**Francisco A. Crestanello**

# ABEL CHIFFLET
(1904 -1969)

## EL EQUILIBRIO ENTRE ESPÍRITU, CIENCIA Y ARTE EN CIRUGÍA

*

*Prólogo*
Fernando Mañé Garzón

**Montevideo**
**2012**



Abel Cerf Fleet

ISBN: 978-9974-98-763-0
Primera edición – Octubre de 2012

**ABEL CHIFFLET. EL EQUILIBRIO ENTRE ESPÍRITU, CIENCIA Y ARTE EN CIRUGÍA**

**© Francisco A. Crestanello**

Queda hecho el depósito que ordena la ley
Impreso en Uruguay - 2012
Tradinco S.A.
Minas 1367 - Montevideo.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización de los autores.

Diseño gráfico del libro y la tapa: Augusto Giussi

Las portadillas fueron diseñadas y compuestas por el autor

ESTA BIOGRAFÍA ESTÁ DEDICADA A LOS JÓVENES QUE SE INICIAN EN LA CIRUGÍA.

*Abel Chifflet es un ejemplo nuestro y luminoso, a no olvidar, de que en cualquier época y circunstancia el ejercicio correcto de la especialidad debe transitar por igual por dos carriles:*

- *El intemporal de su espíritu, cuyos principios esenciales y sus valores imperecederos le confieren su carácter de especialidad médica ética, humanitaria y de servicio.*

- *El circunstancial de la ciencia y el arte de la época, que marcan qué hay que hacer y cómo se hace, y así da a los pacientes las necesarias garantías de actualización, calidad y seguridad.*

CIRUGÍA SÓLO CON ESPÍRITU, O CIENCIA, O ARTE, EN ALGUNOS CASOS PODRÁ DESLUMBRAR, PERO NO ES CIRUGÍA..

# ÍNDICE

Agradecimientos . . . . . 13

Aclaraciones preliminares . . . . . 17

Prólogo . . . . . 19

**¿QUIÉN FUE ABEL CHIFFLET?**

¿Quién fue Abel Chifflet?. . . . . 27

**Preámbulo**
**ABEL CHIFFLET EN SU PLENITUD**

**Preámbulo** Abel Chifflet en su plenitud . . . . . 35

**Primera parte 1904 – 1920**
**TERRENO, SEMILLA Y SIEMBRA**

**Capítulo 1** "Ejido de las Chacras", Arroyo Bequeló, "El Rincón", Mercedes, Soriano, ... . . . . 65
**Capítulo 2** Familia . Infancia. Juventud . . . . . 79

**Segunda parte 1921 – 1929**
**GERMINACIÓN Y CRECIMIENTO**

**Capítulo 3** Estudiante de campaña en montevideo.. . . . . 105

**Tercera parte 1930 – 1935**
**MADURACIÓN**

**Capítulo 4** Medicina. Una práctica corta e inevitable, pero útil. . . . 147
**Capítulo 5** Formación en Cirugía. Pasos académicos iniciales e intermedios . . . . . 153

**Capítulo 6** Viaje de especialización a centros médicos y quirúrgicos de otros países . . . . . 171

**Cuarta Parte 1936 – 1969**
**FLORACIÓN Y FRUCTIFICACIÓN**

**Capítulo 7** Profesor Agregado de Cirugía . . . . . 183
**Capítulo 8** Práctica privada de la Cirugía . . . . . 199
**Capítulo 9** La familia Chifflet – de Lodron . . . . . 227
**Capítulo 10** Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Decano de la Facultad de Medicina . . . . . 245
**Capítulo 11** Profesor de Clínica Quirúrgica . . . . . 311
**Capítulo 12** Vínculos científicos. Misiones. Membresías. Jornadas. Congresos . . . . . 391
**Capítulo 13** Actividades gremiales, en sociedades científicas médicas y en organizaciones sociales . . . . . 405

**Quinta Parte 1969**
**SIEGA EN PLENITUD**

**Capítulo 14** Final inesperado . . . . . 457

**Sexta parte**
**COSECHA ABUNDANTE Y DURADERA**

**Capítulo 15** Repertorio del pensamiento de Chifflet . . . . . 471
**Capítulo 16** Produccion científica . . . . . 483
**Capítulo 17** Una escuela uruguaya de Cirugía . . . . . 589

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Capítulo 18** Sinopsis cronológica de la vida y obra de Abel Chifflet . . . . . 605
**Capítulo 19** Apéndice documental. . . . . 629

## ABEL CHIFFLET FUE

Abel Chifflet fue ... . . . . 731

## ÍNDICE ONOMÁSTICO

Índice onomástico . . . . . 739

# AGRADECIMIENTOS

Esta biografía de Abel Chifflet ha sido posible por los insustituibles aportes de numerosas personas e instituciones que, aun a riesgo de ser incompleto, por justicia no debo dejar de mencionar.

– – –

Ante todo sus familiares que, respondiendo a mi pedido, en forma entusiasta se involucraron en la tarea, y con ilimitada generosidad aportaron los datos y documentos más valiosos sobre su vida y su persona, mostrando así la profundidad del afecto que le profesan.

Entre ellos debo destacar a su hijo Juan Chifflet de Lodron. Centralizó la información suministrada por los numerosos familiares, y por los descendientes de los amigos más cercanos de su padre. En incontables reuniones la analizó conmigo, y puso de su parte mucha de la argamasa con que los datos que la componen se integraron en los capítulos de este libro. Y además fue uno de los lectores principales del manuscrito.

– – –

Los datos sobre Chifflet como Profesor de Clínica Quirúrgica, surgieron más que nada de los testimonios y documentos de sus colaboradores y discípulos.

El Profesor Agregado Doctor Gonzalo Maquieira merece una gratitud especial. Me aportó invalorables datos, pero sobre todo me trasmitió delicados matices de la personalidad de Chifflet que con su aguda observación captó durante los años en que trabajó estrechamente a su lado. Suyo es entonces el mérito de que el personaje marmóreo producto de mis investigaciones que mis recuerdos no bastaban más que para entibiar, se transformara en un Abel Chifflet vivo, cálido y palpitante. Y fue el segundo lector principal del manuscrito.

También integran este grupo (en orden alfabético):

- El Profesor Agregado Doctor Luis Bonavita.
- El Profesor Adjunto Doctor Daniel Cassinelli.

- El Profesor Doctor Alberto Del Campo.
- El Profesor Doctor Uruguay Larre Borges.
- El Profesor Agregado Doctor Milton Mazza Bruno. En fértiles reuniones semanales que solemos mantener, con su poderoso discernimiento analizó muchos aspectos de la personalidad de Chifflet, poniendo de manifiesto características que yo no hubiera sido capaz de percibir. Fue el tercer lector principal del manuscrito.
- El Profesor Doctor Raúl Praderi, que aportó documentos y numerosas anécdotas.
- El Profesor Doctor Celso Silva.

– – –

Otras personas e instituciones aportaron los materiales que permitieron a ubicar mejor a Chifflet en su contexto.

Entre ellas:

- El Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con su Director el Profesor Doctor Fernando Mañé Garzón, que me ha honrado aceptando prologar este libro, y con sus integrantes y colaboradores.
- La Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina y especialmente algunos de sus miembros más destacados. El Profesor Doctor Eduardo Wilson y el Doctor Antonio Turnes que mientras preparaban su libro sobre el Hospital de Clínicas, compartieron conmigo datos invalorables. El Doctor Turnes, además de su importante producción de artículos y libros de historia de la Medicina que cito en varios capítulos de este libro, compartió los datos que estaba utilizando en la preparación de su libro sobre Héctor Ardao y dio respuesta rápida y precisa a todas mis consultas. Y el Doctor José María Ferrari testigo presencial de muchos hechos que conserva inalterados en su memoria prodigiosa, los Profesores Adjuntos Doctores Ricardo Pou Ferrari, Milton Rizzi, y Euclides Silva Gaudín, y el Doctor Juan Gil Pérez.
- La Facultad de Medicina de la Universidad de la República, con su Bedelía, su Departamento de Personal, y su Biblioteca con la encargada de la Sección Bibliografía Nacional e Historia de la Medicina, Licenciada Señora María Amparo De los Santos.
- La Sociedad de Cirugía del Uruguay, su Biblioteca y su bibliotecaria de siempre la Licenciada Señora Stella Launy y su reciente y eficaz reemplazante la Licenciada Señora Cecilia Valenzuela.

- El Sindicato Médico del Uruguay, su Biblioteca y su Archivo Documental con su encargado el Señor Federico Penino.
- La Biblioteca Nacional.
- El Académico Profesor Doctor Antonio Borrás.
- El Profesor Agregado Doctor Juan C. Abó y el Profesor Adjunto Doctor Federico Latourrette, recientemente fallecido.
- La Señora Elsa Gili, funcionaria administrativa pilar del Sanatorio Americano desde la época de Chifflet hasta hace pocos años.
- El Club Soriano y especialmente el Señor Daniel Funcasta.
- Y tantos otros …

– – –

Finalmente la imprenta Tradinco S.A. y el Sr. Augusto Giussi, pusieron su competencia en la tarea de colocar el texto en un vehículo físico impecable que contribuye en forma importante a facilitar y hacer agradable su lectura.

– – –

A todos ellos mi agradecimiento, y la cuota parte del mérito que pueda tener esta obra.

Pero ninguna de las culpas por las imprecisiones, omisiones y errores no percibidos que seguramente contiene, ya que sobre ellos me asiste un legítimo derecho de autoría.

# ACLARACIONES PRELIMINARES

Esta biografía privilegia los roles públicos de Abel Chifflet como cirujano, profesor, líder de grupos, pensador, universitario y gremialista.

Las referencias personales y familiares se limitaron a las necesarias para comprenderlos y valorarlos.

A pesar de esta limitación deliberada, la riqueza y diversidad de los primeros determinaron que su extensión sea considerable.

Para permitir una lectura más rápida o con dos niveles de profundidad, se han intercalado tablas, y los capítulos se han diagramado categorizando sus contenidos; los de mayor detalle descriptivo tienen fondo gris y letra más pequeña.

– – –

Luego de un preámbulo que describe el aspecto y el comportamiento de Chifflet en su plenitud, el texto se ordena cronológicamente en seis partes.

Como él fue un hombre que brilló en la ciudad sin perder su raigambre campesina, y en cada etapa de su vida multiplicó asombrosamente el grano que le dio origen, a cada una se le ha dado el nombre de una fase del ciclo vital de las plantas cerealeras.

– – –

La diversidad, el valor y, en muchos casos la actualidad de los escritos de Chifflet, han hecho necesaria la inclusión al final en esta obra de dos extensos capítulos: el capítulo 16 “Producción científica”, y el capítulo 19 “Apéndice documental”.

– – –

El capítulo 18 es una sinopsis cronológica de la vida y obra de Chifflet. Su forma de tabla facilita el reconocimiento de vínculos entre los diferentes elementos que las compusieron.

# PRÓLOGO

Fernando Mañé Garzón[1]

El haberme invitado y aceptado prologar este libro, no solo es un honor para mí. Es el verdadero compromiso y duro desafío de ponerlo ante sus seguros lectores, de destacar en forma prioritaria y obligatoria su importancia, y diré más, la ineludible necesidad de su redacción que, no nos explicamos, había sido diferida. En concreto destacar, dentro de una generación brillante, la particular relevancia de un exponente de ineludible consideración especial: Abel Chifflet.

## II

Este libro, este esencial ensayo, se centra en la figura de este médico nacional, y tomándolo como ejemplo y figura cubre, para distinguirlo, varios propósitos de la intención prístina del autor, que sin formularlos explícitamente surgen de sus páginas como inefable paradigma.

Es su autor Francisco Crestanello, uno de sus últimos discípulos y por ello el visor y el más que adecuado cultor del maestro. Es Crestanello una de las figuras más descollantes de nuestra ulterior Cirugía general, de impecable trayectoria de académico, de docente y de investigador, maestro en todas las maneras de sus ejemplares dotes humanas, tanto en la veraz erudición de su ecuánime juicio para afirmar su depurada opinión, como en su innegable espíritu de fineza discursiva.

## III

La Cirugía en el Uruguay tuvo un costo histórico para que se fecundara en una innegable solvencia tanto temporal como inmediata y en su resuelta trayectoria. Bien merece destacar a los hoy jóvenes la permanencia, renovada en el tiempo, del aporte sustentable de un devenir continuo y

1 Ex Profesor titular de Clínica Pediátrica
Miembro emérito de la Academia Nacional de Medicina
Director del Departamento de Historia de la Medicina

consistente que hoy, como tientos de un lazo, se entrelazan, enriquecen, y abren un surco que es un camino en el que con adecuada solvencia se la verá persistir y madurar.

Podemos con prístina seguridad afirmar que, después de una Cirugía nacional más bien ocasional y anecdótica, nuestra Cirugía adquirió origen académico con el primer profesor que tuvo a su cargo la primera cátedra dedicada a la Cirugía en forma solvente. Fue José Pugnalin (1840-1900) que desde esta concreta circunstancia, no solo prestigió la especialidad quirúrgica, sino que publicó las primeras contribuciones referente a ellas, y nucleó en su entorno a los primeros profesionales que lograron orientarse hacia la Cirugía con especial vocación asistencial y científica. Entre ellos cabe destacar a Luis Pedro Lenguas (1862-1932), Jaime H. Oliver (1866-1929), Manuel B. Nieto (1873-1940), Juan Francisco Canessa (1868-1957), Alfonso Lamas (1867-1955) y los hermanos José y Luis Mondino (1867-1957).

## VI

Al retirarse Pugnalin a su país de origen, tres corrientes de orientación académica y/o asistencial se perfilaron, con lo que nuestra Cirugía adquirió un relieve propio y, al perpetuarse, una solvencia tanto científica como asistencial que se iría perfeccionando en una secuencia integrativa y original.

## V

A esta primera perfilación académica, sucedió la generación casi exclusiva de docentes nacionales, formados en el país y enriquecidos por estadías mas o menos prolongadas en Europa, principalmente en Francia y Alemania, y en Estados Unidos. Esta incipiente experiencia determinó que esta generación fuera pionera en una nueva orientación profesional, de mucho valor creativo, no sólo en la Medicina clínica, sino además en sus aspectos básicos, cuya labor fue fecunda en promover y desarrollar diversas orientaciones. Particularmente nos interesa destacar en este prólogo, la Cirugía general y algunas de sus subespecialidades (Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Urología, etc.).

## VI

Así llegamos al término de la Primera Guerra Mundial (1914-1918). La Cirugía cobrará una seguridad y solvencia asentadas en las bases de una nueva Cirugía que permitirá una segura práctica fundada en las recientes conquistas de la Patología y la técnica, el adecuado manejo de la antisepsia-

asepsia, los complementos asistenciales orientados hacia la defensa frente al shock quirúrgico, y la depurada orientación diagnóstica y terapéutica médico-quirúrgica.

## VII

Es en este período del hoy llamado "l'entre deux guerres" (1918-1945) y algunos años después, que de una manera diligente, meditada y segura, el autor destaca la eminente personalidad docente y científica de Abel Chifflet.

Fueron de esta misma generación otros distinguidos cirujanos: Pedro Larghero (1901-1963), Juan Carlos Del Campo (1896-1978), Velarde Pérez Fontana (1897-1975), Víctor Armand-Ugón (1900-1972) entre otros.

## VIII

Pero fue Chifflet el que más se destacó en la ya sólida secuencia en el ejercicio, investigación y docencia, al considerársele prioritariamente frente a los ya nombrados, discípulo estrecho y leal del inefable maestro Alfonso Lamas (1867-1955). Si bien casi todos ellos fueron integrantes de esa sucesión, fue sin duda Chifflet el más allegado y consecuente. Por ello al destacar su figura, Crestanello lo conduce a un sitial ineludible tanto en su actuación médico-quirúrgica así como su relevancia en la participación como en la conducción universitaria, así como en su preocupación asistencial y social.

## IX

Nació Abel Chifflet en Mercedes, de familia de emigrantes francesa que se establecieron en el medio rural y suburbano de esa ciudad, conservando durante muchos años su raíz francesa al par que Abel hasta los cuatro años no hablaba español.

Cursó su enseñanza media y superior en Montevideo, donde formó en su entorno una relación intelectual en compañía de estudiantes entre los que con indudable solvencia se destacó.

Su actuación desde sus primeros años universitarios fue relevante por su facilidad expresiva que, como veremos en el curso de esta biografía, poseía un dominio acabado en la perfección del discurso.

## X

Cursando la carrera universitaria como Practicante Interno y luego en sucesivos concursos, llegó a las más altas exigencias y responsabilidades en la docencia y la práctica quirúrgica.

Fue por esa disposición tan especial a la creación de un ambiente de sólida secuencia en trasmitir, ambiente que bien podemos llamar escuela, que fue un ejemplo de la forma de suscitar en sus colaboradores, que pronto fueron sus discípulos, su vocación científica ya fuera en el quehacer asistencial como en el docente, y estimularlos hacia la investigación, que con generosidad se plasmó en numerosos trabajos y artículos originales de exigencia elevada y cada vez más depurada.

## XI

Esta actitud expansiva al promover como dijimos, vocaciones, llevó a que por derecho propio, hacia mediados de la década de 1980 los seis profesores titulares de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, fueran discípulos directos de Chifflet. Ello pone en evidencia la relevancia de la condición dedicada a la formación de nuevas generaciones, que sin exagerar, constituye un verdadero éxito en la indudable intención de concretar una escuela quirúrgica real, independiente y eficaz.

## XII

Esta obra es un ensayo sobre un período aún no bien conocido y expuesto de nuestra historia de la Medicina. Por su importancia prospectiva, es un ensayo de particular relevancia que permitirá iluminar un tiempo hasta ahora fútil en el desarrollo de la Medicina nacional, tanto cuando ella se destaca en lo formal como en su integración definitiva a la Medicina mundial y particularmente a la latinoamericana.







# ¿QUIÉN FUE ABEL CHIFFLET?



# ¿QUIÉN FUE ABEL CHIFFLET?

Hoy, en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, el nombre de Abel Chifflet evoca muy poco más que el retrato de un Decano de la década de 1940 que cuelga entre los de otros en las paredes de la antesala del Decanato.

Entre los cirujanos, la borrosa noción de un Profesor de Clínica Quirúrgica de las dos décadas siguientes.

Y en la Sociedad de Cirugía y el Sindicato Médico del Uruguay, la de uno de sus lejanos presidentes.

Abel Chifflet fue objeto de semblanzas, cronologías y discursos [1][2][3][4], muchos de los que fueron escritos bajo las emociones de su reciente pérdida.

Las circunstancias actuales son distintas.

Las más de cuatro décadas que transcurrieron desde aquella, decantaron los elementos de su vida convirtiéndola en historia.

Sus discípulos, conservan de él un recuerdo nítido, cálido y agradecido.

Y su viuda, sus hijos y sus familiares, guardan el tesoro de valores que puso en práctica como esposo, padre, e integrante más destacado de la numerosa estirpe que lleva ese apellido.

Entonces, antes que sus ecos se desvanezcan en el silencio, su recuerdo se diluya en el olvido, y sus datos se escondan o pierdan en bibliotecas y archivos, es el momento de un trabajo más profundo, que abarque toda su vida y obra, que analice los múltiples papeles que cumplió, que reconozca con objetividad el valor de sus aportes y que salde las consecuentes deudas de gratitud que contrajeron quienes los recibieron.

– – –

El nombre de Abel Chifflet me evoca cosas muy queridas.

Mi padre era médico, compañero de generación, y mantenía frecuentes contactos profesionales con él. Repetidamente lo mencionaba en forma elogiosa, con lo que poco a poco en mi mente infantil su nombre se fue identificando con alguien grande y respetable. A comienzos de la década

de 1950 ocasionalmente me llevaba en su automóvil a las visitas a sus pacientes en el Sanatorio Americano; mientras lo esperaba en el jardín me afirmaba en la convicción de que Chifflet, a quien todavía nunca había visto, tenía que ser alguien verdaderamente extraordinario porque trabajaba en ese impresionante lugar.

Una inolvidable mañana de comienzos de febrero de 1960, en el hall central de su Servicio del piso 9 del Hospital de Clínicas, tímidamente me presenté a él como novel Practicante Externo que tenía una inclinación aún muy vaga por la Cirugía. Esa vez permanecí seis meses en su Clínica. Comprobé que, efectivamente, Chifflet era alguien grande y respetable. Me impresionaron sobre todo su aplomo y su seguridad, que entonces me preguntaba si alguna vez yo sería capaz de desarrollar siquiera en parte.

Luego estuve con él otros tres semestres como Practicante Interno, preparando y rindiendo el examen de Clínica Quirúrgica, último de mi carrera, y luego como Médico Colaborador entrenándome para el concurso de Jefe de Clínica. También algunas veces como Practicante o Médico Interno de guardia en el Sanatorio Americano, le vi interactuar de cerca con sus pacientes privados.

Lamentablemente eran los años 1967 y 1968, cuando su vida se acercaba a su fin.

Me separaba de él una considerable distancia generacional y no era capaz de apreciar en plenitud su valor. Pero sin que entonces yo tuviera una clara percepción de ello, su ejemplo me marcó en forma profunda. Hoy me doy cuenta que fue entonces que percibí claramente que lo que yo quería hacer era lo que él hacía. Y, en todo lo posible, de esa misma manera.

Finalmente, la profunda delicadeza del trato que dio a mi padre en su última enfermedad, y el sólido apoyo que en breves intervenciones nos brindó a mi madre y a mí, constituyeron una lección inolvidable de auténtica humanidad en el ejercicio de la Cirugía.

Por todo eso lo considero el más influyente de mis maestros.

Y a pesar de que fui uno de sus discípulos más "periféricos" y no trabajé junto a él un tiempo comparable al de otros, me sentí con fuerzas suficientes para asumir esta tarea.

– – –

Esta biografía, en base a documentos y testimonios confiables, analizados en sus contextos de lugar y época, se propone responder objetivamente a la pregunta: ¿qué fue Abel Chifflet?.

Este propósito de objetividad es firme, pero no impide escribirla desde los ángulos de la admiración, la gratitud y el afecto.

Descarta el propósito encomiástico, porque las que lo poseen, colocan a los biografiados en un altar tan alto que los alejan, queman ante él tanto

incienso que los ocultan con el humo, y olvidan que, como cualquier ser humano, fueron un mosaico de muchos aciertos que las comunidades consideran beneficiosos y loables, y por ello los toman como modelo e inspiración para el futuro, y de algunos errores que sólo interesan a sus detractores.

Esta biografía tampoco intenta idealizar un pasado en parte vivido por mí.

En los treinta y cinco años que siguieron a la muerte de Chifflet tuve la fortuna de ejercer la Cirugía, vivir los innumerables cambios que experimentó, y gracias a los principios que aprendí con él, pude discernir cuáles eran avances, incorporarlos, y aplicarlos buscando dar a los pacientes lo mejor de una especialidad que, en sus contenidos, se hizo muy diferente a la que él ejerció, pero que mantuvo su espíritu y su Ética.

Por eso posiblemente este libro sólo sea una crítica incursión en el pasado, buscando el origen de la mayoría de los valiosos puntos de referencia que me guiaron, como a tantos otros discípulos de Chifflet, en el tránsito por la profesión de cirujano.

*Francisco A. Crestanello*
Octubre de 2012

## Referencias bibliográficas

**1.- Aguiar A.**
Discurso en la ceremonia de inauguración de la estela monolítica recordatoria de Chifflet en el jardín del Hospital de Clínicas. 16 de julio de 1976.
Archivo de Maquieira G. Inédito.

