carlos: 378
MURPHY, John Benjamin: 65, 68

N

NAEF, Andreas Paul: 83
NARIO, Alfredo: 195
NARIO, Clivio: 242, 380
NARUKE, Tsuguo: 362, 416
NATTINO, Elbio N.: 228
NAVARINI, Emilio: 200
NAVARRO BENÍTEZ, Alfredo Mónico: 95, 117, 118, 186, 190, 223, 232, 276 282, 283, 284, 296, 298, 302
NAVARRO LUSSICH, Alfredo: 236
NAVARRO, Ricardo: 58
NÉLATON, Auguste: 287
NELEMS, Bill: 449
NIETO, Manuel Benito: 94, 115, 118, 186, 275, 285, 311, 384
NIN PONS, Celedonio: 223
NIN VIVÓ, Jorge: 5, 11, 13, 17, 18, 72, 106, 107, 108, 113, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 158, 187, 195, 201, 221, 242, 303, 318, 335, 351, 352, 356, 357, 358, 373, 374, 380, 381, 382, 385, 394, 400, 401, 406, 414, 427, 428, 432, 433, 435, 437, 438, 445, 456,
NIN y SILVA, Celedonio: 223
NIN y SILVA, Julio: 223
NISSEN, Rudolf: 33, 49, 50, 81, 82, 311
NORDENSTRÖM, Björn: 178
NOWINSKI, Aron: 303
NOZAR DOMÍNGUEZ, José Víctor: 397, 398, 399,
NOZAR NÚÑEZ, José: 440, 441
NUBOER, Johannes Franciscus (Utrecht): 72, 120

O

OCHSNER, Alton: 101, 102
ODICCINI, Bartolomé: 143
ONASSIS, Aristóteles Sócrates: 322
ORMAECHEA DE LEÓN, Carlos: 321
OSLER, Sir William: 85
OVERHOLT, Richard: 72, 120

P

PACHECO ARECO, Jorge: 194
PAGE: 345
PAGET, Stephen: 185
PALMA BELLMUNT, Eduardo C.: 138, 147, 148, 268, 316
PANCOAST, Henry Kuhnrath (1875-1939): 385
PANTALONI, J.: 283
PARÍS ROMEU, Francisco: 342, 390, 397, 433
PARODI ESTEVA, Hernán: 423
PARODI SAMONATI, Hernán: 321
PARODI, Domingo: 142
PARROSANI: 287
PASTEUR, Louis: 85, 162, 182, 206, 272, 302, 314, 321, 325, 362, 378, 415
PASTRO BONFIGLIO, Dante Eduardo: 423
PATTERSON, Alex: 449
PAVIE, Alain: 398, 399
PEARSON, Frederick Griffith Griff: 105, 106, 107, 108, 120, 122, 182, 260, 345, 351, 352, 356, 376, 377, 382, 390, 414, 437, 448, 449, 455
PELFORT, Conrado: 228
PELUFFO, Manuel: 202
PENCO, José María: 421, 423
PENCO, Wilfredo: 421
PENTEUIL: 308
PERA ERRO, Enrique: 211
PERCOVICH, José Oscar: 226
PERDOMO de FERNÁNDEZ, Célica: 197
PERDOMO, Roberto: 302, 390
PEREIRA VILLANUEVA, Orlando Manuel: 273
PERELMAN, Mikhail: 105, 400
PEREYRA LAZO, Juan José: 202
PÉREZ DAVANT, Dionisio: 6, 71, 197, 203, 233, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370
PÉREZ FONTANA, Velarde: 75, 232, 298, 385, 400, 454
PÉREZ PENCO, Ernesto José: 6, 363, 395, 407, 417, 418, 420, 421, 422, 423, 424, 434, 440, 442
PÉREZ PÉREZ, Andrés: 423, 425, 426
PÉREZ PÉREZ, Mariana: 425
PÉREZ PÉREZ, Sebastián: 425, 426
PÉREZ PÉREZ, Soledad: 425
PÉREZ SCREMINI, Alberto: 236
PÉREZ TARABOCHIA, María Emilia: 425