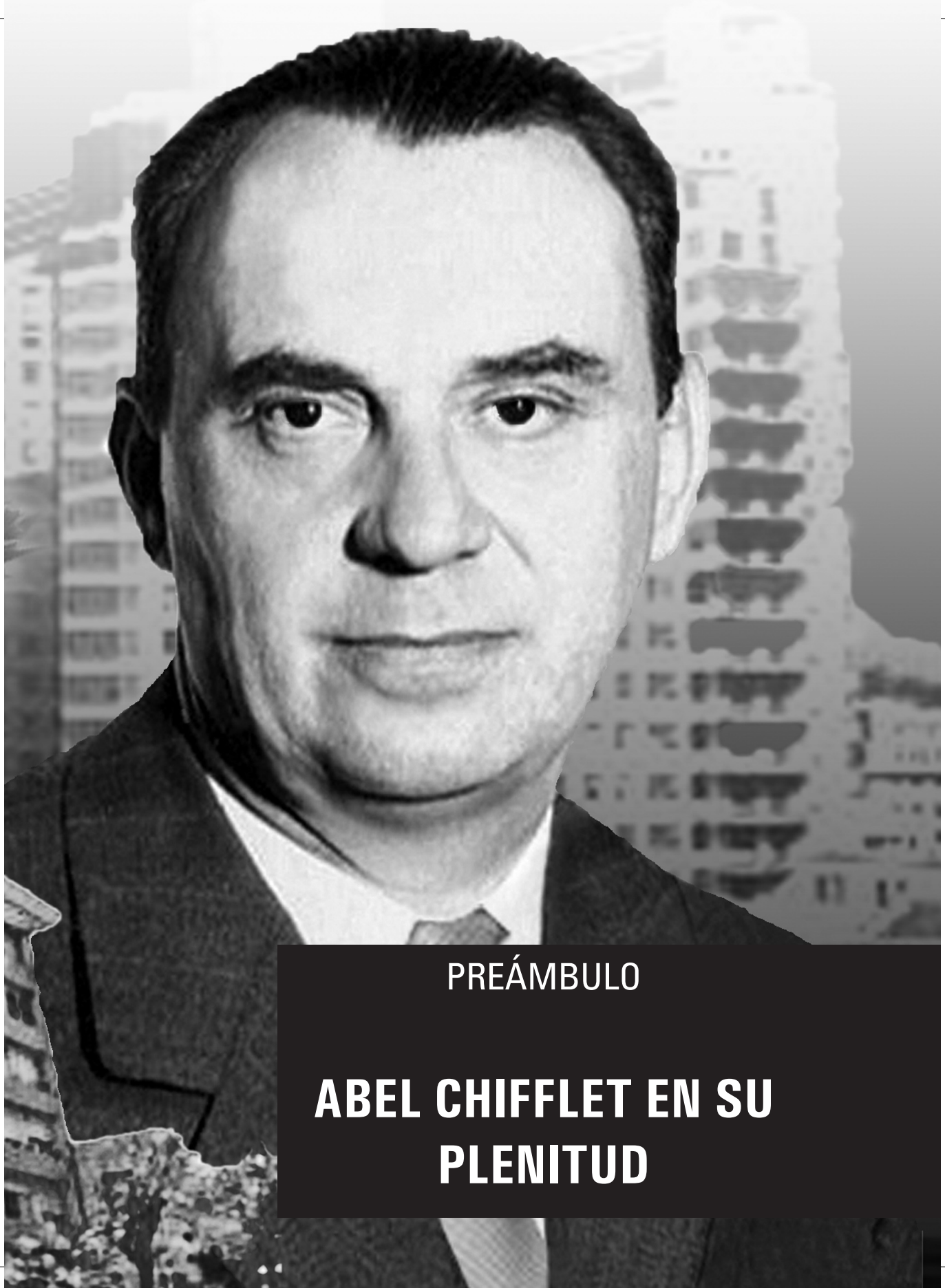
**2.- Belloso R.A.**
Discurso en el homenaje a Chifflet en el block operatorio del Sanatorio Americano. Julio de 1969.
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**3.- Maquieira G.**
Profesor Abel Chifflet (1904-1969).
Cir del Uruguay 1970; 40: 95-98.

**4.- Praderi L.A.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.







PREÁMBULO

# ABEL CHIFFLET EN SU PLENITUD



# PREÁMBULO

## ABEL CHIFFLET EN SU PLENITUD

"… figura respetada, familiar y sencilla … de aventajada estatura… animada de un suave balanceo al caminar, de rostro inteligente y sereno, mirada suave y sonrisa afable, con un dejo de imperceptible y bondadosa ironía…"
"… no fue un extrovertido ni un cautivador intencionado; poseía el atractivo simple, reservado, parco, pero hondo del afecto expresado con la sencillez y fuerza del hombre…"
"… sabía mostrar la solidez de su estima en los momentos de prueba y parecía adivinar el instante en que se necesitaba…"
"… dio la pauta de una convivencia sin desengaños, insensible a las pequeñeces…"
"… cultivó junto a su propia valoración, la justa valoración de los demás; defendió siempre con altura la legitimidad de su pensamiento, sin menoscabar al opositor, respetando la sensibilidad ajena, buscando la verdad con la naturalidad propia del que conoce y puede enmendar sus propios yerros…"

ROGELIO A. BELLOSO [2]

Una biografía integral se puede iniciar de diversas maneras.

La elegida para ésta, es una descripción del aspecto y el comportamiento de Chifflet en la plenitud de su vida.

Sus primeros trazos fueron dados por los pasajes de un discurso de Belloso; los demás se tomaron de testimonios y documentos.

El conjunto de ellos aspira a dar a los contenidos de esta biografía un "soporte visible y tangible", que con nitidez, color, y calor de movimiento y de vida, ubique al lector en el clima necesario para el abordaje de la persona de Abel Chifflet desde cualquiera de los ángulos posibles.

## IMPRESIÓN INICIAL: SORPRESA

A pesar de que cuando se tenía el primer contacto con Chifflet, casi siempre se sabía quién era, invariablemente superaba las expectativas y producía una impresión global de sorpresa.

Se encontraba un hombre alto - 186 centímetros según consta en uno de sus pasaportes – corpulento pero no atlético, y erguido.

Vestía en forma prolija. Túnica blanca que mantenía impecablemente limpia y bien abotonada, dejando solamente ver el cuello de la camisa y la corbata clásica; traje sobrio, con el detalle de un pañuelo blanco doblado de distintas maneras en el bolsillo superior izquierdo del saco; y muchas veces chaleco.

Unas pocas fotografías lo muestran con un sombrero en su mano.

En sus últimos años para la visión cercana usaba unos lentes de armazón gruesa y oscura.

En el conjunto se destacaban tres características al servicio de la comunicación con los interlocutores: su cara con su mirada, su expresividad y el trato que les deparaba.

### A.- LA CARA Y LA MIRADA DE CHIFFLET

Chifflet tenía una cara ovalada, frente amplia, cejas espesas pero no gruesas y bien separadas entre sí, nariz proporcionada, labio superior alto, labio inferior prominente, y mentón algo retraído.

Era de tez clara y estaba coronada por abundante cabello de color castaño oscuro que mantenía prolijamente recortado y peinado hacia atrás sin línea de separación, lo que hacía desaparecer el leve enrulado que se ve en algunas fotos de su juventud.

Dos entradas laterales de la línea de implantación anterior del cabello aumentaban la amplitud de su frente.

Sus ojos, grandes, algo saltones, de color castaño, de mirada brillante, atenta, escrutadora y siempre dirigida al interlocutor, monopolizaba la atención de éste.

Su expresión y su mirada sugerían muchas cosas a la vez:

- llaneza, espontaneidad, naturalidad, falta de afectación.
- amabilidad y cordialidad.
- inteligencia, lucidez y vivacidad.
- seguridad natural, no fingida.
- energía abundante, pero controlada, y resolución.
- dominio de la situación. Esta impresión se acentuaba porque no raramente tenía *"una ligera, casi imperceptible sonrisa en los labios"*

[30] que agregaba a su expresión un dejo de picardía, que nunca llegaba a ser sobradora.

- y, finalmente receptividad, atención, interés exclusivo, concentración y buena disposición para ocuparse de lo que se le planteaba. Nunca daba la sensación de estar fatigado, o de que su mente se encontrara saturada por problemas que excluyeran la posibilidad de ocuparse de otros.

## B.- LA EXPRESIVIDAD DE CHIFFLET

Chifflet hablaba en forma más bien rápida, con pronunciación clara, voz potente de barítono, sin vacilaciones, interrupciones o muletillas que mantuvieran el sonido de su voz mientras pensaba, con lo que demostraba la claridad y rapidez de su pensamiento. Sus frases eran cortas, bien construidas con léxico sencillo, nada rebuscado; tenía un estilo propio muy característico, preciso, elegante, y contundente, que se refleja muy bien en sus escritos.

En sus expresiones no recurría a su erudición sino que ponía en evidencia su conceptualidad y pragmatismo; se centraban en los puntos clave para entender un asunto, o encontrar una aplicación práctica a un concepto o la solución a un problema.

Era directo y franco como opuesto a sinuoso y disimulado.

No empleaba el tuteo ni aún con sus colaboradores más cercanos, lo que junto a otras características de su comportamiento marcaba claramente la existencia de una zona de separación más allá de la que había un espacio privado, en el que no dejaba que nadie ingresara.

– – –

Chifflet siempre insistió en la importancia de las manos; es probable que esto fuera una consecuencia de sus diez años de actividad evaluando incapacidades en el Servicio Médico de la Caja de Jubilaciones.

Las suyas eran grandes y de dedos gruesos; sugerían fuerza pero no torpeza y, en circunstancias particulares, además otras cosas.

Cuando exponía, las usaba en forma discreta pero muy eficaz para potenciar la transmisión de las ideas.

Cuando examinaba a los pacientes, manifestaban suavidad en las maniobras. Pero no hacían concesiones que limitaran la exigencia de las exploraciones; su dedicación a la cirugía colo-rectal hacía que frecuentemente debiera realizar lo que conceptualmente llamaba examen pelviano a través del tacto rectal, que efectuaba con delicadeza pero sin desmedro de su rendimiento semiológico.

Cuando operaba, mostraban refinamiento y cuidado en la realización de las intervenciones. En éstas no realizaba maniobras espectaculares, sino que ejecutaba los tiempos operatorios de manera ordenada y prolija, presididos por el conocimiento, por el respeto por la integridad de los tejidos, la salud y la vida del paciente, y por la búsqueda de cómo beneficiarlo sin hacerle correr riesgos innecesarios. Esto no significaba que con el argumento de la prudencia optara por la facilidad de eludir la resolución de problemas operatorios complejos, esto es que, cuando la situación lo exigía, no realizara las maniobras necesarias asumiendo sus riesgos.

Finalmente, cuando estaba distendido y no hacía ninguna de estas cosas, parecía que sus brazos y manos estaban provistos de una energía que no sabían en que emplear, y entonces los colocaba en actitudes muy características que se aprecian en muchas de las fotografías que ilustran este libro.

## C.- TRATO CON SUS INTERLOCUTORES

Chifflet poseía un arte muy refinado para relacionarse con los demás.

– – –

En los contactos individuales tomaba la iniciativa con un saludo y una o dos cortas frases introductorias, para las que toda vez que podía elegía un tema familiar a los interlocutores.

Con esta estrategia les trasmitía el mensaje de que tenían algo en común, y hasta una cierta complicidad. Y de este modo invariablemente despertaba en ellos un sentimiento complejo, tranquilizador y por cierto justificado, que derribaba las barreras del temor a expresarse y, en el caso de los pacientes, de someterse a una operación:

- El de ser solícito, estar dispuesto a escucharlos, a tomar sus asuntos con la debida importancia y a actuar en forma cuidadosa y apropiada.
- El de ser confiable; se le podían comunicar cosas importantes ya que reunía competencia necesaria para alcanzar con eficiencia, con la debida reserva, y con la garantía de su buena fe, el fin que se perseguía.
- El de la necesaria pero no ilimitada cercanía.

En el caso de los pacientes del campo, utilizaba su conocimiento de los lugares, las gentes, la cultura, el folclore, las actividades y las historias rurales, para transformarse en un par. Con diálogo fluido y sencillo *"los llevaba a recordar sus pagos, sus costumbres, sus trabajos, sus problemas antes de iniciar el verdadero interrogatorio médico. Ensamblaba así la Medicina social para profundizar hábilmente en el mejor conocimiento del hombre."*(31)

– – –

En los contactos con amigos, colegas, colaboradores y discípulos, y en sus contactos sociales, Chifflet tenía un protagonismo natural. No porque lo buscara, sino porque captaba el ambiente, tenía iniciativa, y con sus palabras y acciones influía sobre los presentes, de modo que naturalmente su presencia se imponía y dominaba.

Esto no excluía que él tratara de que los que lo rodeaban se sintieran participantes e importantes. Para ello frecuentemente los invitaba a que emitieran su opinión o hicieran sugestiones sobre el asunto que se estaba tratando. Y, aunque en general no las necesitaba porque solía tener una visión más completa del asunto que ellos, también para escuchar otras opiniones o puntos de vista eventualmente merecedores de su atención.

Cuando él consideraba que esas opiniones eran inapropiadas, tenía mucha habilidad para salir airosamente de la situación que creaban, sin verse obligado a tomarlas en cuenta, cuidando que quienes las habían expresado no se sintieran disminuidos o ridiculizados.

Esta anécdota muestra claramente esa habilidad [(29)].

**ACEITE ALCANFORADO**

Chifflet estaba operando en el Sanatorio Americano un paciente complejo cuya salud se encontraba muy comprometida. Presenciaba la operación su médico de cabecera, un clásico médico de barrio, buena persona pero que, después de su graduación varias décadas antes, no había actualizado sus conocimientos. Era presa de gran inquietud porque percibía la gravedad de la situación, y porque carecía de familiaridad con las salas de operaciones.

Chifflet notaba la incomodidad del colega, y para mitigarla varias veces se dirigió a él comunicándole hallazgos, haciéndole comentarios y, como cortesía, preguntándole si tenía sugerencias.

En cierto momento el colega se sintió obligado a aportar alguna idea y sugirió que al paciente se le administrara una ampolla de aceite alcanforado subcutáneo, un analéptico que hacía ya tiempo que había dejado de indicarse, porque había sido superado por nuevos medicamentos.

Ante tal sugerencia, el anestesista dirigió a Chifflet una mirada de estupefacción y de pedido de ayuda para salir del aprieto. Chifflet le devolvió una mirada cómplice y tranquilizadora, rápidamente y con gran seriedad elogió la sugerencia del colega y pidió a la enfermera circulante que trajera el aceite alcanforado; seguramente creía que como ya había dejado de fabricarse, ésta no lo encontraría.

Pero la funcionaria era muy eficiente y ante la mirada desconsolada del anestesista trajo probablemente las últimas ampollas que quedaban en el Sanatorio.

Entonces Chifflet con gran seguridad, para liquidar el problema, le dijo: *"Bien Carlos, ahora lo tenemos. Guárdalo allí por si la cosa se pone brava."*

Cuando en su actividad profesional y docente alguien expresaba ideas con las que él no estaba de acuerdo, enunciaba los argumentos refutato-

rios, sin poner en ridículo o disminuir a aquél con quien discrepaba, una actitud notoriamente diferente a la del modelo francés de "grand patron" tradicionalmente seguida aún entonces por varios profesores de nuestra Facultad.

## CONTACTOS SUCESIVOS: ADMIRACIÓN

En los siguientes contactos, en forma progresiva y en diferente orden, los interlocutores iban percibiendo otras características de Chifflet con lo que enriquecían el conocimiento de su persona. Además comprobaban que muchas de ellas eran el resultado de su esfuerzo y de la aplicación de su inteligencia y determinación.

Todo ello les despertaba un sentimiento de admiración y constituía uno de los pilares de su liderazgo.

### A.- ATRIBUTOS INTELECTUALES

#### *a.- Inteligencia y lucidez*

Chifflet fue un hombre muy inteligente y muy claro en su razonamiento y en la expresión de éste.

Poseía una destacable capacidad para informarse, razonar y planificar, para aprender de la experiencia, para comprender ideas complejas, y para pensar en forma abstracta, conceptual, racional, y sensata.

Frente a todas las realidades que debió enfrentar y sobre las que tuvo que decidir, fueran éstas problemas clínicos puntuales o las máximas responsabilidades de una institución, cualquiera fuera su gravedad conservaba el equilibrio y el aplomo.

No procedía por intuiciones, o por impulsos o pasiones, sino por razones.

Cuando enfrentaba un problema, investigaba y se informaba hasta tener un claro diagnóstico de situación. Analizaba todos sus componentes y los ordenaba según su importancia. Cuando correspondía, buscaba los principios generales que rigen y están ocultos detrás los hechos particulares. Más allá de que el tiempo haya probado o no la veracidad de los resultados de esta búsqueda, debe señalarse la constancia de su preocupación y de su empeño en esta tarea.

Examinaba las posibles soluciones y elegía la más razonable.

Planificaba su acción y sólo entonces actuaba, por cierto con gran eficiencia.

Pese a su capacidad, sabía que esta tarea le significaba un esfuerzo, y cuándo debía darla por terminada; lo expresó en dos breves frases al inicio de un trabajo que publicó en Buenos Aires en 1948 [14]: *"Dominar un problema hasta exponerlo con claridad y sencillez. No tener el desconocimiento del esfuerzo personal, al presentar los asuntos con elemental simplicidad."*



1963 Chifflet atento.



1967 Chifflet reflexionando.

Este proceso, que insumiría un tiempo considerable, no constituía una estrategia para que los problemas se resolvieran por sí mismos o perdieran su actualidad; en este libro hay innumerables ejemplos de que cuando la naturaleza del asunto requería respuestas rápidas, éstas llegaban de manera oportuna.

Con esta capacidad, por lo general podía:

- ver más lejos, o más componentes del problema, o con mayor profundidad, o antes que los demás.
- elaborar síntesis e identificar conceptos.
- según fuera el caso, reconocer claramente las grandes líneas de acción, diseñar un plan director o marcar cursos de acción concretos. Todos ellos posibles, razonables, de mucho sentido común, y muchas veces, cuando las posibilidades de acción parecían haberse agotado, incluían alguna opción que otros no habían imaginado.
- y, en consecuencia, podía anticipar lo que iba a suceder, adelantarse a los acontecimientos, y trazar las directivas para afrontar-

los. No era frecuente la ocurrencia de evoluciones contingentes que lo sorprendieran.

Cuando la importancia del asunto o la oportunidad lo justificaban, no por azar, sino con una finalidad específica, plasmaba sus conclusiones en documentos públicos, con los que no sólo las divulgaba sino que demostraba su independencia, la seriedad de sus razones y, conociendo la coherencia entre sus ideas y su actuar, la forma cómo lo iba a encarar.

Dejando de lado sus publicaciones sobre diversos problemas generales puntuales de la clínica y la práctica quirúrgica [9] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24], algunos de los ejemplos más representativos de la sensatez y conceptualidad de Chifflet, que se reproducen en el capítulo 19, fueron:

- Informe sobre Cirugía Experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América [5].
- Crónicas de viaje: La Clínica Mayo [6].
- Cirugía y cirujanos en Estados Unidos [10].
- Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria [12].
- La Facultad de Medicina [13].
- El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela [15].
- Discurso de clausura del acto inaugural del 7º Congreso Uruguayo de Cirugía [23].

La misma racionalidad y sensatez se refleja en sus cuatro libros, que se analizan con detalle en el capítulo 16.

### *b.- Sagacidad*

Chifflet era sagaz, astuto, y tenía una dosis justa de picardía. En estas características sus allegados veían rastros de lo que vio en su niñez en las gentes del campo, es decir manifestaciones de su profunda *"raigambre campesina"* [2].

Rápidamente captaba y comprendía al otro.

Aplicada a sus colaboradores, esta capacidad le permitía conocer su personalidad, sus inclinaciones, su capacidad para la recepción de conocimientos existentes y para la práctica de la especialidad tal como él la concebía, así como para la de creación o adaptación a nuevos conocimientos o técnicas.

Era muy difícil que los malintencionados pudieran engañarlo. *"Tenía insospechadas dotes de penetrante psicólogo a quien no pudo sorprender jamás ninguna mente arteramente intencionada…"* [2]

## B.- CALMA, VOLUNTAD, DISCIPLINA, TESÓN Y EFICIENCIA EN EL EMPLEO DEL TIEMPO Y EN EL MANEJO DE LOS ASUNTOS

Estas características permitían que sus atributos intelectuales rindieran mayores frutos.

– – –

Chifflet aparecía calmo, sereno, equilibrado, aplomado, dueño de una profunda y nunca perturbada paz interior.

*"… nunca tenía un mal día, nunca venía mal al Servicio, su palabra jamás producía dolor en el receptor."* Eran características estables, *"…el extremo opuesto de la ciclotimia … "* (30)

Pero esta calma no resultaba de la indiferencia o de la insensibilidad ante lo que pasaba a su alrededor. Por el contrario poseía una profunda sensibilidad y, simultáneamente, una eficaz capacidad de autocontrol que le permitía casi siempre mantener celosamente sus sentimientos en la reserva de un espacio privado interior.

Quienes le conocían sabían que esa sensibilidad era especialmente marcada frente al infortunio de los pacientes, único campo en que era capaz de vencer su reserva, y a propósito del mismo varias veces hizo comentarios a sus colaboradores más cercanos (29).

Ante hechos que no compartía o no justificaba, su contrariedad o su indignación, en general sólo se traducían por una evidente palidez del rostro, por su silencio y su expresión adusta, por la transformación de la hendidura labial en una línea y, algunas veces, por un fino temblor que animaba a su labio inferior.

Excepcionalmente estallaba.

Esa impresión de calma era dominante, pero se acompañaba de otras. En varias fotografías de distintas épocas, su expresión sugiere además atención en lo que sucedía en su entorno, una pequeña dosis de alegría expresada por una tenue sonrisa, y a la vez preocupación, como si algo circunstancialmente le inquietara.

– – –

Su voluntad era férrea, inquebrantable. Lo prueban las numerosas e importantes crisis que enfrentó y superó en su vida:

- En su infancia, las muertes prematuras de su padre y de su abuelo paterno, y la mudanza del campo a la ciudad donde tuvo que aprender otro idioma.

- En su adolescencia y juventud, el traslado a Montevideo y las dificultades y problemas de toda su vida de estudiante y los seis primeros años de médico, separado de su familia de origen y sin una nueva familia propia.
- Y cuando médico, la defensa incondicional de principios éticos, el concurso de Profesor Agregado de Cirugía apenas tres años después de recibido, la defensa de los principios democráticos desde puestos de responsabilidad en el Sindicato Médico y en el Consejo de la Facultad de Medicina, y el necesario pero sacrificado viaje de estudios a los Estados Unidos.

– – –

Era disciplinado y tesonero, exigente consigo mismo y con los demás. El testimonio de Crottogini que se transcribe en el capítulo 3, prueba que en este último aspecto ya era así cuando todavía era estudiante.

– – –

Chifflet hacía un manejo cuidadosamente estructurado del tiempo y de los asuntos.

Quienes lo conocieron más profundamente pudieron apreciar nítidamente su sabiduría para compatibilizar de manera equilibrada la dedicación y los tiempos para perseguir la excelencia en los asuntos profesionales, universitarios y gremiales, sin descuidar los otros asuntos que son componentes importantes de la vida: familiares, sociales, culturales, laborales o de esparcimiento. Hay incontables testimonios de que los conocía con la profundidad necesaria y se ocupaba de ellos como correspondía.

Tenía reservados los tiempos que necesitaba para la reflexión, el estudio y el trabajo en la soledad de sus espacios privados, y los respetaba escrupulosamente.

Pero cultivaba la relación con los demás, y le concedía tiempos importantes, porque era gregario y sociable, no sólo porque se lo exigieran las actividades que desarrollaba, sino porque disfrutaba del contacto con la gente y porque, como muchas veces confesó a sus allegados, consideraba que esos contactos lo enriquecían.

En sus actividades públicas siempre estaba ocupándose de algo, haciendo un uso eficiente de su tiempo.

Esa calma no lo hacía lento. Se pueden recordar momentos en que estaba aparentemente inactivo pero entregado a la reflexión, mas ninguno en que estuviera entregado al ocio.

Para ordenar su tiempo no empleaba agendas. En un bolsillo llevaba pequeños trozos de papel en los que había escrito su programa del día, e iba tachando las tareas previstas a medida que las realizaba.