PÉREZ TARABOCHIA, Sofía: 425
PÉREZ, Anabel: 425
PÉREZ, Wilfredo: 421
PERI PERTUSSO, Homero: 157
PERNIN QUEIROLO, Alfredo: 138, 139, 140, 143, 147, 149, 276, 279, 280
PERÓN SOSA, Juan Domingo: 322
PETRILLO, Luis: 226
PIAGGIO BLANCO, Raúl A.: 162, 163, 228, 302, 325, 330
PICARELLI GARCÍA, Dante: 397
PIFFARETTI, César: 196, 203
PIÑEYRO GUTIÉRREZ, Alberto Miguel: 5, 349
PIÑEYRO GUTIÉRREZ, Luis María: 5, 130, 167, 168, 172, 407, 430
PIÑEYRO, José A.: 120, 162, 163, 166, 167, 197, 200, 260, 364, 430
PIÑEYRO, Teresa: 134, 135, 136
PIÑEYRÚA, Julio: 237
PIOVANO SARUBBI, Sélika: 163, 197, 200, 233, 370
PIQUINELA TEMESIO, José Adelio: 201, 305, 391
PLATERO, Eduardo: 238, 239
PLAYFAIR, William Smoult: 38, 40
POMI, Jorge: 17, 122, 124, 125, 129, 158, 342, 352, 373, 393, 394, 395, 407, 414, 427, 432, 434, 435, 438, 440, 441
POMMERENCK, Juan Carlos: 259, 392
PORRAS VIGNOLO, Yamandú: 203
PORTILLO OLASCOAGA, José María: 226
POSADAS, Alejandro: 73, 76, 116, 117, 232, 299, 311, 384
POU FERRARI, Ricardo: 282, 302
POU ORFILA, Juan: 223
PRADERI GONZÁLEZ, Luis Alberto: 391, 393, 394, 407, 410, 427
PRADERI, José Alberto: 391, 421, 425
PRADINES RECA, Jorge C.: 177, 179, 180, 211, 212, 360, 361, 395, 405, 413, 414
PRAT, Domingo: 94, 115, 186, 248, 275, 285
PRATT, Gilberto: 120, 430
PRESSA BECCO, Carlos Alberto: 423
PREVETTONI, Practicante: 195
PRICE-THOMAS, Sir Clement: 51, 53, 189, 191, 317, 319, 320, 321, 328
PUGNALIN, José: 276, 278, 279, 285, 296
PUIG QUADRELLI, Roberto: 325
PURRIEL ORCOYEN, Pablo: 116, 119, 120, 162, 163, 194, 197, 198, 199, 200, 201, 205, 233, 256, 257, 258, 259, 297, 308, 309, 311, 349, 378, 385, 393, 406, 411

Q

QUAGLIOTTI, José N.: 291
QUINCKE: 37
QUINTANA, Eduardo: 172
QUINTELA CASSAGNE, Manuel: 148, 227, 228, 239, 240, 289, 314, 321, 386
QUINTERO, Ariel: 203
QUIRÓZ CENTURIÓN, Juan Darío: 137, 140, 158, 159, 201, 242, 399, 411

R

RABIN, Ytzjak: 94
RADNER, S.: 181, 183
RAGGIO, Víctor: 226
RAMÍREZ, Antonio: 51
RAMÍREZ, Juan Andrés: 421
RAMOS FERNÁNDEZ, Ángel Sergio
RAMOS SUÁREZ: 280
RAMOS, Patricio: 142, 143, 148
RAVAZZI (Milán, Instituto Nazionale dei Tumori): 406
REAGAN, Ronald: 94
REBAUD, E.: 170, 171
RECINE, Luis: 140
REGALADO KERSON, Pilar: 306
REGULES MOLINS, Elías: 228
REHN, Ludwig: 186, 287
REID, Lynne: 79, 80
REVEL, Augusto
REYNDERS, E.: 182
RIBAS, Juan Pedro (general): 237
RICALDONI SAROLDI, Américo: 230, 236, 318, 384, 385, 387
RICCETTO, Alcides: 226
RICCI, Constante: 50
RICHERO AGUERRE, Graciela: 349
RIENHOFF, William Francis: 49, 72, 105, 120
RÍOS BRUNO, Guaymirán: 302
RISSI, Francisco: 316
RISSO, Rogelio: 195, 284
RIVA FORTUNATO, Juan Antonio: 138
RIVAS, Pedro: 142
RIVOIR, Alice: 222, 225, 226
RIZZI CASTRO, Milton Emilio: 378
ROBERTSHAW (sonda): 159
ROBINSON GRILLO, Charlotte: 450
ROBINSON, Samuel: 44, 403, 428
ROCA ESTÉVEZ, Alberto Juan: 228, 229, 295
ROCATAGLIATA, Rodolfo: 148
ROCCA NÚÑEZ, Guillermo Miguel: 423
RODRÍGUEZ CORREA, Manuel: 196

RODRÍGUEZ PERALTA, Lino: 203
RODRÍGUEZ QUEREILHAC, Ariel: 242
ROE, Benson Bertheau: 87
ROENTGEN, Wilhelm: 29, 32
ROGLIA, José Luis: 190, 236, 238, 327, 328, 329
ROLANDO (de Salerno): 29
ROMPANI LACOSTA, Omar Carlos: 408
ROSA RUVERTONI, Folco: 317
ROSASCO DUOMARCO, Carlos: 414
ROSELLO, Héctor: 148
ROUSSEAU, Juan Jacobo: 261, 272
RUBIO RUBIO, Roberto: 187, 190, 302, 326, 329, 376, 390, 421, 425
RUIZ LIARD, Alfredo: 72, 119, 120, 121, 124, 125, 140, 197, 201, 203, 205, 206, 221, 229, 236, 242, 243, 259, 267, 273, 304, 306, 323, 324, 364, 370, 373, 380, 387, 390, 395, 399, 405, 414, 421, 430, 432, 439
RUSO MARTÍNEZ, Luis: 425

S

SACCO FERRARO: 149
SAINT-BOIS, Gustavo: 15, 113, 115, 129, 138, 196, 197, 198, 305, 352, 357, 378, 388, 389, 420, 423
SALSAMENDI, María Julia: 107, 121, 137, 140, 148, 151, 158, 159, 212, 242, 259, 330, 335, 351, 357, 399, 406
SALTERAIN (doctor): 238, 239
SALVERAGLIO, Federico J.: 232
SAMSON, Paul C.: 377, 382, 383
SÁNCHEZ CESTAU, Ruth: 163
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, Luis Fernando: 423
SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad: 140, 241, 303, 314
SANGUINETTI ALFONSO, Julio A.: 393
SANJINÉS BROS, Aníbal: 72, 119, 120, 121, 122, 124, 125, 152, 185, 187, 188, 189, 190, 201, 203, 221, 242, 255, 258, 259, 270, 303, 304, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 349, 361, 362, 368, 373, 380, 387, 389, 405, 406, 411, 414, 415, 430
SANTOS BARBOSA, Máximo Benito: 224
SARAVIA, Aparicio: 276
SARNO, Armando: 71, 228, 293, 385
SAUERBRUCH, Ernst Ferdinand: 35, 36, 37, 39, 40, 41, 45, 69, 80, 81, 82, 101, 229, 272, 290, 311, 377, 383
SAYAGO, Gumersindo: 55
SCARLATO, Silvia: 151
SCASSO REYNÉS, Juan Carlos: 139, 148, 150, 151, 197, 204
SCHEDE (1890): 43, 89
SCHLETTER, Federico: 140
SCHMIDT, W.: 68
SCHNEIDERLIN: 145
SCHOBER, K. L.: 47
SCOSERIA, José: 292
SCOTTI BLANCO, Octavio: 223
SEINELDIN, Semy: 6, 24, 204, 252, 262
SELLORS, Thomas Holmes: 120
SEMB, C.: 69
SENNING, Ake: 187, 303, 327, 328
SERRATO, José: 302
SHAKESPEARE, William: 306
SHAPSHAY, S. M.: 171
SHENSTONE, Norman: 231, 377
SHOEMAKER (Vietnam): 52
SICARD, Jean Athanase: 80
SIERRA, Jorge: 140
SIERRA, Ramón P.: 197, 203, 295, 328
SILVA FABEIRO, Celso: 349, 393, 432
SMITH, Abbey: 53
SOLTAU, D. H. K.: 90
SOTO BLANCO, José: 295
SOTO CASTIÑEIRA, José Anacleto: 308
SOTO CORDANO, José Alberto: 362, 363, 415, 418,
SOTO DURÁN, Enrique: 425
SPENGLER: 37, 68
STAJANO, Carlos V.: 150, 305, 313, 321, 378, 389
STEFANSKI, Hugo: 376
STEINBUCHEL, Richard von: 146
STEMMER, E.A.: 181, 183
STORCKS, R.: 70
STUERTZ: 69
SUÁREZ CESIO, Hamlet: 72, 107, 119, 120, 121, 124, 125, 197, 201, 203, 204, 205, 232, 233, 241, 242, 259, 303, 304, 305, 351, 357, 358, 361, 364, 365, 368, 373, 379, 380, 384, 387, 388, 389, 391, 392, 393, 396, 399, 406, 411
SUÁREZ GALLEGO, Hamlet: 6, 188, 303, 304, 306
SUÁREZ MELÉNDEZ, José: 197, 260
SUÁREZ, Raúl: 140
SUGASTI, José Antonio: 148
SUIFFET, Walter: 349
SULZER, J.: 54
SURRACO CANTERA, Luis A.: 381
SURRACO CAVIGLIA, José Luis: 399