En cada lugar hacía lo que correspondía hacer y, en la justa dosis se mantenía en ese contexto. Con esta actitud demostraba que para ser eficiente, lo sensato era mantener cada actividad en su respectivo contexto y momento, y ocuparse de ellas sin distraer la atención con lo que no estuviera directamente relacionado.

Por eso en el trato con sus colaboradores en su práctica profesional universitaria sólo se refería a acontecimientos o hechos de otra naturaleza cuando éstos tenían mucha notoriedad o relevancia. En ese caso le dedicaba un espacio muy periférico, sólo una frase o dos, que demostraban que los conocía, y luego entraba en la consideración exclusiva de los temas o problemas profesionales específicos.

Chifflet no iba a las salas de internación o a la policlínica externa o al quirófano a hablar de fútbol, de política, o de temas culturales con sus colaboradores, sino a trabajar en lo que correspondía.

## C.- ATRIBUTOS MORALES: RECTITUD, COHERENCIA, ÉTICA, INDEPENDENCIA

Como se describe con más detalle en el capítulo 13, Chifflet era un hombre recto, íntegro. Toda su vida exhibió una *"indeclinable sumisión a la verdad y a la justicia."* (2)

Y también a la libertad.

Invariablemente sus acciones fueron coherentes con sus convicciones éticas y con sus ideales. Eso fue lo que hizo que su conducta fuera intachable.

Nunca claudicó en su defensa de lo que consideraba justo, ni en la denuncia implacable de lo que se apartaba de ello, con argumentación objetiva, detallada, irrebatible, demoledora.

Cuando joven, como se describe en otros capítulos de esta biografía, esa defensa y esa denuncia las hizo con argumento sólidos, pero expresados con pasión y vehemencia.

Con los años vino la madurez, el aplomo y la irrebatible conceptualidad de la argumentación con que defendía sus ideas.

Siempre fue firme y tenaz en la defensa de sus convicciones ante quienes no las compartían, en todos los planos, y cualquiera fuera el poder o la jerarquía de éstos.

Son ejemplos paradigmáticos de esta característica en el plano ético el conflicto con Eduardo Blanco Acevedo descrito en el capítulo 5 y en el apéndice 5 del capítulo 19, en el plano del gobierno universitario su

enfrentamiento con el Decano Rosello descrito en el capítulo 13, y en el plano científico los numerosos comentarios y discusiones de trabajos en la Sociedad de Cirugía, que se describen en varios capítulos de este libro.

Tal vez el más demostrativo de estos últimos sea la polémica que Chifflet mantuvo con Félix Devé a propósito de los comentarios de éste sobre su trabajo la Equinococosis preperitoneal [7][8]. En esa oportunidad, para defender sus afirmaciones Chifflet utilizó una estrategia argumental muy ilustrativa, que se describe con detalle en el capítulo 16.

## D.- HUMANIDAD

En el plano de su actividad profesional asistencial, Chifflet poseyó sin duda una destacable habilidad técnica que aplicaba presidida por un conocimiento profundo de la ciencia quirúrgica de su época.

Pero ellas hubieran significado bastante poco como características diferenciales, si no se hubieran acompañado de un compromiso interior inquebrantable con la búsqueda de los más altos estándares de responsabilidad y compasión con los enfermos, como en forma permanente demostró con sus acciones y subrayó en sus escritos.

Chifflet daba a la asistencia un profundo carácter humano.

En el preoperatorio mantenía un contacto estrecho con el paciente y su familia del que obtenía elementos que pesaban, a veces casi tanto como las consideraciones estrictamente científicas y técnicas, en la toma de una decisión o la elección de una determinada técnica.

Y en las entrevistas ulteriores, su forma de abordar a los enfermos habiendo captado sus sentimientos y sus expectativas, su cercanía y las impresiones naturales de seguridad y de dominio de la situación que despertaba en ellos, hacían que aún en las circunstancias más adversas, la presencia de Chifflet actuara como un bálsamo de efectos duraderos.

El testimonio que sigue, resume muchas de las características del trato que Chifflet deparaba a sus pacientes, a los familiares de éstos y a sus colaboradores, de cómo en las situaciones difíciles sabía abordarlos de una manera apropiada, de cómo a pesar de su aparente calma e indiferencia éstas le afectaban, y de cómo en esas u otras situaciones cuidaba el manejo de todos los aspectos, aún los aparentemente secundarios o insignificantes.

## UN TESTIMONIO PERSONAL DEL AUTOR SOBRE LA FORMA DE ACTUAR DE CHIFFLET CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES

En la primavera de 1966 yo era practicante interno en la Clínica de Chifflet.

Mi padre, médico, compañero de generación y profesionalmente bastante cercano a él, comenzó con una sintomatología abdominal atípica, que rápidamente evocó ominosas posibilidades diagnósticas.

Su médico tratante, Dr. Enrique Comas, le indicó un estudio radiográfico del colon por enema baritado, entonces el único examen complementario disponible para estudiar ese órgano. Fue realizado con su habitual cuidado por el Dr. Enrique Capandeguy.

Cuando en la mañana siguiente yo pasaba visita en la sala, deseando que el tiempo transcurriera rápidamente para ir a buscar el resultado del estudio, la Señora Nelsa, una de las secretarias de la Clínica, vino a decirme que el Profesor Chifflet me esperaba en su escritorio.

En realidad me esperaban él y los que había convocado: el Dr. Comas, el Dr. Capandeguy, y el Profesor Frank Hughes de quien yo había sido interno.

En el negatoscopio estaba el estudio radiográfico del colon de mi padre, que mostraba un voluminoso cáncer de ciego.

Chifflet puso singular cuidado en atenuarme los impactos del diagnóstico tan adverso, y en diseñar la estrategia de cómo comunicárselo a mi padre y a mi madre, sin provocarles angustia y desesperanza.

———

El día de la operación, yo estaba sobre una tarima detrás de Chifflet. Cuando introdujo su mano para explorar el abdomen, en un brevísimo gesto de su hombro derecho percibí que había hecho una constatación que lo afectó profundamente: mi padre tenía una carcinomatosis peritoneal avanzada.

———

Unos meses después comenzaron los episodios intermitentes de oclusión intestinal. Chifflet estaba de vacaciones en su chacra de Parador Tajes y fui a consultarlo. Estaba en el monte, vistiendo una camisa simple y bombachas y calzando alpargatas, pero me atendió con la misma deferencia que tenía en la clínica o en su consultorio. Al día siguiente vino a Montevideo a visitar a mi padre y con magistral habilidad para mejorarle el ánimo y para que aceptara la molesta colocación de una sonda naso-yeyunal, a pesar de estar hablando de médico a médico utilizó el ejemplo de una máquina de rellenar chorizos *"atorada porque la tripa a rellenar se había torcido"*.

Luego habló con mi madre y, sin ocultarle la verdad, le infundió tranquilidad.

Cuando se retiraba, yo le acompañé hasta el automóvil para despedirlo. En el camino Chifflet se detuvo, se dio media vuelta y me dijo: *"Llame a su amigo Gómez Fossati para que le coloque la sonda de Cantor; Usted es el hijo, no el practicante"*.

Avanzó unos pasos, volvió a detenerse y a girar y dijo: *"Alguien le va a recomendar que le hagan quimioterapia. No vale la pena. No va a cambiar las cosas."* Hizo una breve pausa y con voz tenuemente quebrada dijo: *"Juan Carlos está perdido y no es necesario provocarle más sufrimientos que no le van a ofrecer nada a cambio."*

## D.- GENEROSIDAD, HONESTIDAD Y HUMILDAD RESPECTO A SUS CONOCIMIENTOS

Chifflet brindaba todo lo que sabía, sin cálculo ni mezquindades. Tenía el convencimiento y esperaba, que quienes se formaban a su lado crecerían y lo superarían en el futuro. Y éstos se acercaban a él, porque sabían que a su lado iban a recibir enseñanzas valiosas.

Confesaba en forma pública lo incompleto o insuficiente de su conocimiento en muchos temas. Pero iba más allá y exhortaba a que si entre los concurrentes había alguien que supiera más, lo expusiera.

Estas características demuestran que, como Ortega, consideraba que no hay nada más fecundo que la ignorancia consciente de sí misma.

## E.- ESPÍRITU DOCENTE: EJEMPLO, SUGERENCIA, MOTIVACIÓN Y ESTÍMULO

Una vez que había captado las características del colaborador, Chifflet le sugería ideas o líneas de trabajo, y lo estimulaba, apoyaba, entusiasmaba, y en forma sutil controlaba, para que trabajara en ellas.

Era un motivador nato pero con una característica; en forma inusual para la época, minimizaba la distancia que entonces separaba a los jefes de los colaboradores y se ponía junto a ellos en una actitud francamente abierta a la recepción de inquietudes, a la realización de sugerencias que las perfeccionaban, y a la generosa abertura de posibilidades para que se trabajara sobre ellas para que así el discípulo proponente creciera y se proyectara hacia el futuro con luz propia [(1)].

– – –

Cuando las sugerencias o propuestas se referían a problemas puntuales de la vida profesional y universitaria cotidiana planteados por un colaborador, eran precisas, pero, en forma característica y muchas veces sin que aquél inicialmente se diera cuenta de ello, le dejaban el espacio necesario para que se sintiera un protagonista que hacía sus aportes a la tarea.

– – –

La capacidad docente de Chifflet se basaba sobre todo en cuatro particularidades:

1. su amplitud de criterio.
2. el clima de libertad de expresión y de acción, que creó en todos los grupos humanos que guió. Este clima de libertad controlada y responsable, permitía vivir a su lado con confianza, sintiendo que se era parte del grupo, que se estaba involucrado en una tarea, que se era respetado y reconocido y que se avanzaba en el proceso personal de crecimiento y superación, ganando confianza en si mismo.
3. su honestidad frente al conocimiento.
4. su capacidad de trasmitir sus concepciones en forma sencilla, con vocabulario simple, accesible y preciso, no rebuscado, ni llamativo o con imágenes fáciles de captar y asimilar.

## EN DEFINITIVA: SUPERIORIDAD, CONFIANZA, RESPETO, Y ESTIMA

Al cabo de un número variable de contactos con Chifflet se llegaba a conocer con claridad sus características más importantes.

Se apreciaba la posesión de un enorme caudal de valores morales, la independencia de su actuar, la integridad con que se ceñía a sólidos principios éticos, la profundidad de sus conocimientos, la vastedad de su experiencia, la forma en que los analizaba buscando el justo equilibrio entre conceptualidad y pragmatismo, y la solidez de su competencia profesional.

Entonces al sentimiento de admiración se agregaba el reconocimiento de su superioridad.

Cuando a la luz de testimonios y recuerdos se intenta analizar más profundamente en qué consistía esa superioridad, se identifican sus características, algunas de las que tienen algo de paradojal.

### A.- AUTORIDAD NATURAL SIN AUTORITARISMO

La superioridad de Chifflet no pasaba desapercibida. Según los casos era la base de:

- su ascendiente.
- su liderazgo, esa condición que llevaba a su grupo a reconocerlo como su jefe u orientador natural.

- su autoridad. Chifflet poseía autoridad natural y sin embargo no era un jefe autoritario; la sabía ejercer sin necesidad de recurrir a gestos destemplados.

## B.- PROXIMIDAD Y LEJANÍA

Chifflet se comportaba en forma llana, que se ha calificado de campechana; no se colocaba por encima de sus colaboradores o de sus interlocutores. Como se ha visto, generaba un sentimiento de cercanía y hasta de cierta complicidad. Se acercaba a sus colaboradores y discípulos mucho más que otros profesores de su época, pero nunca llegaba a la intimidad.

Marcaba claramente la existencia de una línea de separación, de una distancia, de un límite establecido por su carácter, forjado, como manifestó varias veces, en su vida en Soriano y como estudiante de campaña en Montevideo. Este límite le era necesario para mantener su independencia de criterio y su consecuente libertad de acción.

También en su pensamiento había un área inaccesible aún para sus allegados más íntimos. Siempre guardaba en reserva algo del tema o problema para sí, y eso lo expresó en forma muy clara en uno de sus discursos [(12)].

## C.- LLANEZA E INTIMIDACIÓN



Ca. 1960. Chifflet en una recepción en su domicilio, departiendo con invitados.

Chifflet poseía un sutil e indefinible componente que podría calificarse de intimidante.

Al advertir su superioridad, se experimentaba cierto temor de no poder proceder a la altura de lo que él esperaba, o de cómo él sabía proceder.

En la acción se concentraba en lo que estaba haciendo en una forma que traducía dedicación exclusiva y excluyente, y seriedad y competencia en lo que lo ocupaba.

Pero no perdía la percepción de lo que ocurría a su alrededor.

Como consecuencia de ambas cosas, sin que necesitara expresar algo sobre el particular, Chifflet difundía en mancha de aceite en quienes estaban a su alrededor una apelación al orden, al respeto y a la dedicación necesarios para que la tarea que estaban realizando en conjunto se desarrollara de la mejor manera posible. Este efecto, producido por su sola presencia, era claramente perceptible toda vez que entraba a las salas de internación, a las salas de operaciones, al anfiteatro de su Clínica, etc.

– – –

Cuando en los contactos el interlocutor o colaborador había recogido el número suficiente de elementos como para reconocer su superioridad, consecuentemente experimentaba sentimientos de confianza, respeto y estima.

– – –

Pero Chifflet además fue para muchos un hombre de referencia, de consejo útil, desinteresado y confiable, y de apoyo.

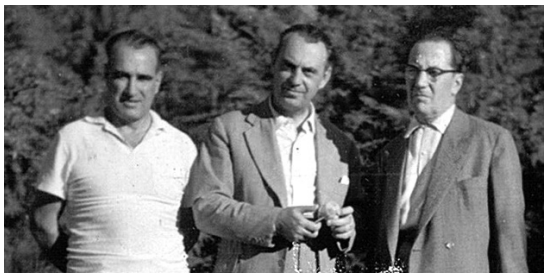
No sólo para familiares, lo que sería obvio señalar.

No sólo para sus discípulos y colaboradores como se describe en el capítulo 11.

También lo fue para amigos, conocidos, coterráneos de Soriano o pacientes, al punto que lo consultaban no sólo por problemas de salud y de Cirugía, sino por otros problemas de muy diversa naturaleza de la vida sobre los que debían tomar decisiones.

Chifflet tenía una forma característica de aconsejar. Cuando alguien le planteaba un problema, evitaba darle y mucho menos imponerle sus propios puntos de vista o lo que creía que era la solución, sino que sabiamente le daba conceptos, visiones de conjunto, puntos de vista y referencias para que el que lo consultaba encontrara por sí mismo la respuesta o solución más apropiada.

## AMISTADES





Mediados de la década de 1950. Chifflet con W. Liesegand y H. Ardao en dos momentos de la visita a la chacra de este último.

Hubo muchas personas dentro y fuera de la Facultad de Medicina y la profesión, con las que Chifflet estableció un vínculo de admiración y estima recíprocas, compartió una serie de ideas, discrepó con independencia en otras, y mantuvo un régimen regular de contactos todo lo frecuentes que fuera necesario para conservarlo y acrecentarlo.

Entre los médicos pueden citarse a Héctor Ardao, Pablo Purriel, Frank Hughes, Fernando Herrera Ramos, Víctor Armand Ugón, Mario Cassinoni, Juan J. Crottogini, José P. Cardoso, Hamlet Suárez, Rogelio Belloso, José Suárez Meléndez, Juan Llopart, Román Arana Iñiguez, Ricardo Caritat, Werner Liesegand, Germán Mernies y muchos otros, varios de los que tuvieron especial relevancia en la vida nacional.

No fue posible hacer un inventario razonablemente completo de éstos, ni precisar las particularidades de los vínculos que los unieron.

Por ello se prefirió hacer una referencia detallada a la amistad que unió a Chifflet con Norberto Cerruti, un apreciado cirujano de Carmelo. Existen datos confiables respecto a la forma en que la percibieron ambos y es probable que sea representativa de las características generales de las demás.

**NORBERTO CERRUTI** [32]

Nació en el barrio Nuevo París de Montevideo, en una familia de inmigrantes italianos, en 1904, al igual que Chifflet. Se recibió de Médico en 1935.

Recién graduado, fue uno de los ganadores del primer concurso para médicos de urgencia del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

Durante once años ejerció la Medicina en el Paso Molino, y simultáneamente asistió al Hospital Pasteur, donde se capacitó en Cirugía con Julio Nin y Silva, y con Chifflet, que influyó decisivamente en su vida profesional, y con quien estableció una amistad muy profunda que duró toda la vida.

En 1945 inició su etapa nunca imaginada de médico de campaña: se radicó en Juan Lacaze en cuyo Centro Auxiliar hizo construir una sala de operaciones y un banco de sangre y plasma.

Cuatro años después se estableció en Carmelo.



1950. Abel Chifflet con tres colegas en la Plaza Independencia. A su derecha W. Liesegand. A su izquierda, en primer plano, N. Cerruti.

*"Cierto día de junio de 1949, alrededor de las diez de la noche, recibí un llamado telefónico del Dr. Abel Chifflet informándome sobre la posibilidad de radicarme en Carmelo para ocupar el lugar del Dr. José Luis Sosa … . Ante tan sorpresiva propuesta, sólo atiné a solicitarle un compás de espera para meditar, consultar con mi familia y luego contestarle. En verdad yo no conocía Carmelo, por lo cual resolví realizar una visita de reconocimiento, lo que hice en compañía de mi familia. En ella tuve tiempo para formarme un concepto sobre sus bellezas naturales; me agradó ver la ciudad rodeada en gran parte por el Río de la Plata y observar el Arroyo de Las Vacas desembocando en él; tuve oportunidad de ver partir las lanchas que se dirigían al Tigre, en fin, todo ello, agregado a otros motivos, fueron arraigando en mí la posibilidad de radicarme en Carmelo, lo que finalmente se concretó poco después."*

Cerruti inició la cirugía mayor en Carmelo: gastrectomías, colectomías, quistes hidáticos de hígado, tiroidectomías, cirugía osteoarticular y luego cesáreas. La realizaba en el Hospital Artigas (del que luego fue Director), y en el Sanatorio (en cuyo edificio hizo importantes mejoras). En 25 años operó unos 5.000 pacientes.

En 1953 obtuvo una beca de un mes para médicos del interior, que utilizó para perfeccionarse en el Instituto de Traumatología y Ortopedia, y en el Instituto del Tórax de la Colonia Saint Bois.

Además fue:

- creador el Banco de Sangre y Plasma, un nuevo edificio para la Casa Cuna, un Hogar de Ancianos.
- el primer médico radicado en el interior que integró la Academia Nacional de Medicina.
- fundador de la Asociación Médica del Oeste de Colonia (AMOC) y de su Centro Asistencial (CAAMOC)
- socio de la Sociedad de Cirugía en la que tuvo importante actividad, entre ellas la de Presidente del 32º Congreso en 1981.

Cerruti dijo de Chifflet que *"Fue un superdotado … el cerebro más brillante que pasó durante una generación por la Facultad de Medicina." "Cirujano sagaz, minucioso, fundamentalmente anatómico, dictaba clases y conferencias magistrales con extraordinario poder de síntesis; fue un verdadero maestro de la Cirugía; formó escuela y muchos de sus discípulos son actualmente brillantes profesores de Cirugía". "Tuve el privilegio de trabajar trece años a su lado, recibiendo muchas enseñanzas y muchas pruebas de su invariable amistad. En cierta ocasión, enterado que yo pasaba por aprietos económicos, de inmediato me ofreció su apoyo, que finalmente no fue necesario, pero su gestó quedó vigente."* (32)

En cierto período de su soltería Cerruti habría frecuentado cabarets. Una vez que ya establecido en el departamento de Colonia vino a Montevideo, trajo a Chifflet como obsequio una muestra de su producción de hortalizas. Cuando se las entregó comentó con picardía: *"Es para que veas que en la vida he pasado de mejor bailarín de tango en un cabaret a verdulero."* (29)

Por su parte Chifflet manifestó de muchas maneras su afecto por Cerruti:

- Lo visitaba.
- Cuando Cerruti tuvo la necesidad de entrenar personal de enfermería para el Sanatorio de Carmelo, Chifflet lo ayudó a hacerlo en el Sanatorio Americano.
- En cierta oportunidad Chifflet reintervino a una paciente que había sido operada por Cerruti en Carmelo y su evolución postoperatoria inmediata se complicó. Éste, visiblemente preocupado por conocer la causa este curso desfavorable y para él inesperado, lo ayudaba. Toda vez que intentó comentar en voz alta los hallazgos y relacionarlos con maniobras que realizó en la primera

operación, fue interrumpido por un tajante *"Callate"* de Chifflet dicho en voz baja, que con este aparente exabrupto quería proteger a su amigo de posibles habladurías del personal de enfermería.

- Cuando Cerruti cumplió sus 25 años de médico Chifflet le envió un telegrama que decía: *"Querido Tito: Felicitaciones por tus 25 años con la Medicina. Puedes sentirte feliz de ser de los pocos en seguir un camino recto. Abrazos. Dr. Abel Chifflet"*. Cerruti puntualizó: *"Resalto un hecho curioso: casi nunca me llamaba "Cerruti"; solía decirme "Tito" como si le agradara mi apodo o lo considerara más amistoso."* (32)
- En 1955 Chifflet lo llevó con la Clínica en su visita a la ciudad de Mercedes.
- Y cuando en 1956 Chifflet fue Presidente del Congreso Uruguayo de Cirugía, designó a Cerruti delegado de los cirujanos del interior.

– – –

En otros capítulos de este libro se incluyen breves referencias a otros amigos de Chifflet; encuentran allí un lugar más natural porque tienen estrecha relación con lo que se describe en ellos.

## OTRAS CARACTERÍSTICAS

### A.- CULTURA

Como recuerdan sus familiares y se aprecia en sus escritos, Chifflet poseía un vasto repertorio de conocimientos generales y particulares, en especial de historia universal y de literatura (3).

### B.- IDIOMAS

Chifflet pertenecía a una familia de origen francés por el lado paterno, cuyos miembros recuerdan que hasta los cuatro años sólo habló ese idioma al punto que otros niños lo apodaban "Merci" porque siempre agradecía con esa palabra.

Vivió una época de lo francés en los estudios y la práctica de la Medicina.

En su vida familiar, cuando estaba distendido algunas veces intercalaba expresiones en francés.

Sin embargo se recuerdan pocas veces en que públicamente se expresó en esa lengua. En ocasión de la visita del Profesor René Leriche al Consejo Directivo de la Facultad el 5 de agosto de 1948, Chifflet se expresó en español y delegó en el Dr. Tálice las exposiciones en francés [27]. En la publicación de la sesión científica de la Sociedad de Cirugía a propósito de la polémica epistolar que mantuvo con Félix Devé por la equinococosis preperitoneal [7][8], aludió a pasajes de la carta de éste y lo hizo en francés (capítulo 16).

– – –

En cuanto al inglés tenía los conocimientos del liceo, que perfeccionó con una profesora antes de su viaje a Estados Unidos en 1935. Relató a sus familiares que en ese viaje inicialmente tuvo dificultades tan grandes con el idioma, que consideró la posibilidad de interrumpirlo[28]. Sin embargo en ese mismo viaje, en Boston, a solicitud del Profesor Oliver Cope dio una clase elemental sobre Equinococosis [11].

En la práctica, leía sin dificultad el inglés médico y cuando en 1964 viajó a Estados Unidos para pronunciar su conferencia sobre el cáncer de recto bajo, lo hizo en inglés.

## C.- CONOCIMIENTO DEL URUGUAY PROFUNDO

Como se ha señalado Chifflet sabía mucho del campo. Sabía de memoria largas poesías, y versos gauchescos que recitaba a sus hijos.

Era admirador y amigo del insigne guitarrista duraznense, de actuación y fama internacionales, Julio Martínez Oyanguren (1901-1973) a quien frecuentemente convocaba para que distinguiera con sus ejecuciones ciertas reuniones con que agasajaba en su casa a personas importantes, como ocurrió, por ejemplo, con Selman Waksman (capítulo 8).

## D.- ESPARCIMIENTO

Cuando adulto no practicaba deportes. No sabía nadar.

Cuando sus hijos eran chicos, en su chacra de Parador Tajes jugaba al fútbol con ellos y les enseñaba a ensillar y a montar a caballo y más adelante a manejar un tractor, pero él no hacía ninguna de estas dos cosas. Participaba en la limpieza del monte criollo ribereño con hacha y con machete y fue Presidente del Club de remeros Santa Lucía, cercano a la chacra.

Disfrutaba de la lectura.

Raramente iba al cine y no iba a ver partidos de fútbol profesional.



COALICION BLANCA PARA LISTAS AL CONSEJO

Julio Lacarte Muró, candidato a la vicepresidencia de Unidad y Reforma, llegará el próximo domingo a Montevideo, en horas de la mañana y el lunes por la tarde ofrecerá una conferencia de prensa, en los salones del Parque Hotel.

CUERDO

OLES
AROLES.

Francisco Hardo Terra, Abel Chifflet y Benito Medero, tres de los posibles integrantes de la lista de candidatos al Consejo, que respaldarían los grupos Ur. Heber y Gallinal.

1966. Artículo aparecido en el vespertino "El Diario" de Montevideo, en el que se menciona a Chifflet como posible candidato al Consejo Nacional de Gobierno por la fórmula Heber - Gallinal.

## E.- PREFERENCIAS POLÍTICAS

Pertenecen al espacio de lo que Chifflet mantuvo en hermética reserva, por lo que todo lo que se pueda decir sobre ellas es fruto de inferencias realizadas a partir de indicios bastante sutiles y no concordantes.

– – –

Como se señala en el capítulo 1, la familia paterna de Chifflet se identificaba con el Partido Nacional, históricamente vinculado a lo rural, liberal y levantisco, opuesto al centralismo y al estatismo benefactor.

En las luchas partidarias de principios del siglo XX, su primo Carlos Chifflet (hijo de Donato Chifflet Goteland y Clementina Ruggia), participó del lado nacionalista, perdió parte de un brazo y ganó el sobrenombre de "El manco Chifflet".

– – –

A fines de la década de 1910 las diferencias entre las fracciones del Partido Nacional comenzaron a profundizarse.

En las elecciones de la década de 1920 los blancos radicales de Lorenzo Carnelli votaron fuera del lema partidario.

A principios de la década de 1930, época en que Chifflet tuvo su diferendo con Blanco Acevedo y luego fue Delegado del Orden Estudiantil en el Consejo de la Facultad, el partido se escindió en Herreristas y Nacionalistas independientes.

Por sus expresiones en el Consejo de la Facultad en esa época, es razonable pensar que, si en política Chifflet realmente se identificaba con el Partido Nacional, lo estaría con el Nacionalismo independiente.

– – –

Sin embargo cuando Chifflet siendo estudiante comenzó a manifestarse públicamente, por diversas razones la mayoría de los que le conocían consideraba que se identificaba con el partido socialista. Entre ellas pesaba su cercanía con Mario Cassinoni, José Pedro Cardoso y Juan J. Crottogini cuyas ideologías políticas eran conocidas.

El 3 de mayo de 1933 en el Consejo de la Facultad de Medicina Chifflet hizo una moción para que, entre otras cosas, la Facultad declarara que protestaba contra la intervención de la Junta de Gobierno por deportar al Decano de la Facultad de Derecho Dr. Emilio Frugoni [(26)]. Esta mención específica, puede haber sido expresión de su repudio visceral a un atropello genérico a las libertades, o de cierto grado de identificación personal con las ideas que defendía este universitario y político.

Esta idea sobre las convicciones políticas de Chifflet estaba tan arraigadas entre sus allegados, que años después cuando ya era un prestigioso cirujano, en un encuentro casual en una reunión social su amigo Pablo Purriel preguntó a uno de los colaboradores de Chifflet, *"si todavía su patrón continuaba con ideas socialistas o ya las había abandonado."* [(29)]

– – –

Algunos datos no concuerdan con estos indicios.

- la encendida defensa de la posición de Chifflet en su conflicto con Blanco Acevedo que en 1932 hizo el diario "EL DEBATE" órgano del Herrerismo. (capítulo 19, apéndice 5).
- que en 1941 publicara en "EL PAÍS" el diario identificado con el nacionalismo independiente un artículo sobre Cirugía y Cirujanos en Estados Unidos (capítulo 19, apéndice 11).
- que sus colaboradores recuerden que hacia fines de la década de 1950, en la Clínica trascendió que el gobierno electo le había

ofrecido el Ministerio de Salud Pública, ofrecimiento que, si existió, no fue aceptado [29].

- y que en un artículo aparecido el 28 de octubre de 1966 en el periódico vespertino "EL DIARIO", que no era órgano de un partido político determinado, se mencionó el nombre de Abel Chifflet como un posible candidato al Consejo de Gobierno o a la Vicepresidencia por la fórmula Heber y Gallinal del Partido Nacional para las elecciones nacionales de ese año [25].

Podría concluirse que Chifflet fue políticamente independiente.

## VALORACIÓN ACTUAL DE UN FAMILIAR

Para dar fin a este preámbulo es apropiado reproducir una descripción hecha recientemente por una de sus sobrinas, que resume cómo vio a Abel Chifflet, que impresión dejó en ella y cómo lo recuerda [3].

*"… no encuentro palabras para decir cómo adoré a mi tío, cuánto lo admiré, qué ser excepcional fue, cómo me enseñó (igual que mis padres) el sentido de familia, la rectitud, la responsabilidad, y sobre todo el amor por tu trabajo, la alegría de hacerlo lo mejor posible, el entusiasmo siempre renovado por aprender, el respeto por los demás, la solidaridad, la necesidad de compartir lo que uno sabe, en fin la generosidad y el afecto sincero hacia quienes te rodean.*

*Y cómo a tantos años de su muerte todavía lo recuerdo con tanto cariño, y tantas veces desearía tenerlo cerca antes de tomar una decisión importante, como hacía antes."*

Una demostración incontestable de que en la vida familiar Chifflet hizo gala de los mismos valores, la misma coherencia, y proyectó una influencia positiva similar a aquella con que iluminó la Cirugía Uruguaya.

## Referencias bibliográficas

**1.- Aguiar A.**
16 de julio de 1976. Discurso pronunciado como representante de la Facultad de Medicina, en el acto de inauguración de la estela monolítica recordatoria de Chifflet en el jardín del Hospital de Clínicas..
Archivo de Maquieira G. Inédito.

**2.- Belloso R.A.**
Julio de 1969. Discurso en el homenaje a Chifflet en el Sanatorio Americano
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**3.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet de Lodron. 2011.

**4.- Chifflet A.**
Informe sobre Cirugía Experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América.
An Fac Med 1936; 21: 485-506.

**5.- Chifflet A.**
Crónicas de viaje: La Clínica Mayo.
Acción Sindical. 1936; 16: 33-37.

**6.- Chifflet A.**
Apología del Mac Burney.
Cátedra y Clínica. 1936; 3: 441-447.

**7.- Chifflet A.**
Equinococosis preperitoneal.
Bol Soc Cir Mont. 1938; 9: 365-376.

**8.- Chifflet A.**
Equinococosis preperitoneal. Trabajo discutido por los Profs. F. Devé, D. Prat y J.C. Del Campo. Montevideo. Monteverde. 1939. 47 págs.

**9.- Chifflet A.**
A propósito del catgut.
Bol Soc Cir Mont. 1940;11: 375-376.

**10.- Chifflet A.**
Cirugía y cirujanos en Estados Unidos.
Montevideo. Diario "El País". 4 de julio de 1941. págs 7-8.

**11.- Chifflet A.**
Títulos méritos y trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944.

**12.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**13.- Chifflet A.**
La Facultad de Medicina.
Montevideo. Imp. Rosgal. 1946. 29 págs.

**14.- Chifflet A.**
El canal ano-rectal. Resultancias prácticas de un concepto funcional.
El Día Médico. 1948; 20: 17 págs.

**15.- Chifflet A.**
El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.
Montevideo, C.I.S.A. 1948. 56 págs.

**16.- Chifflet A.**
La abertura visceral previa en cirugía gastroduodenal.
2º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1951; 2: 314-322.

**17.- Chifflet A.**
Exploración operatoria de la tercera porción del duodeno.
Bol Soc Cir Urug. 1951; 22: 533-555.

**18.- Chifflet A.**
La travesía del periné masculino.
Bol Soc Cir Urug. 1950; 21: 539-549.

**19.- Chifflet A.**
Levantamiento de los operados.
Rev del Med Este. 1952; 13: 36-38.

**20.- Chifflet A.**
Concepto funcional de los drenajes; el drenaje de la pelvis masculina.
4º Congreso Uruguayo Cirugía. Montevideo. 1953: 367-377.

**21.- Chifflet A.**
El diagnóstico antes, durante o después de la operación.
6º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1955; 1: 213-215.

**22.- Chifflet A.**
Lesiones nerviosas del miembro superior en la mesa de operaciones. Su mecanismo.
6º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1955; 2: 542-545.

**23.- Chifflet A.**
Discurso de clausura del acto inaugural.
7º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1956; 2: 7-11.

**24.- Chifflet A.**
El departamento operatorio.
9º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1958; 2: 483-495.

**25.- El Diario**
Montevideo. 28 de octubre de 1966.

**26.- Facultad de Medicina**
Actas del Consejo. 1933. Sesión del 3 de mayo.

**27.- Facultad de Medicina**
Actas del Consejo. 1948. Sesión del 5 de agosto.

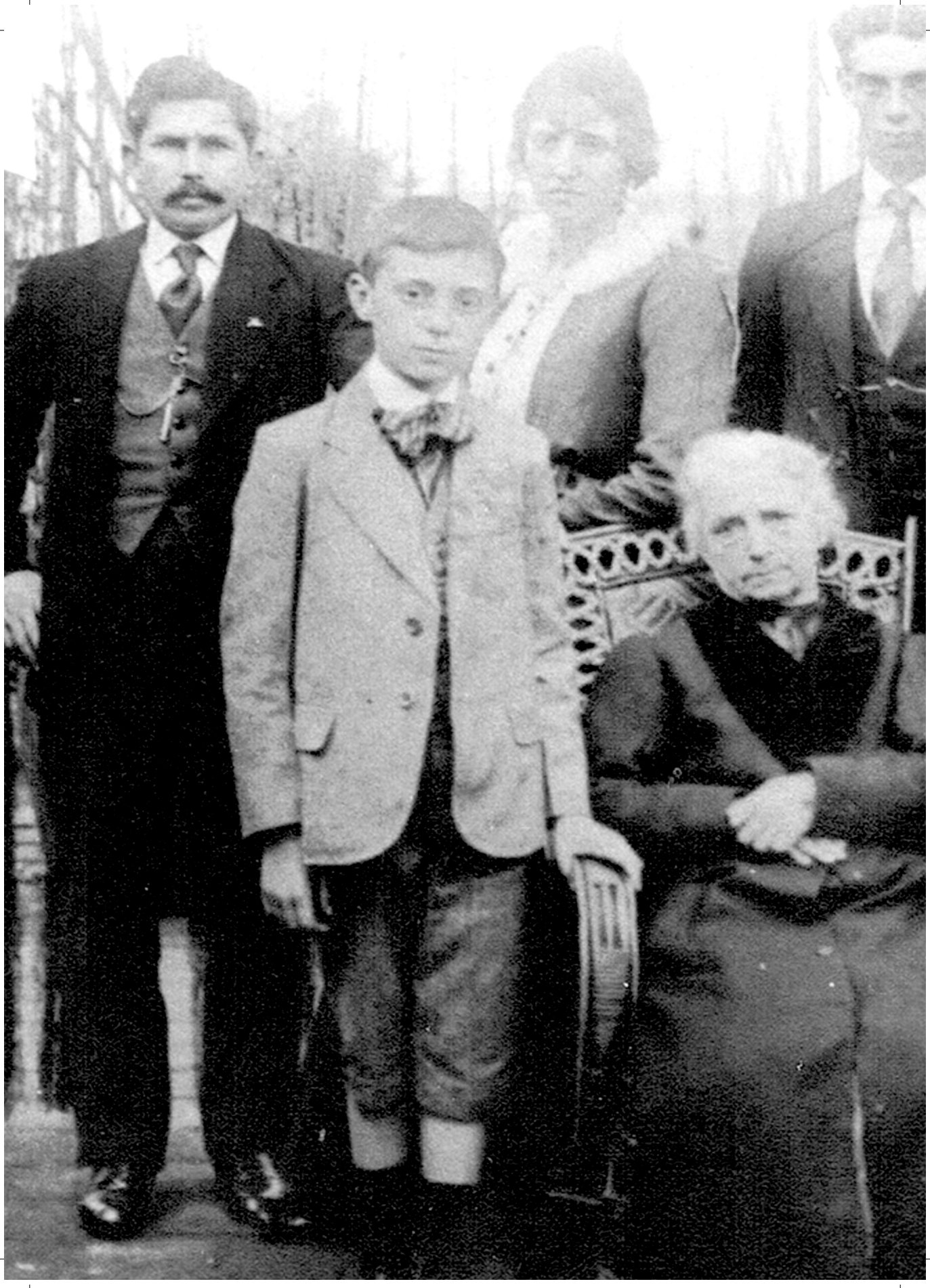
**28.- Familia Chifflet de Lodron.**
Documentos y testimonios.

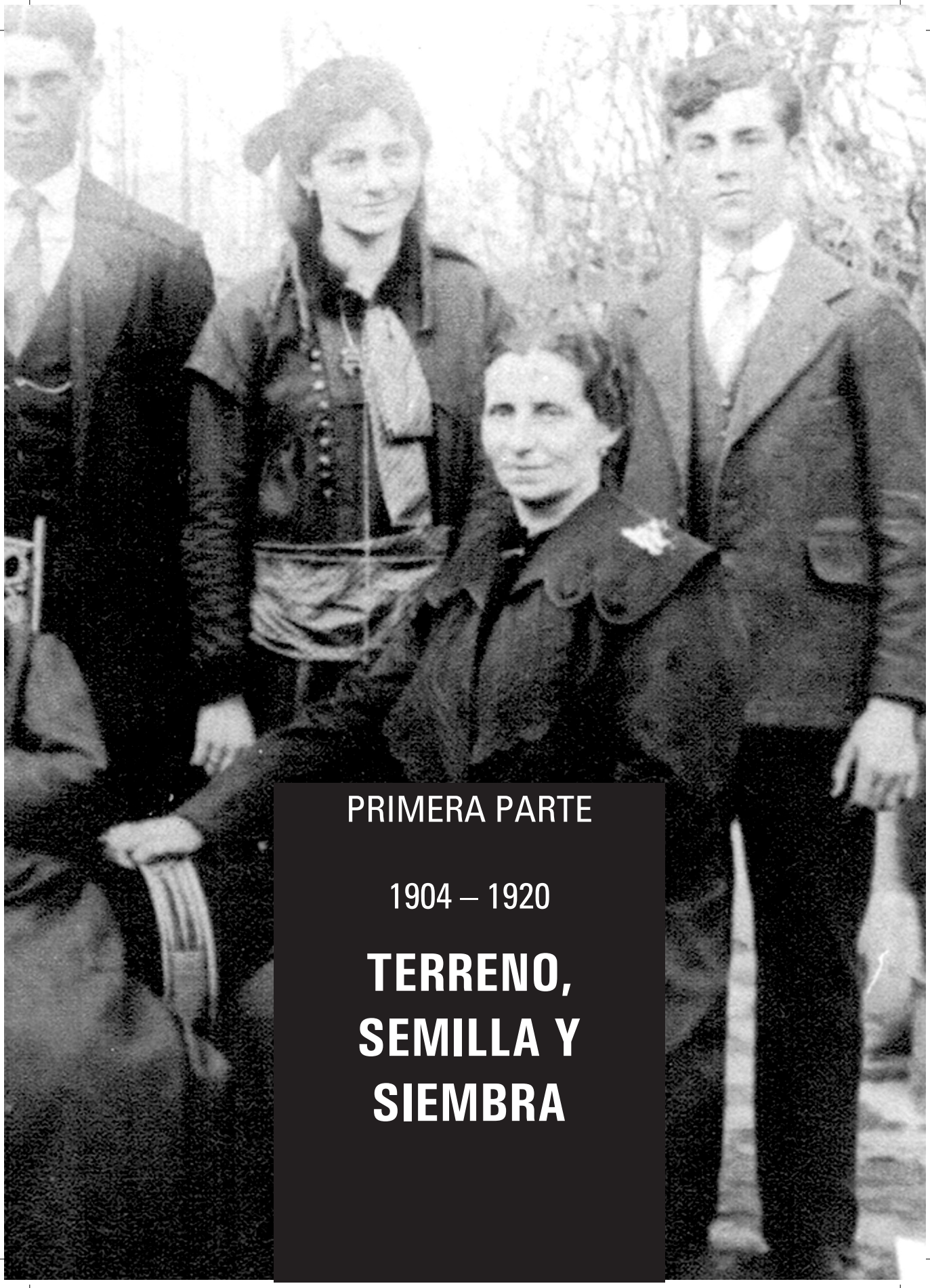
**29.- Maquieira G.**
Testimonios.

**30.- Mazza M.**
Discurso inaugural como Presidente del 38º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1987
Montevideo. 38º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1987.

**31.- Praderi L.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**32.- Turnes A.**
Norberto Cerruti
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/cerruti.pdf

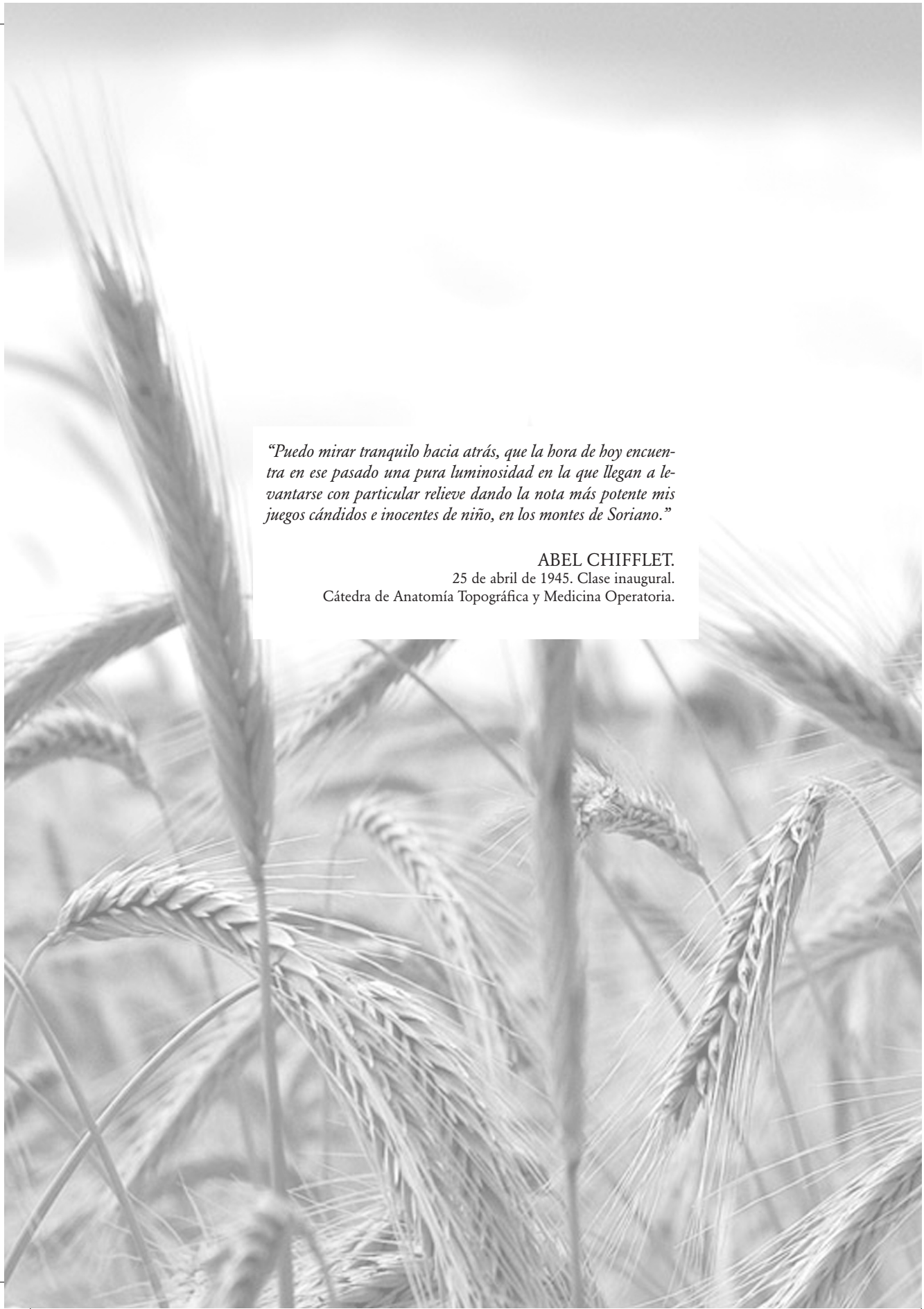




PRIMERA PARTE

1904 – 1920

# TERRENO, SEMILLA Y SIEMBRA



*"Puedo mirar tranquilo hacia atrás, que la hora de hoy encuentra en ese pasado una pura luminosidad en la que llegan a levantarse con particular relieve dando la nota más potente mis juegos cándidos e inocentes de niño, en los montes de Soriano."*

ABEL CHIFFLET.
25 de abril de 1945. Clase inaugural.
Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

CAPÍTULO 1

# "EJIDO DE LAS CHACRAS", ARROYO BEQUELÓ, "EL RINCÓN", MERCEDES, SORIANO, ...

**Sumario**


**1.- EL "EJIDO DE LAS CHACRAS", EL ARROYO BEQUELÓ, Y "EL RINCÓN"**

**2.- LA CIUDAD DE MERCEDES**

**3.- EL DEPARTAMENTO DE SORIANO**

**4.- ¿CUÁN CALMOS Y SEGUROS FUERON ESOS LUGARES EN 1904?**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


"Allí, en ese suelo fue,
donde mi rancho se alzaba,
donde contento jugaba,
donde a vivir empecé, …"

ELÍAS REGULES
(1861-1929) [23]
"Mi Tapera" (1894)

## 1.- EL "EJIDO DE LAS CHACRAS", EL ARROYO BEQUELÓ Y "EL RINCÓN"

A principios del siglo XX el cinturón rural de la ciudad de Mercedes, en el departamento de Soriano, era conocido como el "Ejido de las chacras". En su parte norte transcurre el último tramo del arroyo Bequeló, cuyo nombre tiene una etimología incierta.

Se lo ha vinculado con la expresión francesa "Être le bec dans l'eau", que significa no obtener nada, estar decepcionado [15]. Según el Arquitecto Enrique Chifflet, nieto de Donato Chifflet, su bisabuela Paulina Goteland con su léxico plagado de galicismos enviaba a los niños de la familia a buscar agua diciéndoles que fueran al *"bec de l'eau"* [8] , pero en todo caso empleaba esta expresión mucho después de que este arroyo se conociera con el nombre que hoy tiene.

No tiene relación con "La loca del Bequeló", una balada muy popular escrita por el intelectual, periodista, y escritor duraznense Ramón de Santiago (1833-1900), que se refiere a un episodio ocurrido en un *"... nido de gauchos, cerca del Yi ..."* durante la Guerra Grande (1843-1851) [10] y constituyó un fuerte alegado contra nuestras guerras civiles.

El arroyo Bequeló tiene 70 kilómetros de largo. En 1832 Charles Darwin describió su extensa cuenca como un tupido cardal que llegaba al lomo de los caballos, obstruía los caminos, ocultaba las pasturas, dificultaba el arreo de ganado, y extraviaba a los pasantes; en los valles, tenía aguadas, pasto bueno y áspero que alcanzaba la barriga de los caballos, y unas pocas estancias [1]. Hacia 1900, separados por leguas y leguas, tenía algún comercio de ramos generales para los pasantes y escasos pobladores. En las primeras décadas del siglo XX en su límite oeste, en torno a estaciones del ferrocarril, agregó dos pequeñas poblaciones: Palmitas y Joaquín Teodoro Egaña. Y hoy es asiento de extensos cultivos de cereales y algunas forestaciones.