SURRACO SÓÑORA, Germán: 399

T

TALICE, Rodolfo V.: 226, 236, 331
TARABOCHIA HERNÁNDEZ, Carlos: 212, 353, 363, 417
TARABOCHIA, Gastón: 5
TARABOCHIA, Matilde: 425
TARRAZONA, Vicente: 106
TAVELLA, Norberto: 190
TEJEDOR GATTI, Ary: 189
TEJERINA FOTHERINGHAM, Wenceslao: 145
TEMESIO SPORTUZZO, Perla: 197
TENAN, Juan: 142
TERRA LEIVAS, Gabriel: 282
TERRA, Eneas: 390
THOMAS, John Davies: 73, 75, 91, 383, 385, 386
THOMAS, Mary Griffith: 319
TIEGEL: 36
TOBÍAS, José (Salta, 1893-1951)
TODD, Tom: 236, 318, 385
TOMALINO, Dante: 120, 122, 197, 202, 256, 258
TORRES AMORÍN, Marcos Olmedo: 423
TOUYA BOGGIANO, Eduardo: 206
TRENCHI, Atilio: 370
TRENDELENBURG, Frederic: 186
TRILLA, Antonio: 148, 197, 204
TUFFIER, Theodor: 41, 43, 70, 310, 402, 403
TURENNE PUIG, Hortensia: 301
TURENNE, Augusto: 301
TURNES, Antonio L.: 19, 23, 210, 221, 296

U

UGARTE ARTOLA, Raúl: 156, 314
URIOSTE LÓPEZ, Bonifacio Manuel: 162, 228, 235, 316, 317, 318, 319, 385
URIOSTE, José Pedro: 162
URTUBEY, Anuar: 191, 328

V

VÁZQUEZ FUREST, Arturo: 295
VACCARO, Santiago: 197
VAJDA, L.: 69
VALDÉS OLASCOAGA, Heriberto: 302
VALLS JIMÉNEZ de ARÉCHAGA, Alberto: 376
VARA CUADRADO, F.: 67, 68, 70
VARCO, Richard: 326
VARELA BERRO, José Pedro: 222
VARELA FUENTES, Benigno: 232
VARELA SOTO, Ruben: 321
VARELA, Florencio: 142
VEGA, Dardo E.: 143, 161, 167
VELASCO LOMBARDINI, Roberto: 229
VELLY, Jean-François: 447
VELPEAU: 286
VENTURINO, Walter: 122, 302
VERDANT: 345
VEROCAY, José: 289
VICTORICA BELGRANO, Alejandro: 68, 71, 72, 118, 119, 120, 124, 125, 197, 201, 203, 204, 205, 232, 275, 301, 302, 303, 304, 305, 327, 328, 332, 349, 361, 365, 370, 373, 378, 379, 385, 387, 388, 411, 445, 446
VICTORICA BELGRANO, Juan José: 301
VICTORICA BELGRANO, Sofía Victoria: 301
VICTORICA BELGRANO, Víctor: 301
VICTORICA BRESQUE, Alejandro Juan: 301
VIDAL, Blas: 242
VIDAL, Felipe: 239
VIGIL SÓÑORA, Eduardo: 237
VILLAFAÑE LASTRA, Tomás: 55
VILLAR BALLESTERO, Álvaro: 173, 175
VILLAR, Ignacio: 149
VILLAR, José (general): 279
VIOLA MALET, Marcelo: 444
VIOLA NÚÑEZ, Humberto: 444
VOLONTERIO, Mario: 229