– – –

En el "Ejido de las chacras" el arroyo Bequeló es ancho, posee varias isletas arenosas, espesos montes de galería ribereños, y desemboca en la orilla izquierda del río Negro por un pequeño delta con cinco islas, la mayor de un kilómetro de largo. En forma característica tiene varios meandros; los más grandes y cerrados se ubican dos kilómetros antes de su desembocadura y transforman una lengua de terreno llano en una suerte de península de istmo bastante estrecho que se denomina "El Rincón".

Abel Chifflet nació el 18 de julio de 1904, en una chacra propiedad de su abuelo paterno Jean Guillaume Chifflet Came, que ocupaba todo "El Rincón".

En una zona elevada del "istmo", a unos 400 y 800 metros respectivamente de los dos tramos del arroyo que limitan "El Rincón", estaba la casa. Era grande, con las habitaciones dispuestas en U en torno a un patio central, diseño típico de las casas rurales de entonces. Ha sido demolida y no han quedado planos ni fotografías. Pero se conservan sus cimientos que emergen entre el pasto, cubiertos parcialmente por un gran tanque australiano, el pozo manantial de brocal bajo y arco de hierro para la roldana, el molino de viento con algunas partes originales, aún operativo, y unas palmeras yatay centenarias.

La chacra se dedicaba a actividades agrícolas (frutales y cultivos variados para la familia, y cultivos extensivos sobre todo de papas, para la venta),




Mercedes, el antiguo "Ejido de las chacras", y la ubicación de algunos lugares que se mencionan en este capítulo (ilustración basada en una fotografía satelital actual de Google Earth).

1- Casa de la chacra de la familia Chifflet-Goteland (el óvalo punteado marca los meandros del arroyo Bequeló que limitan "El Rincón").
2. Saladero "El Rincón".
3. Saladero del Medio.
4. Saladero de Sampayo.

pecuarias (cría de ganado, tambo, aves), y mineras (explotación de la piedra caliza superficial del subsuelo que se vendía para la fabricación de un popular polvo pulidor doméstico de marca Loxol, que comercializaba la empresa Algorta S.A. ). En su extremo nor-oeste había un gran potrero que se arrendaba para que en él se recuperaran las mulas del servicio de recolección de basura de la ciudad.

La madre de Abel Chifflet vivió en la chacra hasta la muerte del abuelo paterno en 1908. Entonces pasó a vivir en la ciudad de Mercedes. Pero algunos miembros de la familia continuaron viviendo en ella, mantuvieron la explotación de sus recursos y la utilizaban para las reuniones familiares. Finalmente, en la década de 1960, decidieron venderla [8].

El lugar, la vida simple, alegre, sana, libre y llana que en ella se llevaba, y la necesidad de superar las dificultades cotidianas, fueron las primeras fraguas en que Abel Chifflet forjó su carácter. Probablemente también contribuyeron a su admiración por Alfonso Lamas su maestro en Cirugía, un hombre con un amor por el campo tan profundo como el suyo.



Vista actual de "El Rincón". Los cimientos de la casa de la chacra de los Chifflet aún son visibles en torno al depósito de agua. Las palmeras son de la época de la infancia de Abel Chifflet. El molino de viento conserva partes originales de entonces.



Vista actual de "El Rincón". Camino que va desde donde estaba la casa de la chacra hasta el arroyo Bequeló que se divisa al fondo, desprovisto de gran parte de su monte ribereño.

Nunca cambió la alta valoración que hacía de su terruño, y tenía el deseo, que no pudo cumplir, de volver a él en su retiro (6).

– – –

Las que siguen son algunas referencias históricas y geográficas, que tienen el propósito de recrear el entorno y la época en que Abel Chifflet vivió la primera parte de su vida.

## 2.- LA CIUDAD DE MERCEDES

Se puede estimar que en 1904, tenía cerca de 15.000 habitantes (13).

Había sido fundada 114 años antes como una viceparroquia de la villa Santo Domingo Soriano, en un transitado paso del Río Negro, dos quilómetros al este de una Calera Real que abastecía a Buenos Aires. Allí se erigió la *"Capilla Nueva Nuestra Señora de las Mercedes"*, en torno a la que se asentaron los primeros pobladores. Entre ellos estaba Bernardo Quadra, que pasaba viajeros y cargas por el río Negro sin pagar impuestos, a cambio de brindar gratuitamente ese servicio al Cabildo Real.

En 1904 hacía 93 años que a pocos kilómetros se había dado el "Grito de Asencio", y que Artigas había establecido en ella su primer cuartel general y emitido la proclama de Mercedes.

Hacía 89 años que Larrañaga había descrito Mercedes, con su trazado a cordel, su iglesia de piedra, su cementerio, y sus buenos edificios de ladrillo y azotea que alternaban con huertas. Había destacado la anchura y profundidad del río Negro que se podía cruzar en canoas impulsadas por remos y botavaras de caña, excepto cuando soplaba mucho viento. Cada una cargaba varios pasajeros con sus equipajes, carros cuyas ruedas quedaban fuera de las bordas, o hasta doscientos cueros de vaca (14).

Posteriormente para cruzar el río Negro se instalaron balsas: la de la compañía Liebig de Fray Bentos en 1873 (3), luego la instalada por la familia Guastavino (22), y, mucho más tarde, la que instaló el Ministerio de Obras Públicas.

En 1904 hacía 53 años que, luego de la Guerra Grande, la población de Mercedes había crecido con gentes que no querían someterse a las costumbres de Montevideo.

Desde hacía 47 años era capital del departamento. Y desde hacía 45 años a unos cuatro kilómetros aguas abajo, en la costa del río Negro existía el "Castillo Mauá", casco de una estancia de varios miles de hectáreas propiedad del brasilero Irineu Evangelista de Souza "Barón de Mauá".

El día que nació Abel Chifflet, el Hospital de Mercedes cumplió exactamente diez años [17].

## A.- VIDA DE LA CIUDAD

Como todas las ciudades ubicadas junto a vías naturales de comunicación, Mercedes tenía una activa vida propia.

### *a.- Actividad industrial*

La industria de los saladeros fue muy importante en Uruguay en la segunda mitad del siglo XIX, y tuvo su apogeo entre 1895 y 1900 [19]. En el litoral de los departamentos de Paysandú, Río Negro, Soriano y Colonia se instalaron numerosos saladeros para producir tasajo o charque, que se exportaba sobre todo a Brasil y a Cuba.

En Soriano los tres más destacados estaban sobre el río Negro, aguas arriba de Mercedes [12]:

- El de "El Rincón" sobre el brazo sur de la desembocadura del Arroyo Bequeló, cercano a la chacra de la familia Chifflet; aún se conservan sus ruinas.



Vista reciente de las ruinas del Saladero "Del Rincón". (Fotografía de M. Posse. Google Earth)

- El del Medio, ubicado en el río Negro frente a la Isla del Saladero. Era el más importante; contaba con un predio de 31 hectáreas, oficinas, bretes para el ganado, varales para secar la carne, y

múltiples galpones para diversas actividades; en los ocho meses anuales de faena empleaba 200 personas y sacrificaba tres mil animales por mes.

En vísperas de la Navidad de 1909, cuando Abel Chifflet tenía cinco años y ya vivía en Mercedes, un violento temporal lo destruyó. En 1937 sobre sus ruinas, se construyó la fábrica de la Papelera Mercedes (PAMER).

- El de Sampayo, también desaparecido, estaba unos 500 metros aguas arriba del actual puente carretero, en el sitio que hoy ocupa la Sociedad "Por la Tradición".

Desde 1900 los saladeros del litoral comenzaron a declinar, en 1913 aún funcionaban con altibajos, y hacia 1925 cedieron su hegemonía a los frigoríficos.

### *b.- Servicios públicos esenciales urbanos*

Hacia 1905 la ciudad de Mercedes comenzó a contar con energía eléctrica, y hacia 1917 con distribución de agua potable por cañerías [(24)].

### *c.- Vida cultural*

Desde mayo de 1855 Mercedes tenía diarios. Fueron muchos, algunos de corta vida. Entre otros, en crónicas de fines del siglo XIX se mencionan "La Reforma", "El Teléfono", "La Nueva Era", "El Departamento", y más adelante "La Época".

Desde 1857 Mercedes tenía lo que hoy es su Teatro Municipal 28 de febrero. Inicialmente se llamó Progreso. Después tuvo varios nombres en función de sus circunstanciales propietarios (1861 Soumastre; 1880 Fleurquin; 1893 Politeama Colón; 1938 Glücksmann Palace), y también incendios, reconstrucciones, y transformaciones en cine.

Las radioemisoras fueron adelantos de aparición posterior, hacia fines de la segunda década del siglo XX.

## B. POBLACIONES CERCANAS

En territorio uruguayo, en un radio de 40 kilómetros en torno a Mercedes, sólo había tres poblaciones destacadas.

### *a.- Villa Soriano*

Inicialmente se llamaba **Santo Domingo Soriano.** Se considera la primera población perdurable del territorio nacional. Había sido fundada algo más de 250 años antes como una reducción franciscana en una isla de la

desembocadura del río Negro, tal vez la del Vizcaíno y luego posiblemente por la escasez de tierra cultivable fue trasladada a la ribera izquierda del río Negro [2][5].

***b.- Dolores***

Tenía alrededor de 125 años, hacía algo más de 100 que había encontrado su emplazamiento definitivo y tenía unos 1800 habitantes.

***c.- Fray Bentos***

Llamada así desde 1900, tenía unos 7.000 habitantes. Había sido fundada como **Villa Independencia** en abril de 1859 por un grupo cosmopolita de empresarios de Montevideo. Eligieron ese sector del hasta 1880 departamento de Paysandú, sobre la costa del río Uruguay, porque la profundidad de sus aguas apropiada para barcos de gran calado y las altas barrancas que los protegían de los vientos, se prestaba a facilitar el flujo fluvial de mercaderías de la cercana ciudad argentina de Gualeguaychú y, al mismo tiempo, permitía vigilar la costa uruguaya entre Paysandú y Nueva Palmira. En 1868 por estas ventajas y la abundancia de ganado, en sus inmediaciones se estableció la Liebig´s Extract of Meat Company (LEMCO), una compañía de origen alemán dedicada a la fabricación de productos cárnicos (extracto y corned beef), que llevó a la ciudad a la categoría de "cocina del mundo" y que luego, en 1928, se transformó en Frigorífico Anglo.

## C.- COMUNICACIONES Y TRANSPORTE ENTRE MERCEDES Y EL RESTO DEL PAÍS

En 1904 las comunicaciones entre Mercedes y el resto del país se hacían por tres medios [24]:

- el correo. Entre 1801 y 1810 existió un servicio postal que partía quincenalmente de Colonia, pasaba por Mercedes, el Rincón de las Gallinas, Paysandú, seguía por Concepción del Uruguay y Gualeguaychú y finalizaba en Gualeguay [4]. En 1877 el correo volvió a funcionar regularmente, aunque no como una institución postal nacional.
- el telégrafo "Platino-brasilero", instalado en 1878, y que mantuvo el servicio hasta 1910. Cuando en 1903 llegó el ferrocarril, con él llegó otra línea de telégrafo, pero era para las necesidades de la compañía ferroviaria.
- el teléfono. El primero fue instalado por la empresa fluvial de Saturnino Rives para comunicarse con Salto y Montevideo ex-

> clusivamente por necesidades operativas de su flota. El teléfono para usuarios privados fue instalado en el mes de septiembre de 1885 por el italiano Luis Ferrari y comunicaba con las ciudades del litoral del río Uruguay al norte del río Negro. Han quedado graciosos testimonios de la ingenuidad con que en aquella época algunos mercedarios utilizaban ese invento que permitía hablar sin verse [24].

– – –

En cuanto al transporte de personas y mercaderías, por la inquietud de miembros de la familia Cardona de la zona de "La Lata del Perdido", una posta y pulpería ubicada en el límite entre los departamentos de Soriano y Colonia, que luego dio nombre a la población, se aceleró la construcción de la línea de ferrocarril del Oeste desde la estación Empalme, hoy Mal Abrigo (departamento de San José) a la ciudad de Mercedes. La línea llegó a la estación "La Lata" en 1901, y a la ciudad de Mercedes en 1903 [2][20].

De modo que cuando nació Chifflet hacía sólo un año que Mercedes estaba comunicado con Montevideo y el resto del país por ferrocarril.

Hasta entonces el transporte había tenido dificultades y sido preferentemente fluvial.

Numerosas embarcaciones de distintas compañías, que hacia fines del siglo XIX fueron absorbidas por el croata-argentino Nicolás Mihanovich, comunicaban Mercedes aguas arriba hasta Salto y Concordia, y aguas abajo hasta Colonia, Buenos Aires y otros puertos argentinos, no tanto con Montevideo.

En el siglo XIX el tránsito de embarcaciones por el río Negro era importante. A pesar del riesgo de encalladuras, disminuido temporariamente por el dragado, era recorrido por chatas tiradas por remolcadores, y por pequeños barcos de cabotaje [1][16], en muchos casos propiedad de los saladeros, que transportaban los insumos y la producción de éstos.

Los barcos de ultramar, fondeaban en la Boca del Yaguarí en la desembocadura del río Negro, en Fray Bentos, en el puerto de Landa construido por los propietarios del Saladero del Medio en la costa de Entre Ríos frente a la Boca del Yaguarí, o en otros puertos del río Uruguay.

En 1907 el Ministerio de Obras Públicas disponía de una flotilla de vapores en el río Negro, que en el verano sólo podían servir los puertos del curso inferior, pero en otoño e invierno si había creciente podían llegar hasta el Paso Pereyra o introducirse en el río Tacuarembó. Esta navegación fluvial se extinguió por efecto de las tributaciones, los reglamentos de estiba y la construcción de represas [21].

En menor grado, por las mayores dificultades antes de que llegara el ferrocarril, Mercedes tenía comunicaciones terrestres con el resto del país.

Las cargas se trasladaban en lentas caravanas de carretas.

Las personas se trasladaban a pie, a caballo o en carros. Luego hubo diligencias que llevaban hasta seis pasajeros y una muy reducida carga. Se recuerda la línea de Manuel González, que unía San José con Mercedes y, desde fines de la década de 1850, dos compañías que unían Montevideo con Mercedes en dos días de viaje. Había lugares de descanso y reposición; uno de ellos era la ya mencionada posta "La Lata del Perdido". Había también dos líneas de diligencias que en tres horas y media unían Mercedes con Fray Bentos; llegaban a esta última en forma coordinada con los buques de pasajeros.

## 3.- EL DEPARTAMENTO DE SORIANO

Debe su nombre a la ciudad calabresa de Soriano Calabro, que posee una basílica dedicada a Santo Domingo fundada por monjes que en el siglo X DC, cuando en italiano sirio se decía siriano o soriano, migraron de Siria a Italia.

Por su ubicación con respecto a los ríos San Salvador, Uruguay y Negro, la cercanía del Río de la Plata y las características de sus costas, entre el siglo XVII y comienzos del XX el departamento fue la puerta de entrada natural para exploradores, conquistadores y colonizadores, para la ganadería, para los emancipadores de la Banda Oriental, para muchos inmigrantes y, finalmente, para hombres y pertrechos enviados al Ejército del Partido Blanco desde la Argentina durante el conflicto armado de 1904.

Es rico en arroyos, en cuchillas bajas y en extensos campos de muy buena tierra, adecuados para el afincamiento de inmigrantes dedicados a actividades rurales.

En 1908 era un departamento poco poblado; tenía 39.565 habitantes y una densidad global de 4,3 habitantes por kilómetro cuadrado [(13)].

## 4.- ¿CUÁN CALMOS Y SEGUROS FUERON ESOS LUGARES EN 1904?

Cuando nació Abel Chifflet estaban en curso los enfrentamientos entre el ejército del presidente colorado José Batlle y Ordóñez y el del caudillo blanco Aparicio Saravia, que unos consideran revolución y otros guerra civil.

Se desarrollaron entre enero y septiembre de 1904.

Entre 1902 y 1905 el Jefe Político del Departamento era el Coronel Leopoldino Galarza Fleitas, colorado, primo del General Pablo Galarza, jefe de la caballería del ejército del gobierno de Batlle [16].

En este conflicto se libraron seis grandes batallas, ninguna de ellas en el departamento de Soriano [7].

Pero en su litoral oeste y en el de Colonia, hubo múltiples enfrentamientos entre fuerzas blancas de tierra y embarcaciones del Gobierno (inicialmente la cañonera "General Suárez" [18]; luego se le agregaron otros pequeños barcos apresuradamente armados) que intentaban bloquear el paso de pertrechos para los blancos por el litoral fluvial. El 22 de marzo en la playa de la Agraciada, hubo un enfrentamiento importante cuyos heridos superaron la capacidad asistencial de Nueva Palmira y Carmelo. La Junta Central de Auxilios de Montevideo creada por el presidente Batlle y Ordóñez el 8 de enero, y presidida por el abogado y pintor Pedro Figari, fletó el vaporcito "Luna" de la Compañía Mihanovich en el que más de 30 heridos fueron trasladados al Hospital de Caridad en Montevideo [9][11].

Pero a pesar de no haber tocado directamente la zona de Mercedes con operaciones bélicas mayores, alguno de los miembros de la familia de Chifflet, que era blanca, participó directamente en el conflicto. Uno de los primos de Abel, Carlos Chifflet, en un enfrentamiento sufrió una herida grave en uno de sus miembros superiores, pero tuvo la suerte de sobrevivir a la amputación; pasó a ser conocido como "el manco Chifflet" [8].

Y en general, el conflicto de 1904 tuvo consecuencias indirectas muy marcadas en muchos aspectos, que pueden haberla afectado.

Redujo la riqueza ganadera del país (en 700.000 ovinos, 600.000 bovinos y 200.000 equinos), destruyó miles de postes y quilómetros de alambrados permitiendo el mestizaje entre razas que los estancieros ya habían comenzado a mejorar, paralizó la industria de la carne, disminuyó el valor de cueros y haciendas por el abarrotamiento de la Tablada, dispersó la mano de obra y anuló el crédito bancario para el campo [5].

## Referencias bibliográficas

**1.- Anónimo**
Viajeros por Soriano.
Revista Histórica de Soriano. 1978; 20: 2-22.

**2.- Barrios Pintos A.**
Historia de los Pueblos Orientales.
Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. Ediciones Cruz del Sur. 2008.
Santo Domingo Soriano. Tomo 1, págs. 203 – 224.
De la Capilla Nueva al Pueblo de las Mercedes. Tomo 2, págs. 235-250
Villa Independencia, Fray Bentos desde 1900. Tomo 3, págs. 85-119.

**3.- Boretto Ovalle R.**
Historiografía de la ciudad de Fray Bentos.
http://sesquicentenario.wordpress.com/cronologia-de-hechos/

**4.- Brumatti H.**
Las comunicaciones fluviales y postales entre Gualeguaychú y Fray Bentos en el siglo XIX.
http://usuarios.multimania.es/buzosscuba/las_comunicaciones_fluviales.htm

**5.- Caetano G, Rila J.**
Historia Contemporánea del Uruguay.
Montevideo. CLAEH. Editorial Fin de Siglo. 2005.

**6.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural como Profesor de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
Anales de la Facultad de Medicina. Montevideo. 1945; 30: 597-611.

**7.- Di Candia C.**
Los años del odio.
Montevideo. Fin de siglo. 2004.

**8.- Familia de Abel Chifflet.**
Documentos y testimonios.

**9.- Fernández Parés J. J.**
Actividades fluviales en la Guerra Civil de 1904.
http://www.histarmar.com.ar/AcademiaUruguayaMyFl/AcrFulvGC1904.htm

**10.- García S. J.**
Ramón De Santiago (1833-1900). Sobrevivencia de una popularidad.
Banco de Seguros del Estado. Almanaque 1981. Pág. 102.
http://www.bse.com.uy/almanaque/Almanaque%201981/pdf/0%20-%20030.pdf

**11.- Historia y Arqueología Marítima.**
Archivo de fotos del album familiar Bacigalupe-Ransés.
http://www.histarmar.com.ar/ArchivoFotosGral/ArchivoBacigalupe.htm

**12.- Hourcade Leguizamo E.**
Saladero del Medio.
Centro Histórico y Geográfico de Soriano. Sin fecha.

**13.- Instituto Nacional de Estadística.**
Toponimia y categorización jurídica oficial de las localidades urbanas de Uruguay.
Material preparatorio del Proyecto Censos 2010.
http://www.ine.gub.uy/biblioteca/toponimico/Categorizaci%F3n%20localidades%20urbanas%20orden%20alfab%E9tico.pdf

**14.- Larrañaga D. A.**
Viaje de Montevideo a Paysandú.
Montevideo. Escuela tipográfica Talleres Don Bosco. 1930.

**15.- Lintern@ute. Encyclopédie.**
Expressions.
http://www.linternaute.com/expression/langue-francaise/

**16.- Lockhart W.**
Los Galarza.
Revista Histórica de Soriano. 1963; 3: 35-52

**17.- Lockhart W.**
Historia de la Medicina en Soriano
Montevideo. S.n. 1965.

**18.- Martínez Montero H.**
Armada Nacional - Estudio Histórico-Biográfico.
Capítulo: Las revoluciones de 1903 – 1904.
Transcripto en Fernández Parés J J

**19.- Morales Bartaburu R.**
Los saladeros uruguayos (1900-1911)
http://rodrigomoralesbartaburu.blogspot.com/2011/01/del-saladero-nacional-al-frigorifico_23.html

**20.- Orígenes de Cardona.**
http://www.cardona.com.uy/

**21.- Praderi R, Vivo J.**
Ríos y lagunas.
Montevideo. Colección Nuestra Tierra. 36.

**22.- Ramírez H.**
Historia de Mercedes saldrá a la luz a través del estudio de nichos.
Montevideo Diario El País 06/03/2007.

**23.- Regules E.**
Versos criollos. 1894.
http://uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001/File/Versos%20criollos-primera%20parte-El%C3%ADas%20Regules.pdf

**24.- Revista Histórica de Soriano**
1985; 25: datos varios dispersos.

# CAPÍTULO 2

# FAMILIA . INFANCIA. JUVENTUD

**Sumario**


**1.- INTRODUCCIÓN**

**2.- LA INMIGRACIÓN EUROPEA EN URUGUAY EN EL SIGLO XIX Y COMIENZOS DEL XX**

**3.- EL APELLIDO CHIFFLET**

**4.- LA FAMILIA CHIFFLET GOTELAND Y SU PERIPECIA**

**5.- LA FAMILIA GRAMÁTICA – PORSIRIS**

**6.- JUAN CHIFFLET GOTELAND Y LA FAMILIA CHIFFLET – GRAMÁTICA**

**7.- ABEL GUILLERMO CHIFFLET GRAMÁTICA**

**8.- LOS OTROS HERMANOS CHIFFLET GOTELAND Y SUS DESCENDIENTES MÉDICOS**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


> "Permitidme que conserve para mí, el haber rendido a solas, mientras escribía aquellas líneas, un homenaje de gratitud a los que de niño y de hombre hicieron de mi hogar un templo de bondad y de corrección."
>
> ABEL CHIFFLET [9]

## 1.- INTRODUCCIÓN

Abel Chifflet mantuvo siempre nítida y determinante la impronta de su familia de origen y la de la que formó cuando adulto, pero por su natural reserva, en público hizo pocas referencias a ellas.

En 1945, en la frase que inicia el capítulo, reconoció que constituyeron su hogar, en cuyo concepto estaban los de bondad, de culto a los valores morales y a las virtudes, y de regulación sin errores. Más tarde también reconoció esos mismos caracteres en la Clínica de Alfonso Lamas [8].

Para respetar su reserva, la descripción de sus familias se ha limitado a lo estrictamente necesario para comprenderlo. Este capítulo se ocupa de la primera, y el capítulo 9 de la que formó cuando adulto.

## 2.- LA INMIGRACIÓN EUROPERA EN URUGUAY EN EL SIGLO XIX Y COMIENZOS DEL XX

En 1830 la población de Uruguay era raquítica: sólo tenía unos 74.000 habitantes, de los que cerca de un quinto residía en Montevideo.

En los cien años siguientes experimentó un crecimiento vegetativo de base muy lento, y empujes aleatorios por las oleadas de comerciantes, empresarios e industriales, pero sobre todo de artesanos, obreros y agricultores, la mayoría provenientes de sociedades europeas más desarrolladas, que buscaban un destino mejor.

No siguieron un itinerario común, y frecuentemente cambiaban de lugar en la cuenca del Río de la Plata antes de afincarse definitivamente en un sitio.

Pero poco a poco se fusionaron con la población criolla y conformaron una sociedad cosmopolita, que inicialmente conservó parte de sus costumbres y tradiciones originales, y hacia fines del siglo XIX comenzó a sentirse uruguaya [5].

## 3.- EL APELLIDO CHIFFLET

Desde los siglos XVI y XVII identifica a una de las grandes familias del Franco-Condado. En su capital, Besançon, nacieron los más recordados por su formación y sus actividades [13]:

1. **Claude Chifflet** (1541-1580), doctor en derecho y numismático.
2. **Jean Chifflet** (1550-1602), médico graduado en Padua que tuvo tres hijos:
    - **Jean-Jacques Chifflet** (1588-1673), médico especializado en Padua, Venecia, Roma, Nápoles, Viena y Lyon. Publicó las obras de su padre y fue enviado en misión a Bruselas, donde fue médico del gobernador y dio a conocer la quina como antitérmico. Pero sobre todo fue famoso por una tisana de cebada descascarada, diversas raíces, miel y cristales de tártaro, que tenía acciones maravillosas: *"purga los riñones, descarga la cabeza, templa los pulmones, el hígado y el bazo, comprime los humores viscosos internos, calma los dolores*

*de tercianas y cuartanas, cura la sarna, comezones y diviesos, alivia la pesadumbre de miembros y huesos, refresca, engorda a los flacos y adelgaza a los que engordan demasiado, da fuerza, vigor y entera salud, fortifica el cuerpo, alegra el espíritu, da ganas de comer, pone clara la tez del rostro y alegres los ojos…"* (10)

Jean Jacques tuvo un hijo, **Jules Chifflet** (1615-1676), que fue vicario general del arzobispado de Besançon, consejero del parlamento y canciller del Toison de oro en la corte de Madrid.

- **Philippe Chifflet** (1597-1657), también canónigo y vicario general de Besançon.
- **Laurent Chifflet** (1598-1658), sacerdote jesuita autor de obras ascéticas, un catecismo y una gramática.

3. **Pierre-François Chifflet** (1592-1682), sacerdote jesuita, escribió numerosas obras religiosas y fue medallero del rey de Francia.

En los dos siglos siguientes los rastros del apellido se desvanecieron. Se repite que en ese período, por motivos de intolerancia religiosa, algunos franceses de apellido Chifflet debieron emigrar a Inglaterra y luego desde allí a lo que hoy son los Estados Unidos de América, donde la grafía del apellido cambió a Shifflet y Shiflet.

En la actualidad el apellido Chifflet predomina en familias de los departamentos del Ródano y la Ardéche en el sur-este de Francia metropolitana.

La familia paterna de Abel era de Tournon (hoy Tournon sur Rhône), una población de la Ardèche situada a unos 80 km. de Lyon en una altura sobre el río Ródano. Se la conoce desde 840 DC. Desde el año 1.000 DC está coronada por el castillo de los nobles del lugar que iniciaron su progreso que alcanzó su máximo nivel en el Renacimiento. Hoy tiene unos 10.000 habitantes. Al otro lado del río está el pueblo de Tain l'Hermitage que produce prestigiosos vinos Côtes du Rhône.

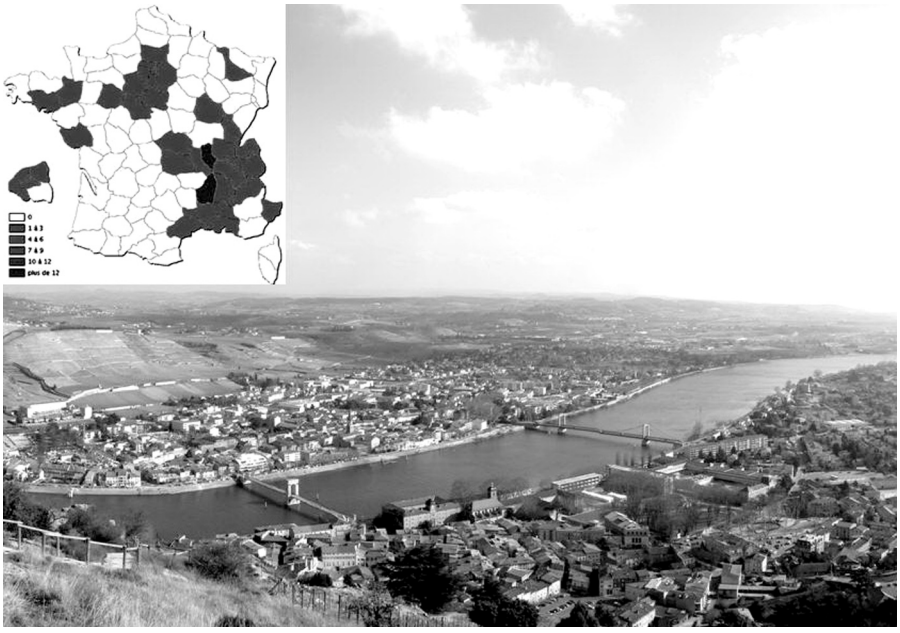
## 4.- LA FAMILIA CHIFFLET - GOTELAND Y SU PERIPECIA

El bisabuelo de Abel Chifflet se llamaba Donato (12). Contrajo matrimonio con Suisse Came con la que tuvo tres hijos: Jean Guillaume, que luego sería abuelo de Abel, nacido en 1818, François nacido en 1819, y Angèle cuya fecha de nacimiento es incierta.

**Jean Guillaume Chifflet Came** se casó con **Paulina Goteland**. Según referencias que aportó su bisnieta (6), Paulina era nacida en Chambéry, capital de la Saboya, en una familia de ascendencia vikinga instalada en Francia

en el siglo XIII DC. Y como muestra de lo poco importantes que entonces eran las mujeres, lo único que sabía de ella era que, años después en la chacra de "El Rincón", *"salía con sus nietos al campo, jugaban en esos montes de galería, y recogían la lana de las ovejas que quedaba enredada en los alambrados y que ella ovillaba recitando."* (6)

En Francia Jean Guillaume Chifflet y Paulina Goteland tuvieron tres hijos: **Francisco** (1851-1920), **Donato** (1854-1972) y **Therèse** (que murió antes que la familia viniera a Uruguay).



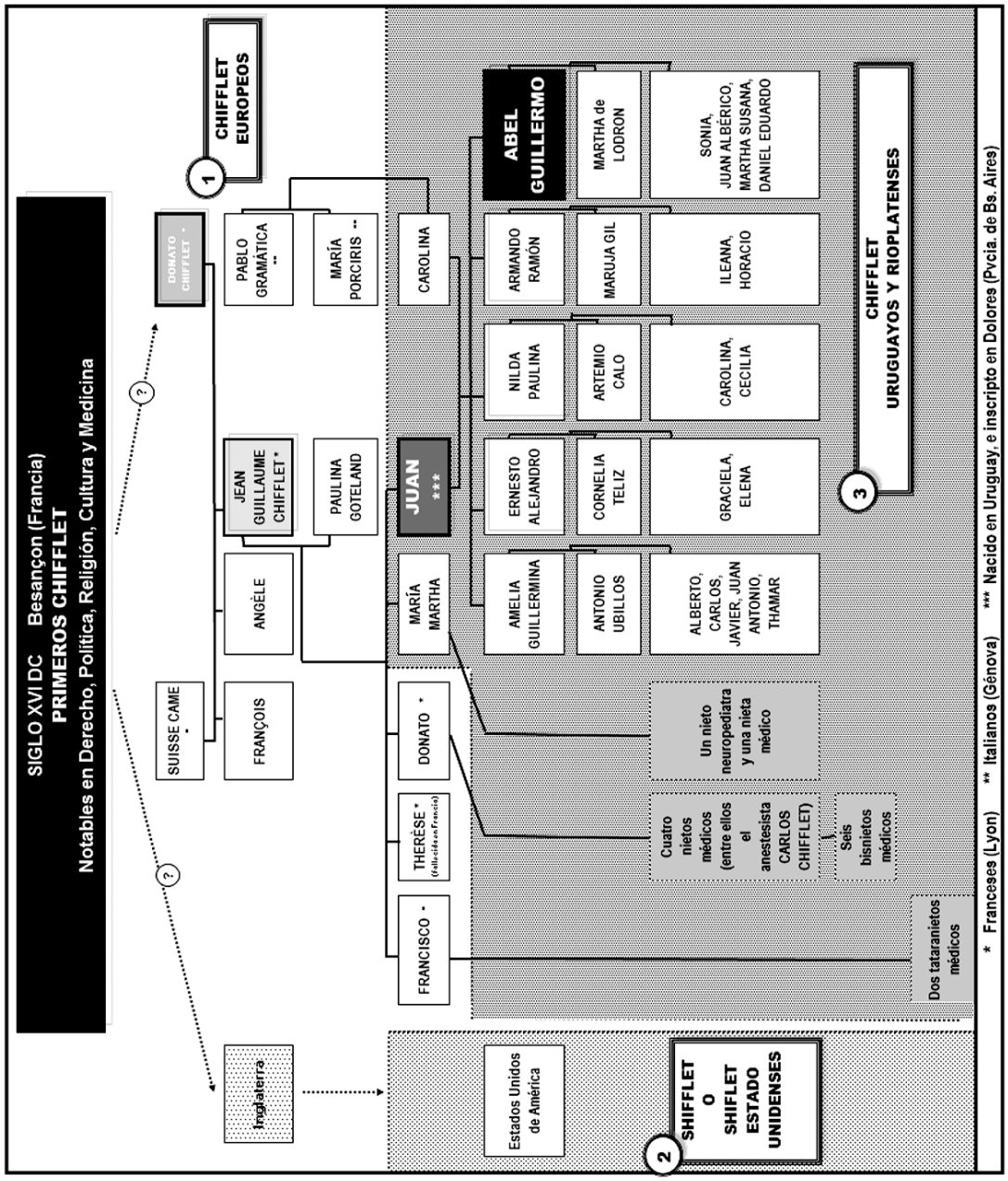

Vista actual de Tournon sur Rhône – Tain L'Hermitage. En el recuadro superior izquierdo distribución actual del apellido Chifflet en Francia metropolitana.

**UN VIAJE A LOS ORÍGENES (6)**

En junio de 1954 Abel Chifflet, su esposa, su hija Sonia, y su sobrina Carolina Calo, visitaron Lyon.

Esta última recuerda que Abel contactó con Edouard Chifflet, que había reconstruido el árbol genealógico de la familia, y los llevó a Tournon. Allí visitaron la "Ferme Chifflet", la granja familiar que todavía existía. Era un lugar encantador, y en la pequeña iglesia vecina encontraron los registros del matrimonio de Jean Guillaume y Paulina y los del nacimiento de sus hijos Francisco, Donato y Therèse.

También conocieron a un anciano que recordaba que su padre le hablaba frecuentemente de Jean Guillaume, a quien llamaba "Guillaume, le sage" (el sabio o el prudente), y respetaba mucho, y que tuvo que emigrar porque corría peligro por su liderazgo en La Comuna.




Genealogía de Abel Chifflet

## LA COMUNA

Fue la insurrección popular que se produjo en Paris entre marzo y mayo de 1871, durante un vacío de poder al fin de la Guerra Franco Prusiana perdida por Francia y luego del sitio de esta ciudad por los prusianos. Para paliar la pobreza y calmar el descontento popular, la Comuna organizó la sociedad en comunidades locales federadas. Esto despertó el odio de las clases medias y altas de la sociedad, y fue aplastada por el Gobierno que sucedió al del derrocado Napoleón III. Se declaró crimen todo apoyo prestado a La Comuna, con una secuela de juicios, fusilamientos en masa, prisiones, deportaciones y un saldo estimado de 30.000 muertos. Sólo hubo algunos pequeños movimientos similares en las provincias del sur de Francia, y fueron rápidamente aplastados.

— — —

Los descendientes actuales de Jean Guillaume Chifflet conservan datos escasos e imprecisos de esta parte de su historia.

- Los familiares de Abel Chifflet saben que uno de los ancestros, posiblemente Jean Guillaume, participó en su patria de una revolución y en su ciudad enlazó una estatua logrando derribarla. Y que tal vez Jean Guillaume fuera médico en su país, pero no hay constancia de que, en caso de haberlo sido, haya ejercido en Uruguay.
- En una biografía reciente, Guillermo Chifflet Zerboni afirmó que Jean Guillaume participó en el derribamiento de la columna de la Place Vendôme en París, considerada por los comuneros un monumento a la barbarie del militarismo y un insulto al derecho internacional [7].



Derribamiento de la columna de la Plaza Vendôme durante la Comuna. Vista panorámica (www.circulobellasartes.com/).



Estatua de Napoleón Bonaparte, vestido de general romano, en el suelo (www.fideus.com/).

Cualesquiera que fueran las razones, Jean Guillaume Chifflet Came abandonó Francia con su esposa Paulina Goteland y sus hijos Francisco y Donato. No formaron pues parte de la importante inmigración organizada gala, sobre todo vasco francesa, que llegó a Uruguay en el siglo XIX.

Partieron de Génova bajo un nombre italiano para no sufrir la intolerancia hacia lo francés.

En el mismo barco vinieron otros emigrantes:

- Italianos de apellido Ruggia que durante el viaje iniciaron una relación con los Chifflet – Goteland que culminó más adelante en Uruguay en dos matrimonios entre sus respectivos descendientes.
- Y numerosos franceses de apellido Chifflet que se establecieron en la cuenca del Río de la Plata, y que para esta historia no tienen otro interés que el de mencionarlos.

Jean Guillaume se quedó en Uruguay con su familia. En la embajada de Francia en Montevideo no hay constancia de su ingreso al Uruguay, lo que podría atribuirse a la intención de no dejar huellas tras de sí [(11)].

Se establecieron en Soriano, en el "El Ejido de las chacras" de la ciudad de Mercedes.

En la vecindad había otras familias de apellido francés; por ejemplo, al sur de la cañada de Lamego que limitaba por el suroeste el predio del Saladero del Medio, vivió una familia de apellido Souchet [(14)]. Y el 18 de

julio de 1894, en el acto de inauguración del Hospital de Mercedes, estuvo presente el cónsul francés Pedro Leonard [15], aunque no hay constancia que éste residiera en Mercedes.

Jean Guillaume no mantuvo mayores contactos con los franceses de su zona.

Adquirió (también se ha dicho que ganó en una riña de gallos) la chacra de "El Rincón".

En Uruguay los Chifflet - Goteland tuvieron otros dos hijos:

- **María Marta** que luego se casó con Ángel Ruggia, un hijo de Guillermo Ruggia que vino a Uruguay junto con Jean Guillaume Chifflet.
- **Juan,** el menor, padre de Abel. Nació el 3 de noviembre de 1868. Para evitar que fuera reclutado en las levas de las guerras civiles, fue inscripto como nacido en la Argentina. En libreta de matrimonio de sus padres figura que nació en la ciudad de *"Dolores (R.A.)"*; probablemente se refiera al municipio de Dolores de la provincia de Buenos Aires.

– – –

Se conserva una fotografía de estudio del matrimonio Chifflet - Goteland y sus cuatro hijos ya mayores.



La familia Chifflet – Goteland. Sentados (de izquierda a derecha): Paulina Goteland de Chifflet y Jean Guillaume Chifflet Came. Parados: Donato, Francisco, Juan y María Marta Chifflet Goteland.

En ella se ve a Jean Guillaume de complexión robusta y expresión seria, que sugieren una mezcla de energía con cierta dosis de hosquedad.

A su derecha está su esposa María, enfundada en la ropa oscura de la época que sólo permite ver su cara cuya expresión sugiere indiferencia o resignación.

Parados detrás de ellos están Donato y Francisco, luego Juan que tiene una expresión más abierta y distendida que sus hermanos, y finalmente María Marta que apoya con familiaridad su mano derecha en el hombro de su padre.

Jean Guillaume falleció en Mercedes en 1908, a los 90 años cuando Abel sólo tenía cuatro. Su esposa Paulina falleció dos años después, el 17 de septiembre de 1910.

## 5.- LA FAMILIA GRAMÁTICA – PORSIRIS

En el "Ejido de las chacras" de Mercedes vivía un matrimonio de genoveses formado por **Pablo Gramática** y **María Porsiris**.

En Italia Pablo fabricaba toneles para la industria de la pesca de la sardina; vino a Uruguay junto con otros del mismo oficio, traídos por "el Tonelero" (Caetano Saccone) a trabajar en los saladeros.

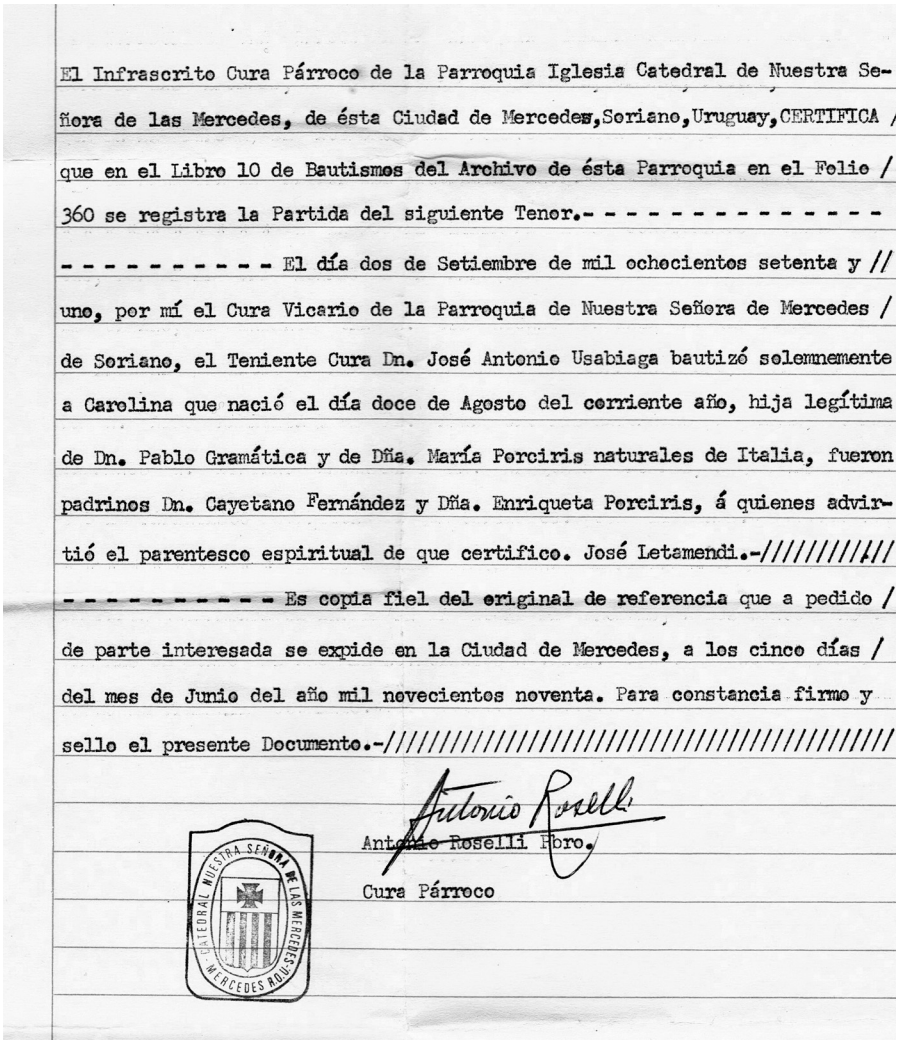
Carolina fue el primer descendiente del matrimonio; nació el 12 de agosto de 1871 y fue bautizada en la catedral de Mercedes.

Era una mujer bondadosa. Devota católica, cuando adulta los domingos iba a pie a misa a Mercedes distante varios quilómetros, vestida de blanco sin ensuciar sus ropas.

Era familiar cercano de Emma Gramática una celebrada actriz italiana que vivió entre 1874 y 1965. Actuó en teatro en el que tuvo su propia compañía que realizó temporadas en Buenos Aires y en el teatro Solís de Montevideo. También actuó en cine en papeles de famosas películas ("Milagro en Milán" de Vittorio de Sica y "Pobre mi madre querida" con Hugo del Carril), y como directora de "La vieja dama".

– – –

Carolina tuvo cuatro hermanos: Inocencio, Rosa (casada con Francisco Ubillos), Luisa (casada con Hilario Ubillos) y Concepción (casada con Dionisio Simonselli).



El Infrascrito Cura Párroco de la Parroquia Iglesia Catedral de Nuestra Señora de las Mercedes, de ésta Ciudad de Mercedes,Soriano,Uruguay,CERTIFICA / que en el Libro 10 de Bautismos del Archivo de ésta Parroquia en el Folio / 360 se registra la Partida del siguiente Tenor.- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - El día dos de Setiembre de mil ochocientos setenta y // uno, por mí el Cura Vicario de la Parroquia de Nuestra Señora de Mercedes / de Soriano, el Teniente Cura Dn. José Antonio Usabiaga bautizó solemnemente a Carolina que nació el día doce de Agosto del corriente año, hija legítima de Dn. Pablo Gramática y de Dña. María Porciris naturales de Italia, fueron padrinos Dn. Cayetano Fernández y Dña. Enriqueta Porciris, á quienes advirtió el parentesco espiritual de que certifico. José Letamendi.-////////// - - - - - - - - - - - Es copia fiel del original de referencia que a pedido / de parte interesada se expide en la Ciudad de Mercedes, a los cinco días / del mes de Junio del año mil novecientos noventa. Para constancia firmo y sello el presente Documento.-//////////////////////////////////////////////

Antonio Roselli Boro.
Cura Párroco

CATEDRAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES MERCEDES ROU

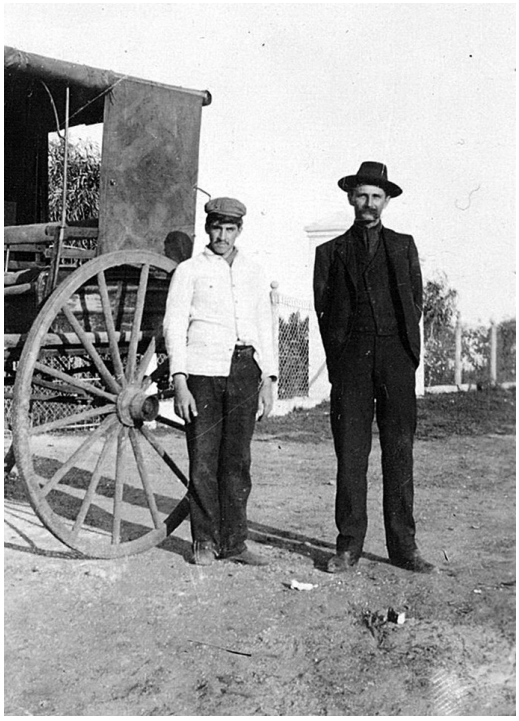
Transcripción certificada de la partida de Bautismo de Carolina Gramática Porsiris, en la catedral de Mercedes.

## 6.- JUAN CHIFFLET GOTELAND Y LA FAMILIA CHIFFLET-GRAMÁTICA

Como muestran las fotografías, Juan Chifflet Goteland era alto, delgado y se dejaba un bigote incurvado que desbordaba largamente las comisuras labiales.