W

WADDELL, Rom: 449
WANG (aguja de): 169
WAPLER, C.: 54
WATERS: 42, 149
WATKINS, Thomas
WATSON, William L.: 97
WEISSMÜLLER, Jonnhy (Tarzán): 382, 383
WERNICKE, Carl: 35
WHITE (sonda): 159
WHITTIER GRILLO, Dorothy: 451
WILMS, M.: 69
WILSON CASTRO, Eduardo: 374
WOOD, Thomas: 222, 223
WOOLMER, Ronald J.: 139
WORNIKOV, Vera: 157
WYLOCK, P.: 38
WYNDER, Ernest. 98

Y

YANNICELLI PRADERI, Ricardo Baltasar: 150, 248, 304, 305

Z

ZAMORA, Abel J.: 242
ZAPATA REBOULAZ, Washington: 369
ZENO, Artemio: 145
ZERBINI, Euclides do Jesus: 189
ZERBINO SCHMIDT, Víctor: 190
ZIMERMAN, Jacobo: 57
ZORINI, Omodei: 120

El material aquí reunido resulta de una selección muy parcial de documentos valiosos, variados y dispersos, con el objeto de proporcionar al lector, y de manera especial a quienes se inician en la especialidad, referencias útiles para conocer lo que hasta ahora se ha realizado en materia de cirugía torácica. Se exponen en estas páginas las diferentes etapas recorridas y la contribución de los cirujanos uruguayos y extranjeros al desarrollo de la especialidad, destacando los aportes vertidos por los representantes orientales y regionales.

Dr. Antonio L. Turnes

Si analizamos su contenido, con estas páginas, el organizador y el autor anhelan, en nombre de muchos, "llenar ese vacío que no existió", de profundo y cálido agradecimiento a todos sus antecesores. Pero si intentáramos evaluarlo desde la óptica literaria, aceptaríamos, sin lugar a dudas, considerarlo valioso por su extensa recopilación bibliográfica, cautivante por su lectura, completo por su amplio temario y emotivo porque rinde un justo homenaje a todos aquellos pioneros de la República Oriental de Uruguay, e incluso de otros países, que se esforzaron por mitigar el dolor, la ansiedad y el temor del ser enfermo.

Prof. Dr. Semy Seineldin

En estas páginas, el lector encontrará un panorama general, necesariamente sintético, de cuánto se ha hecho para llegar a la actualidad en cirugía torácica en Uruguay. ¿Por qué es necesario tener una aproximación a la historia de la cirugía de tórax en el Uruguay? Esta es una pregunta que admite varias respuestas.

En primer lugar, porque, para quienes nos dedicamos a esta especialidad, es relevante conocer de dónde venimos y quiénes nos precedieron, particularmente en nuestro país. En segundo lugar, porque resulta imprescindible conocer antecedentes y antecesores de lo que hacemos, para llevar más allá las fronteras de lo alcanzado, entendiendo que esa es la obligación que cada generación debe asumir. En tercer lugar, porque es necesario rescatar puntos referenciales de una disciplina de reciente reconocimiento académico (aunque exista desde hace más de un siglo), y así conocer las etapas recorridas en esta formidable construcción colectiva. En cuarto lugar, porque hay que jerarquizar que algunos de sus protagonistas están presentes entre nosotros, lo cual brinda la posibilidad de rescatar de primera mano el relato de los discípulos de los precursores, que nos han dejado una rica tradición.

La historia nos permite conocer y revisar el pasado para entender el presente y proyectarnos hacia el futuro, aprovechando las lecciones aprendidas e identificando los retos por lograr. Estudiar la historia de nuestra especialidad despierta y cultiva la curiosidad, permite ensanchar nuestra perspectiva y ayuda a comprender cómo ha llegado a existir nuestra tarea en su marco social.

Prof. Dr. Gerardo Bruno Riera

doble clic EDITORAS
eMedical GROUP
CROSA
ISBN: 978-9974-747-75-3