Se ennovió con su vecina Carolina Gramática, a pesar de la oposición de los padres de ésta que no simpatizaban con los franceses que le habían quitado Niza a Italia.

El 8 de julio de 1893 en el Juzgado de Paz de la 1ª Sección del Departamento de Soriano se realizó el matrimonio civil; en la libreta consta que él era hacendado y que ambos residían en el *"Egido de chacras"* de la ciudad. El mismo día en la iglesia catedral de Mercedes se celebró el matrimonio religioso; en los libros parroquiales consta que ambos eran solteros, que él era argentino y tenía 24 años, y ella 20, y que los testigos fueron Pablo Gramática y Paulina Goteland.



Juan Chifflet Goteland en el "Ejido de las chacras".

Juan Chifflet Goteland y Carolina Gramática tuvieron cinco hijos:

1.- **Amelia Guillermina**. Nació el 25 de junio de 1894. Se casó con Antonio Ubillos, tuvo cuatro hijos varones (Alberto, Carlos, Juan Antonio y Javier) y una mujer (Thamar). Murió el 28 de diciembre de 1981.

2.- **Ernesto Alejandro**. Nació el 26 de febrero de 1897. Cuando joven, su carácter independiente y aventurero lo empujó a un largo viaje en solitario por diversas partes de Sudamérica, durante el que cortó su comunicación con su familia, que lo creyó muerto. Regresó a Uruguay unos años después y pasó a vivir a la chacra de "El Rincón" donde mantuvo una reducida producción, y con el relato de sus conocimientos, experiencias, y anécdotas de sus viajes, hacía la delicia de sus sobrinos. Posteriormente se trasladó a Salto donde adquirió unos campos, contrajo matrimonio con Cornelia Teliz y tuvo dos hijas Elena y Graciela.

3.- **Nilda Paulina**. Nació el 27 de abril de 1899. Se casó con Artemio Calo y tuvo dos hijas: Carolina y Cecilia. Cuando Abel y Armando iban al liceo y necesitaban libros, Nilda se los copiaba para que pudieran estudiar. Falleció el 24 de diciembre de 1994.

Amelia, Ernesto y Nilda hicieron su enseñanza primaria en la Escuela Rural número 32 que todavía funciona, pero en un edificio nuevo.

el certificado médico en las Secciones Urbanas y el del Teniente Alcalde en las Rurales en que no hubiese facultativo.
Ninguna cadáver podrá ser sepultado sin que se acredite haberse hecho el asiento respectivo en el libro del Registro Civil. ( Artículo 55 de la Ley. )
En las secciones Rurales, cuando por las distancias no fuese posible exigir el asiento previo, la anotación debe hacerse dentro de diez días. ( Artículos 56 y 57 de la Ley. )

**PENAS**

Si las inscripciones no se verificasen dentro de los plazos señalados, no podrán hacerse sino por orden del Juez Letrado Departamental, sin que liberte á los interesados de la aplicación de la pena por razón de su omisión ó abandono.
Las penas varían entre las multas de un peso á cincuenta ó en su lugar prisión de uno á quince días según los casos.

**TESTIMONIOS**

Los testimonios de las actas del Registro del Estado Civil pueden obtenerse:
En los Juzgados de Paz, si se trata de inscripciones hechas en el año en que se necesita el testimonio.
En la Dirección General del Registro del Estado Civil en Montevideo, ó en las oficinas de las Juntas E. Administrativas, si los testimonios corresponden á inscripciones de los años anteriores.
Los testimonios se extienden en fojas de á *un* peso con un timbre especial de $ 0.25.
El derecho que se paga es también de *un* peso.

**Aviso importante**

Este folleto contribuye á evitar en las actas posteriores al matrimonio, los errores que no podrían subsanarse sino de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 72 de la Ley, lo que ocasionaría á las familias gastos y pérdida de tiempo.
Está en el interés de las mismas familias presentar el folleto siempre que tengan necesidad de hacer alguna inscripción en los libros del Registro del Estado Civil.
Al hacer una inscripción pueden los interesados leer las actas en los Registros originales, y antes de firmarlas, pedir al Oficial del Estado Civil corrija cualquier error que notaren. Para evitar error en las actas de defunción se recomienda que por lo menos uno de los declarantes sea de la familia del fallecido.

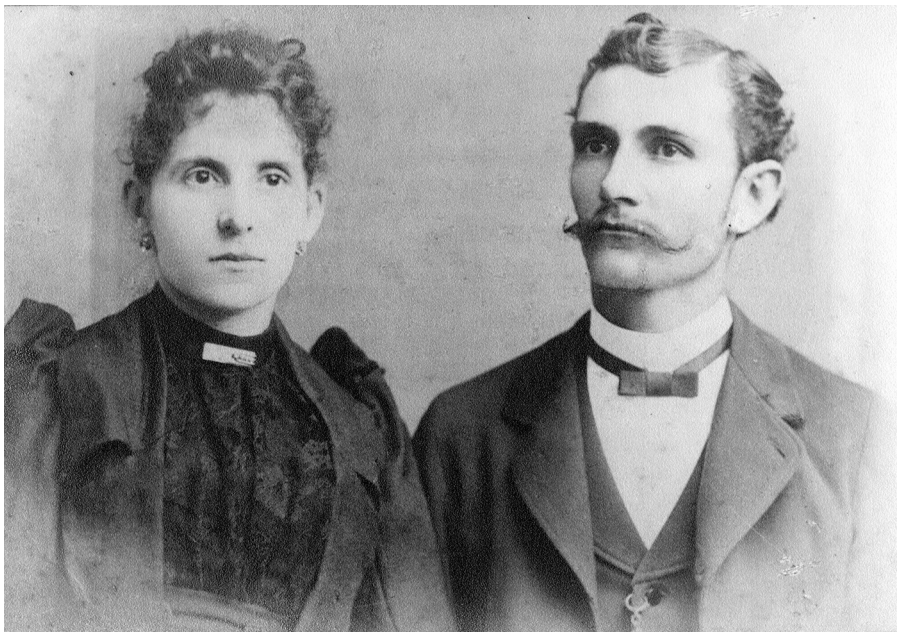
Departamento de Tacuarembó
1ª Sección en Mercedes
Acta N.º 19 MATRIMONIO CIVIL
Año 1892.-
Celebrado el día 8 de Julio de 1892
entre D. Juan Chifflet
nacido el día 25 de Noviembre de 1868
en Ciudad Bahía Blanca (R. A.) de profesión
Hacendado domiciliado en
el Egido de Chacras
Hijo de Guillermo Chifflet
y de Paulina Goteland
Viudo de
y D.ª Carolina Gramática
nacida el día 29 de Julio de 1872
en esta Ciudad de profesión
quehaceres de su sexo domiciliada en
el Egido de Chacras.-
Hija de Pablo Gramática
y de María Porsiris.-
Viuda de

El Oficial del Estado Civil,

Juan Chifflet con Carolina Gramática

El ocho de Julio de mil ochocientos noventa y tres. El Presbítero Don Juan Pedro Rodriguez, con licencia del infrascrito, previas las diligencias de estilo, publicadas las tres conciliares proclamas y no habiendo resultado impedimento alguno canónico ni civil, autorizo el Matrimonio que por palabras de presente y segun el Ritual Romano contrajo D. Juan Chifflet, de estado soltero, de nacionalidad Argentina, de veinticuatro años de edad, hijo legitimo de Guillermo Chifflet y Paulina Goteland; con Carolina Gramática, Oriental, soltera, de veinte años, hija legitima de Pablo Gramática y María Porsiris. Fueron testigos Pablo Gramática y Paulina Goteland. De que certifico.

Constancias del matrimonio civil y religioso de Juan Chifflet Goteland y Carolina Gramática Porsiris.



Carolina Gramática Porsiris y Juan Chifflet Goteland en la época de su matrimonio.

4.- **Armando Ramón**. Nació el 9 de enero de 1901. Vino con Abel a estudiar a Montevideo y se graduó de químico farmacéutico. Instaló una farmacia en José Enrique Rodó, varias escuelas rurales, un instituto de formación docente y, en un campo de su propiedad en la orilla derecha del río Negro frente a Mercedes, una plantación de árboles para la producción de postes. En la costa arenosa de ese campo, llena de abrojales y cuevas de tucu-tucu hizo un fraccionamiento y creó el balneario Los Arrayanes. Se casó con Maruja Gil y tuvo dos hijos: Ileana y Horacio. Soñaba con hacer un viaje por el río Marañón hasta la desembocadura del Amazonas, pero no tuvo oportunidad de realizarlo.

Falleció el 28 de marzo de 1963. La Revista Histórica de Soriano publicó una breve nota que destaca algunas de sus características, y que compartía con Abel la inquietud por organizar y hacer cosas, en este caso en el Centro de Investigaciones Históricas y Geográficas de Soriano [(2)].

**ARMANDO CHIFFLET**

Que Armando Chifflet no continúe junto a nosotros, compartiendo nuestras tareas, contagiándonos su espíritu de constante solicitud y sentido de amistad, es algo a lo que costará acostumbrarnos. Estuvo con nosotros desde hace apenas dos años.

Organizó la Sección de Ciencias Naturales dentro del Centro de Investigaciones Históricas, nos acompañó en nuestras tareas y en nuestras excursiones, siempre animoso, optimista, emprendedor y comprensivo. Intervino en la elaboración de los Estatutos con particular dedicación. Pero, sobre todo, fue un amigo de veras, de esos amigos que nos permiten creer en la dádiva inmensa que suponen las relaciones humanas auténticas.

5.- Y **Abel Guillermo**, el menor de los hermanos.

– – –

Tanto la familia Chifflet - Goteland como la Chifflet - Gramática tuvieron una situación económica que, para la época y el lugar, podría considerarse cómoda.

Poseyeron una valiosa propiedad rural, que explotaban, producía y satisfacía las principales necesidades de la familia, en esa época en que no prevalecía el consumismo.

En las fotografías, se los ve correctamente vestidos, los hombres con cadenas y relojes de bolsillo.




Anotaciones de los nacimientos de los cinco hijos en la libreta de matrimonio de Juan Chifflet y Carolina Gramática.

Al final de su vida, Juan Chifflet además era propietario de un campo más grande que "El Rincón", ubicado entre los arroyos Bizcocho y Maula; lo arrendaba y con ese ingreso vivía la familia.

La familia de Juan Chifflet y Carolina Gramática fue numerosa y unida.

Pero Juan Chifflet Goteland falleció joven, en 1906, cuando sólo tenía 38 años.

Se conservaron otros pocos datos de su esposa Carolina. Pero ellos son suficientes para deducir que debe haber sido una mujer admirable, de una enorme generosidad y fortaleza moral.

Enviudó cuando aún era joven (35 años), y dos años después de la muerte de su esposo perdió a su suegro; pero no volvió a casarse, sino que permaneció en Soriano dedicada a criar y sacar adelante a sus cinco hijos de entre 12 y 2 años.

Por su intuición y su esfuerzo personal tuvo éxito en su propósito. Los ayudó a progresar en diversas orientaciones, se hicieron adultos, formaron sus propias familias y le dieron quince nietos. Además dos de ellos adquirieron una profesión universitaria que desempeñaron con dignidad y éxito. Y Abel fue un hijo, hermano, cuñado, padre o tío admirado y querido, y con justicia ocupó en la familia una posición de liderazgo y de consejo.

No hay constancia de los apoyos que Carolina Gramática recibió en la tarea de formar a sus hijos. Habrá recibido el de su madre y, como era una familia muy unida, también el de los hermanos de su esposo. Pero todo parece indicar que la mayor parte de los méritos del éxito en la misma, le corresponden a ella.

Abel le profesaba un profundo cariño, y cuando en 1944 rindió *"… un homenaje de gratitud a los que de niño y de hombre hicieron de mi hogar un templo de bondad y de corrección"*[9], seguramente la figura más importante que integraba ese plural era su madre.

– – –

Carolina Gramática falleció 36 años después de la muerte de su esposo, el 9 de marzo de 1942, a los 71 años de edad. Abel estaba en Montevideo, bien afirmado en su carrera académica y en la familia que había formado, en la que ya le había dado dos nietos: Sonia y Juan Chifflet de Lodron.

## 7.- ABEL GUILLERMO CHIFFLET GRAMÁTICA

Nació el 18 de julio de 1904.

El nombre de Guillermo tenía antecedentes en la familia paterna, pero ¿por qué razón se eligió Abel, un nombre poco frecuente?.

Más de una vez Abel Chifflet dijo a sus colaboradores que sus padres eligieron ese nombre por Abel I. Zamora, y en numerosas ocasiones les manifestó el profundo respeto que le profesaba y el reconocimiento que le guardaba por haberlo apoyado en sus épocas de estudiante [16].

**ABEL IRENO ZAMORA ARTOIS (1883 –1964)**

Fue un mercedario, hijo del propietario de una conocida jabonería de esa ciudad, y por el lado materno nieto de franceses. A principios del siglo XX sucesivamente se graduó en tres profesiones universitarias: Químico Farmacéutico (1900), Abogado (1901) y Médico (1909). Posiblemente también haya sido Escribano.

Es de imaginar el prestigio que estos logros le dieron en Mercedes.

Luego de su graduación médica viajó a Paris, junto con José Iraola y Alberto Mañé, para completar su formación y su cultura.

Se especializó en Psiquiatría, y como Camilo Payseé, Francisco Garmendia, Elio García Austt, Antonio Sicco y Walter Martínez, fue discípulo de Bernardo Etchepare.

Fue una figura de relevancia en la Medicina Nacional. En 1923 fue uno de los miembros fundadores de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Fue Médico Forense, Delegado Uruguayo a la Comisión Revisora de la Nomenclatura de Bertillon, Director de la Oficina de Identificación y Estudios Médico-legales, miembro de la Comisión Nacional de Educación Física, integrante del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina y autor de varios trabajos. En 1924 sucedió a Elías Regules como Profesor de la Cátedra de Medicina Legal en la Facultad de Derecho, cargo que ocupó hasta su muerte. La Cátedra no volvió a ser provista [18] [19].

A partir del primero de los dos datos objetivos dados por Chifflet, se infiere que sus padres tenían una profunda admiración por Zamora, pero no sus causas ni el tipo de relación que los unía.

Puede conjeturarse:

a. que la relación haya surgido de la jabonería del padre de Zamora, y/o de que el padre de Abel y la madre de Zamora eran de ascendencia francesa.
b. que la admiración haya surgido de la sorpren-



Abel Ireno Zamora Artois.
(Químico Framacéutico, Médico y Abogado).

dente carrera que en 1904 el joven Zamora ya había hecho en Montevideo.

c. y que años más tarde, cuando éste tenía aún más razones para ser admirado porque ya tenía tres o tal vez cuatro profesiones universitarias, Carolina Gramática lo haya elegido para que fuera la referencia de Abel y Armando cuando estaban solos en Montevideo.

Abel Zamora tuvo una farmacia en la esquina de Justicia y Hocquart, a seis cuadras de la pensión en que vivieron Abel y Armando Chifflet. Esta cercanía puede haber facilitado los contactos, pero entre 1921 y 1923, cuando éstos realizaban sus estudios pre-universitarios, Zamora estaba en Paris.

Abel Chifflet no dio más detalle de las razones de su respeto y reconocimiento a Zamora. Sin duda que eran justamente valoradas y profundas. Además de apoyarlo, tal vez Zamora haya influido en la decisión de Abel de estudiar Medicina, más tarde en la de trabajar en el Servicio Médico de la Caja de Jubilaciones, y en la decisión de Armando de estudiar Química.

– – –

Poco más se sabe de la infancia y juventud de Abel Chifflet.

A. Fue bautizado en la Parroquia Nuestra Señora de las Mercedes (catedral). En el folio 211 del libro 21 de Bautismos de dicha parroquia se encuentra asentada el acta respectiva.

B. Una carta que en 1935 Abel envió a su madre desde los Estados Unidos (ver capítulo 6), muestra que tenía mucha confianza y sentía un profundo cariño por ella. Comienza con un cálido *"Querida Mamá"* y pocos renglones después muestra que la tuteaba, lo que no era usual en la época.

– – –

En 1908, después de la muerte del abuelo Jean Guillaume, Carolina Gramática y sus hijos pasaron a vivir en la ciudad de Mercedes en una casa ubicada en la calle Lavalleja esquina Roosevelt, que aún se conserva con pocas modificaciones exteriores.

– – –

Los cuatro años vividos en la chacra de "El Rincón", dejaron en Abel Chifflet una marca indeleble. En un homenaje póstumo en el piso 9 Héctor Ardao, uno de sus amigos más cercanos, lo caracterizó al decir que Chifflet no fue un hombre de río ni de campo, sino un hombre de monte [(16)].

**OBISPADO DE MERCEDES**
Wilson Ferreira Aldunate 669. Telefax 4532 2061
correo electrónico: obismerc@adinet.com.uy
75000 Mercedes ( Uruguay )

En el archivo de este Obispado, en el Libro 21 de Bautismos a folio 211 de la Parroquia "Ntra. Sra. de las Mercedes" (Mercedes), se encuentra la siguiente partida: ----------

**"El día seis de Diciembre de mil novecientos cuatro, el Pbro. Dn. Julio Lasplaces, Teniente Cura de la Parroquia Nuestra Señora de Mercedes, bautizó solemnemente a Abel Guillermo, que nació el dieciocho de Julio de mil novecientos cuatro, hijo legítimo de Juan Chifflet, argentino y Carolina Gramática, oriental. Fueron Padrinos, Donato Chifflet y Clementina Ruggia de Chifflet, a quienes instruyó del parentesco espiritual y demás obligaciones, etc.. De que certifico. Faustino Arrospide."**

A pedido de la parte interesada, se expide la presente, que es copia fiel del original, en Mercedes, a los quince días del mes de Setiembre del año dos mil once. Se firma y sella.

+Carlos María Collazzi
Obispo Diocesano

Trascripción certificada de la partida de Bautismo de Abel Chifflet, en la Catedral de Mercedes.

Abel Chifflet guardó un amor profundo e imperecedero por su familia de origen y por el campo y sus cosas.

No sucumbió al entonces frecuente sentimiento de los jóvenes que al vivir en las ciudades adquirían una concepción diferente de la vida que chocaba con las tradiciones inmutables de los mayores de la familia que permanecían viviendo en lugares pequeños, choque que en 1903 pintara tan bien Florencio Sánchez en *"M'hijo el dotor"* y en obras posteriores [17].

*"…. ni la ciudad ni la universidad esfumaron su raigambre campesina nutrida de lealtad y nobleza…"* [4]

C. Hasta los cuatro años, Abel Chifflet sólo habló en francés que era el idioma utilizado en el hogar. Instalada la familia en Mercedes comenzó a alternar con más frecuencia con otros niños y empezó a usar el español como lengua usual pero, bien educado, intercalaba expresiones francesas de agradecimiento por lo que éstos lo apodaron "Merci".

D. Él, y probablemente también su hermano Armando, cursaron sus estudios primarios en la escuela número 1 de la ciudad de Mercedes, que era una escuela de varones.



Circa 1912. Reunión en familia en los montes de "El Rincón". Abel Chifflet es el tercero desde la izquierda.



La casa de los Chifflet – Gramática en la ciudad de Mercedes (Calle Lavalleja esquina Roosevelt). A izquierda aspecto en la década de 1910. A derecha aspecto actual, un siglo después.



1912. María Porsiris de Gramática, a su izquierda su hija Carolina y los hijos de ésta: Abel (a la izquierda de la abuela). Detrás (de izquierda a derecha): Antonio Ubillos, Amelia, Ernesto, Nilda y Armando Chifflet Gramática.

E. En 1906 Eduardo Acevedo afirmaba: *"Tenemos una enseñanza primaria y enseñanza preparatoria (aunque se llame secundaria, es preparatoria); no tenemos verdadera enseñanza media, faltándonos los liceos que en Europa y en Norte América responden a ese fin."* (1)



Carolina Gramática de Chifflet en 1940, un año antes de su muerte.

Cinco años después José Batlle y Ordoñez elevó a la Asamblea General un proyecto de Ley para crear liceos en cada una de las diez y ocho capitales departamentales (3), y un fondo para otorgar a sus mejores alumnos becas de 30 pesos mensuales para que pudieran continuar sus estudios pre-universitarios en Montevideo.

En febrero de 1912, decretó la instalación de un liceo departamental en nueve

ciudades capitales del interior, entre ellas Mercedes.

En ese año, Armando y Abel Chifflet tenían respectivamente 11 y 8 años, las edades apropiadas para aprovechar aquella facilidad y realizar los estudios liceales inmediatamente después de finalizados los primarios.

Los cursaron en el liceo departamental de Soriano, que hoy lleva el nombre de José María Campos, el director de entonces.


Abel Chifflet en su Primera Comunión.

Merece señalarse que estos estudios liceales deben haber sido de muy buena calidad informativa y formativa. Suelen iniciar la marcación de muchas características que se aprecian en el resto de la vida, y Chifflet constantemente mostró a familiares, allegados y en sus escritos, indicios claros de una cultura profunda y diversa que seguramente encontró allí algunas de sus primeras e importantes raíces.

F. Por influencia de su madre, fue monaguillo y tomó la primera comunión, de la que se conserva una fotografía. Más adelante en su vida se deshizo de toda vinculación confesional con organizaciones religiosas, aunque mantuvo relaciones muy estrechas con monjas y con sacerdotes católicos y con miembros de la colectividad judía.

G. Hasta que a comienzos de la década de 1920 vino a Montevideo a estudiar, nunca salió de la zona de Mercedes [(9)].

## 8.- LOS OTROS HERMANOS CHIFFLET GOTELAND Y SUS DESCENDIENTES MÉDICOS

Formaron sus respectivas familias y tuvieron una descendencia muy numerosa de la que no interesa hacer su descripción completa porque excede el objetivo de esta biografía, sino sólo destacar que en las sucesivas generaciones hubo y hay un total de catorce médicos, cuyas relaciones genealógicas se pasan a señalar a grandes rasgos.

**Francisco Chifflet Goteland** se casó con Petrona Salvo. Dos de sus tataranietos son médicos.

**Donato Chifflet Goteland** se casó con Clementina Ruggia. Tuvieron tres hijos: Carlos, José Silvestre y Julio. José Silvestre tuvo tres hijos médicos, los que a su vez fueron padres de médicos: Carlos (anestesista de Abel, y padre de una médica), José Luis (médico que ejerció en Piriápolis y tuvo tres hijos médicos), Rafael (médico que ejerció en Tala y luego dirigió el Carnet de Salud). Por su parte Julio, anatomista y cirujano que ejerció en Florida, tuvo dos hijos médicos.

**María Marta Chifflet Goteland** se casó con Ángel Ruggia y tuvieron cuatro hijos. Uno fue Clemente, afincado en Mercedes, luego en Fray Bentos y finalmente en Montevideo; fue Ministro de Instrucción Pública y uno de sus hijos es neuropediatra. Otro fue Heraclio, padre de una médica.

## Referencias bibliográficas

**1.- Acevedo E.**
"La enseñanza universitaria en 1906". Informe.
Montevideo. El Siglo Ilustrado. 1907. 503 págs.

**2.- Anónimo**
Armando Chifflet. Obituario.
Revista Histórica de Soriano. 1963; 8: 34.

**3.- Batlle y Ordoñez J.**
Fundamentación del proyecto de ley creando los liceos departamentales 4/may/1911.
http://bralich.com/otros05.htm

**4.- Belloso R.A.**
Discurso en el homenaje a Chifflet en el Sanatorio Americano. Julio de 1969.
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**5.- Caetano G, Rila J.**
Historia Contemporánea del Uruguay.
Montevideo. CLAEH. Editorial Fin de Siglo. 2005.

**6.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet de Lodron. 2011.

**7.- Chagas J, Trullen G.**
Guillermo Chifflet. El Combate de la Pluma.
Montevideo. Rumbo. 2011.

**8.- Chifflet A**
Equinococosis (Quiste Hidático)
Montevideo. Imprenta Mercant. 1936.

**9.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945.
Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**10.- de Jaime Lorén J. M.**
Tisana del Doctor Chifflet. (Besanzón, 1588 - 1673).
Universidad Cardenal Herrera-CEU (Moncada, Valencia, España)(Agosto de 2010) http://www.uch.ceu.es/principal/eponimos_cientificos/eponimos/CHIFFLET.pdf

**11.- Familia Chifflet - de Lodron.**
Documentos y testimonios.

**12.- Fernández J.**
Los Fernández de Cañedo de España y los Chifflet de Francia y Uruguay. Información sobre Juan Chifflet.
http://familytreemaker.genealogy.com/users/f/e/r/Juan-Fernandez-Florida/WEBSITE-0001/UHP-0155.html

**13.- Girard B.**
La Familia Chifflet.
http://www.racinescomtoises.net/?La-Famille-Chifflet

**14.- Hourcade Leguizamo E.**
Saladero del Medio.
Centro Histórico y Geográfico de Soriano.

**15.- Lockhart W.**
Historia de la Medicina en Soriano.
Montevideo. S.n. 1965.

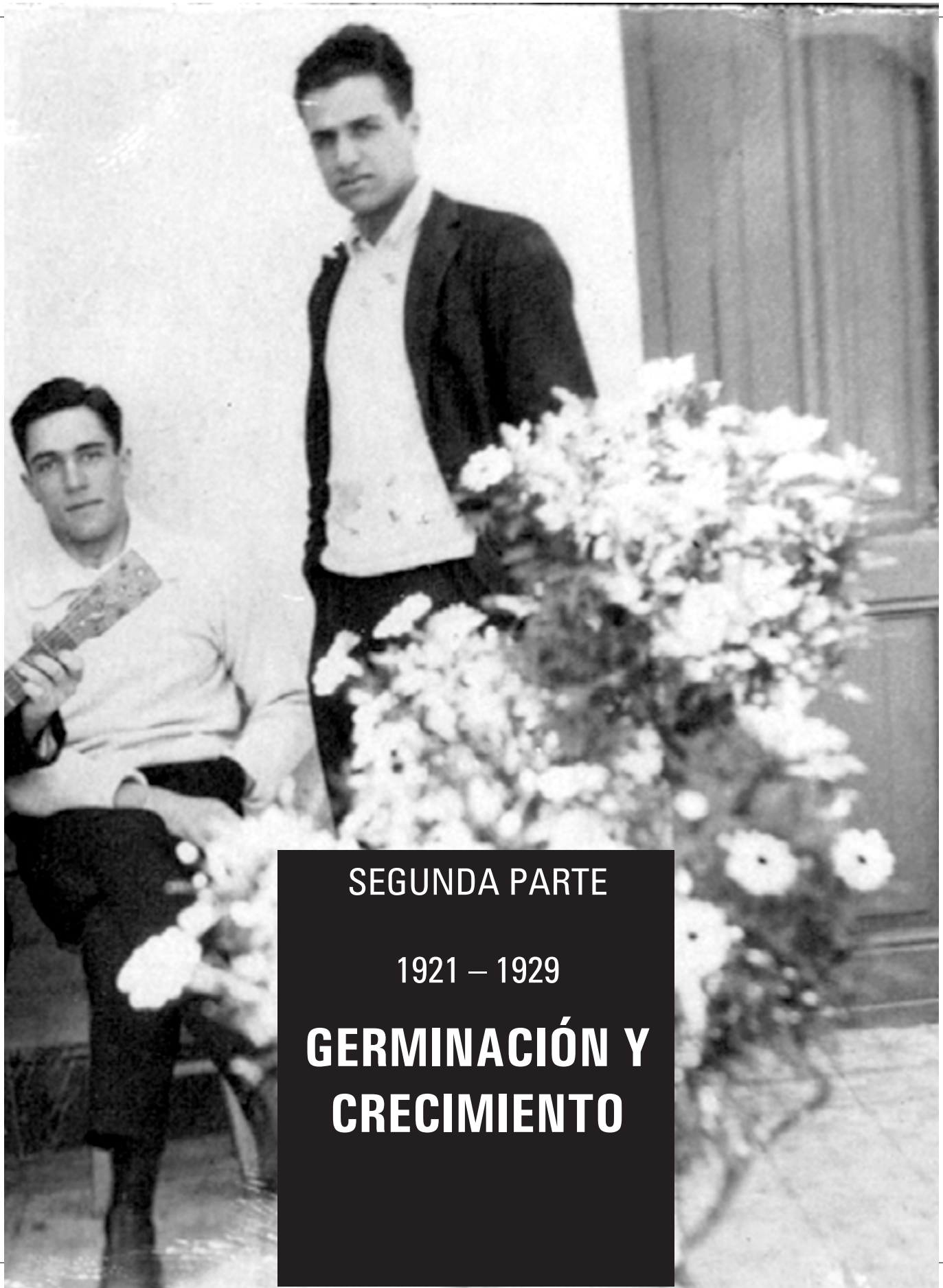
**16.- Maquieira G.**
Documentos y testimonios.

**17.- Sánchez F.**
M'hijo el dotor.
Teatro. Tomo I. Montevideo. Biblioteca Artigas. Colección de clásicos Uruguayos. 1967.

**18.- Turnes A.**
Algunos hechos de la Psiquiatría Forense en Uruguay. 2009.
http://www.mednet.org.uy/dml/actividades/plf09_turnes.pdf

**19.- Turnes A.**
Datos sobre Abel Ireno Zamora.
Inéditos.

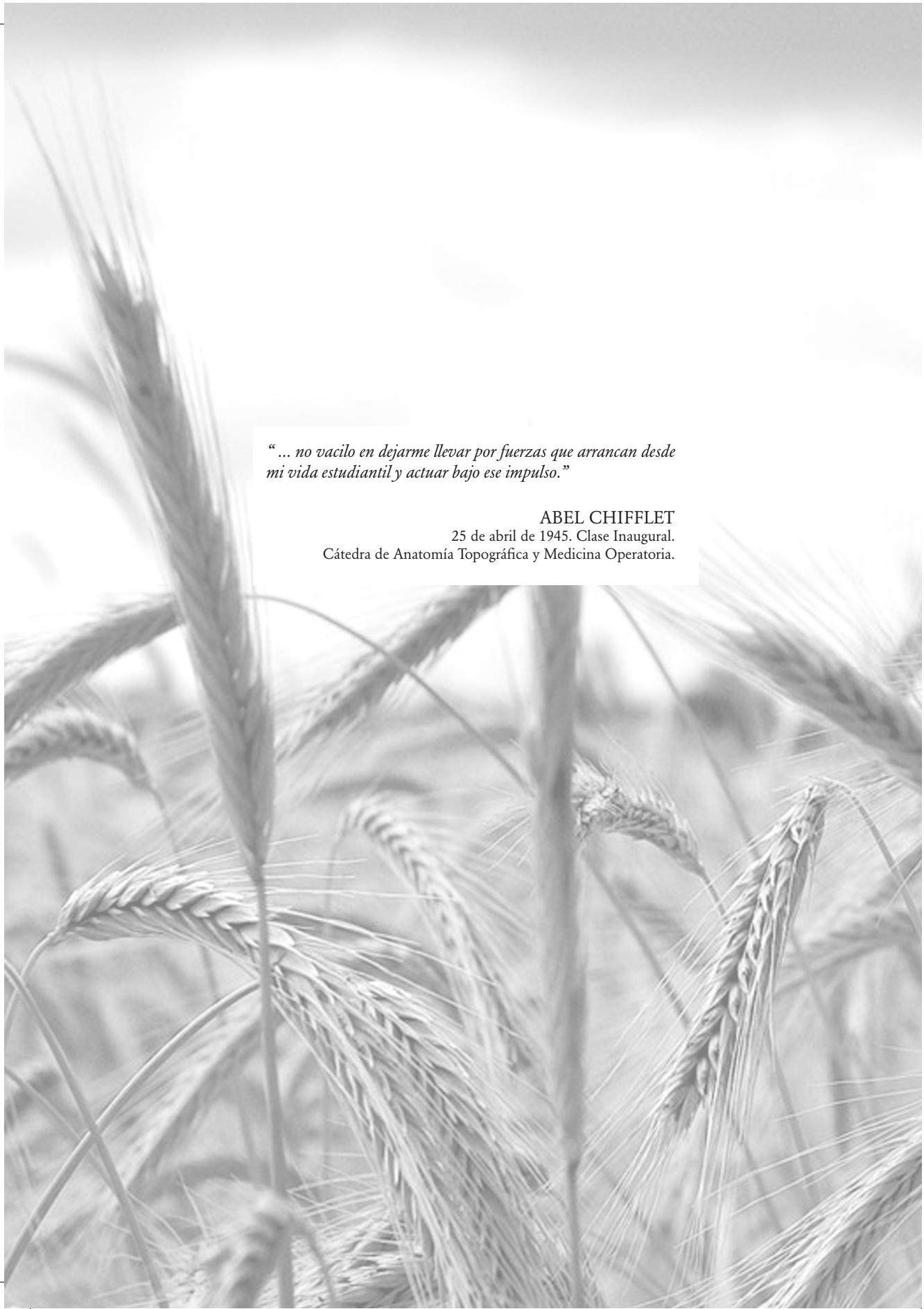




SEGUNDA PARTE

1921 – 1929

# GERMINACIÓN Y CRECIMIENTO



*" ... no vacilo en dejarme llevar por fuerzas que arrancan desde mi vida estudiantil y actuar bajo ese impulso."*

ABEL CHIFFLET
25 de abril de 1945. Clase Inaugural.
Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

CAPÍTULO 3

# ESTUDIANTE DE CAMPAÑA EN MONTEVIDEO

**Sumario**

**1.- EL MUNDO Y URUGUAY HACIA 1921**
**2.- ¿POR QUÉ DESPUÉS DEL LICEO ABEL CHIFFLET, Y SU HERMANO ARMANDO, DECIDIERON REALIZAR ESTUDIOS DE NIVEL SUPERIOR?**
**3.- LA CIUDAD DE MONTEVIDEO EN QUE VIVIERON ESTOS DOS JÓVENES MERCEDARIOS**
**4.- VIDA COTIDIANA DE ESTUDIANTE DE CAMPAÑA EN LA CAPITAL**
**5.- ESTUDIOS PRE-UNIVERSITARIOS: SECCIÓN ENSEÑANZA SECUNDARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO**
**6.- ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: FACULTAD DE MEDICINA**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

## 1.- EL MUNDO Y URUGUAY HACIA 1921

Eran los años posteriores a la Primera Guerra Mundial. En Europa había terminado la Belle Époque y el Imperio Británico debilitado cedía su liderazgo mundial a los Estados Unidos de América.

Uruguay tenía algo menos de 1.400.000 habitantes [33], y vivía la paz que siguió al conflicto de 1904. Desde 1919 tenía una nueva Constitución con un Estado administrador, un Poder Ejecutivo bicéfalo con un Presidente y un Consejo Nacional de Administración, un Poder Legislativo dispuesto a dar derechos políticos de la mujer, y Poder Judicial y Gobiernos Departamentales reorganizados [31] [34].

La rivalidad partidaria persistía en el Parlamento, en la prensa, y en algunos notorios hechos de sangre [21], pero el sufragio universal con garantías enseñaba a dirimir diferencias con las urnas, no con las armas [9].

La situación económica mundial favorable había permitido pagar la deuda de los conflictos del siglo anterior, pero por diversos factores la economía nacional había comenzado a deteriorarse [42].

## 2.- ¿POR QUÉ DESPUÉS DEL LICEO ABEL CHIFFLET Y SU HERMANO ARMANDO, DECIDIERON REALIZAR ESTUDIOS DE NIVEL SUPERIOR?

Las razones no se conocen.

Es probable que haya más de una y que su peso específico relativo nunca se pueda establecer.

En el plano de las hipótesis pueden enumerarse las que siguen.

### 1. NIVEL CULTURAL DE LA FAMILIA DE ORIGEN

Por lo menos en cuanto a estudios realizados, no parece haber sido particularmente destacado.

La familia de Abel Chifflet conserva el dato de que el abuelo Jean Guillaume posiblemente fuera médico. En todo caso, no hay constancia de que haya ejercido esa profesión en Uruguay. Además, cuando nació Abel él ya era muy anciano y murió antes que éste madurara lo suficiente como para que su influencia condicionara en forma directa y decisiva sus deseos de continuar estudiando.

Por el lado de los Gramática, el abuelo Pablo era artesano.

Las abuelas Paulina Goteland y María Porciris probablemente no hubieran siquiera completado los estudios escolares.

El padre de Abel, Juan Chifflet Goteland, vivió su juventud en la chacra de "El Rincón", cuando en Mercedes no se podían realizar estudios secundarios, y murió cuando Abel tenía dos años. Tampoco es posible que haya ejercido sobre él una influencia decisiva.

Los niveles culturales de los tíos franceses Donato (que por haber sido el padrino de bautismo de Abel puede haber tenido ascendiente algo mayos sobre él) y Francisco, y el de la hermana de éstos María Marta, probablemente fueran similares al de su hermano Juan.

Finalmente su madre Carolina Gramática recibía cartas de Abel cuando éste estaba en los Estados Unidos por lo que se puede pensar que por lo menos sabía leer.

### 2. DESEO DE ASCENSO SOCIAL Y ECONÓMICO

Era frecuente en las familias de inmigrantes o de su primera generación de descendientes y, en consecuencia, en todo lo que estaba a su alcance apoyaban a sus jóvenes para que estudiaran e hicieran una carrera universitaria, sin escatimar esfuerzos ni sacrificios para ello.

## 3. INFLUENCIA MATERNA

Tal vez al comprobar que la vida de su hijo Ernesto iba tomando un curso que la inquietaba, Carolina Gramática haya pensado que Abel y Armando debían tener una instancia educativa exigente que los disciplinara, y haya influido para ello.

## 4. INFLUENCIA DEL AMBIENTE LOCAL

A principios del siglo XX, Mercedes estaba sometida a las influencias culturales avanzadas de Buenos Aires, y contaba con salones, clubes, etc. que oficiaban de caja de resonancia y divulgación de múltiples aspectos de las ciencias, las artes, las profesiones, la industria, la política, etc., de los que se hacían eco la prensa y la opinión pública locales.

Por otra parte en ella estaban establecidos numerosos profesionales universitarios que constituían un ejemplo permanente, y en su ambiente pequeño y muy intercomunicado resonaban en forma por demás estimulante y tentadora, los logros alcanzados por muchos jóvenes mercedarios que habían decidido viajar a la capital del país para realizar estudios superiores.

– – –

Como se describe más adelante, en numerosos episodios de su vida Abel Chifflet demostró que era capaz de alcanzar los objetivos que se proponía.

Por ello, cualquiera haya sido la causa que le hizo tomar la decisión de continuar estudiando en la capital, su puesta en práctica constituye cronológicamente la primera evidencia de su carácter resuelto, y de su fuerte determinación.

– – –

En esa época, en todo el país, los estudios del nivel siguiente al liceal, el pre-universitario sólo se podía cursar en la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad de Montevideo. La Ley Orgánica Universitaria de 1885 había establecido que sus fines eran ampliar y completar la educación e instrucción que se daba en las escuelas primarias y preparar para el estudio de las carreras científicas y literarias.

Es obvio que también los estudios de nivel universitario sólo se podían realizar en la capital del país.

– – –

En consecuencia, a principios de 1921, Abel Chifflet con sólo diez y seis años de edad, se trasladó a Montevideo. Lo acompañó su hermano Armando.

Inició así un período difícil de su vida.

Lo enfrentó con claridad de propósito, sin claudicaciones y avanzó en forma completamente regular en el alcance del objetivo que se había trazado. Y lo logró nueve años después, a fines de 1929, cuando luego de una carrera brillante, a los veinticinco años de edad obtuvo su título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Diez y seis años después repasó en solitario este período y concluyó que *"Mi juventud tuvo en …"* esa *" … vida libre como ninguna, escuela de hombría, la fragua donde se formaron mis caracteres de hombre."* (11)

Esto es lo medular, lo único que es imprescindible conocer de esta etapa de su vida.

Pero cuando se la relaciona con su contexto histórico y con datos documentales de la Facultad de Medicina y testimoniales de contemporáneos y familiares, se la puede reconstruir en forma mucho más completa y explícita.

## 3.- LA CIUDAD DE MONTEVIDEO EN QUE VIVIERON ESTOS DOS JÓVENES MERCEDARIOS

Como se señaló en el capítulo anterior, hasta su traslado a Montevideo Abel Chifflet nunca había salido de su región natal. Sus puntos de referencia por tanto eran la chacra de "El Rincón" y la ciudad de Mercedes, una población tranquila, mediterránea, recostada a un río y más de treinta veces más pequeña que Montevideo.

Él y su hermano viajaron a la capital del país en ferrocarril.

La experiencia inicial debe haber sido deslumbrante, y posiblemente intimidante.

Se puede imaginar la sucesión creciente de fuertes emociones que al acercarse a destino habrán experimentado al pasar por las estaciones de Colón, de Sayago, de Yatay, y de Bella Vista (hoy Lorenzo Carnelli) con una vista fugaz de la bahía con la península, la Ciudad Vieja y el Cerro. Que estas emociones alcanzaron su clímax poco después, con el arribo al imponente edificio de la estación del Ferrocarril Central del Uruguay que ya tenía casi un cuarto de siglo.

Y que al salir de ella, Montevideo debe haberles parecido un lugar en que la vida era singularmente agitada, en ebullición, con sus 485.000 ha-

bitantes, el ruido de los tranvías, de los carros sobre el adoquinado, de los automóviles y de los pitos de las locomotoras y fábricas.

Además era una ciudad muy extendida: la distancia del Centro a Carrasco era el triple de la de Mercedes a la chacra de "El Rincón".

Poseía varios núcleos separados por zonas relativamente despobladas.

En la península se destacaba la Ciudad Vieja con sus numerosos edificios de varias plantas, con su extenso puerto con sus muelles, grúas y grandes barcos, en el que se estaba construyendo el masivo edificio de la Aduana que se inauguraría dos años después (1923). Junto a ella sus agregados la Ciudad nueva y la Ciudad novísima. Del otro lado de la península el estuario del Río de la Plata, con su larga cadena de playas, y con la sorprendente particularidad de que su orilla opuesta no era visible.

**LA CIUDAD VIEJA, NUEVA Y NOVÍSIMA DE MONTEVIDEO EN 1920**

Algunos aspectos de la urbanización

- En la Plaza Independencia ya no quedaban vestigios de la Ciudadela y se había retirado el monumento a Joaquín Suárez que se había instalado en su emplazamiento actual. En la esquina sur-oeste de 18 de julio y Andes, todavía estaba el bar La Giralda en el que en 1916 se había estrenado la música de lo que luego fue el famosísimo tango "La Cumparsita".
- Existían otras compañías de ferrocarriles como la del "Ferrocarril del Norte" a Santiago Vázquez cuya estación estaba donde hoy se encuentra el "Palacio de la Luz", y la del ferrocarril a Minas cuya estación estaba en la esquina de La Paz y Julio Herrera y Obes.
- En 1911, por la presión del crecimiento hacia el este, en el campo de Pereira o campo chivero, habían comenzado las plantaciones de árboles para crear un gran parque para la ciudad, diseñado por el paisajista francés Charles Thays. Inicialmente fue llamado Parque Central y luego, en 1918, Parque de los Aliados. En 1920, con sus árboles todavía pequeños y su entorno que sólo tenía el Hospital Italiano y parte del Hospital Pereira Rossell, lucía bastante desolado.

Avances en transporte y comunicaciones.

- Desde 1884 había teléfonos (unos 15.000 en 1920), desde 1901 automóviles, desde 1905 taxímetros "a motor", y desde 1906 tranvías eléctricos.
- En 1919 había llegado a Montevideo el primer aeroplano comercial tripulado por el Mayor Shirley G. Kingsley, que podía transportar dos pasajeros en una cabina cerrada detrás de la plaza del piloto.
- En 1921 comenzaron las primeras transmisiones radiales.

Los otros núcleos urbanos periféricos en desarrollo y progresiva confluencia con el núcleo original de la ciudad eran:

- Recostados sobre el perímetro de la bahía, por sectores arenoso y en otros con pequeñas barrancas, la Aguada, Arroyo Seco (desde 1899 con su central de generación eléctrica), Capurro (con su parque y playa), la Teja (con sus canteras, sus fábricas de ladrillos, sus varaderos, su puente giratorio sobre el arroyo Pantanoso, y todavía sin su refinería de petróleo que se comenzó a montar en 1935), y el Cerro (con su fortaleza, su farola, su población obrera, sus viejos saladeros y sus nuevos frigoríficos).
- Hacia el norte el Prado, el Paso del Molino con sus comercios, Sayago, Colón y Lezica con sus grandes residencias, y Melilla con sus chacras.
- Hacia el este La Unión y, sobre la costa, los balnearios: Ramírez, de los Pocitos (con su gran hotel construido sobre una plataforma), Buceo, y los más nuevos y alejados de Malvín y Carrasco.
- Hacia el oeste algunas playas de río, Santiago Vázquez con su matadero y su ferrocarril, y la desembocadura del Santa Lucía con su puente metálico giratorio en construcción (se inauguró en 1925 acortando el camino al litoral)

Los paseos por el Prado y por la playa de los Pocitos, las tardes en el parque Capurro (cuyas luces lejanas brillaban en la noche a través de la bahía y al que se accedía por una línea de tranvías de La Trasatlántica), y la llegada de los barcos al puerto atraían a los sorianenses, que siguiendo la costumbre mercedaria, paseaban en grupos descubriendo lo que la ciudad les ofrecía [(12)].

## 4.- VIDA COTIDIANA DE ESTUDIANTE DE CAMPAÑA EN LA CAPITAL

Para la reconstrucción de la parte de esta vida que corresponde a los estudios pre-universitarios y universitarios de Abel Chifflet, se han utilizado datos de diversas fuentes.

### A.- LA DESCRIPCIÓN DE CROTTOGINI [(39)]

Juan José Crottogini Darré era oriundo de Fray Bentos. Nació cuatro años después que Chifflet, y conocía Montevideo porque a los 10 años de edad lo había visitado con sus padres.

A los 15, aún de pantalón corto, se trasladó a Montevideo a estudiar Medicina. En el ferrocarril conoció a Mario Cassinoni que también venía a estudiar Medicina e iniciaron una amistad que duró toda la vida.

Crottogini vivió sus primeros años de estudiante montevideano en una casa de la calle Lavalleja y Minas, al cuidado de las cinco hermanas de su padre, tres de las que eran maestras.

Pero hizo mención a una pensión ubicada en 18 de Julio frente a la Universidad, y por tanto muy cercana a la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad, en la que inicialmente vivió Cassinoni. Es posible que mientras Armando y Abel Chifflet hicieron sus dos años de estudios preuniversitarios también hayan vivido en ella.

Estando ya en Facultad de Medicina, Crottogini pasó a vivir en una pensión estudiantil o "cotorro". Él posteriormente dijo que esta palabra le sugería algo así como jolgorio, es decir una diversión bulliciosa; actualmente se incluye en el Diccionario del Español del Uruguay, como denominación de una vivienda modesta de hombre soltero.

La pensión estaba en la esquina de las calles Hocquart y Batoví, a cuadra y media del Palacio Legislativo y a tres de la Facultad de Medicina.

Allí vivían cinco o seis estudiantes de Medicina, uno de Odontología y otro de Química.



Compañeros de Abel Chifflet en las pensiones (I). 1924. Juan J. Crottogini a los 16 años con su primer traje y "rancho de paja" posando en el Parque Rodó.
(Tomado de Silva A. Prof. J. J.Crottogini. Una vida alumbrando vida. Montevideo. 2004).

Según su testimonio, entre los primeros inicialmente estaban:

- Abel Chifflet.
- José Luis Roglia, mercedario, un año mayor que Chifflet, que luego fue un pionero de la cirugía cardíaca en el medio.
- Werner Liessang de Fray Bentos, anatomista y cirujano que se radicó en Dolores.

Luego se sumó Cassinoni.

Aunque Crottogini no lo aclara, seguramente el estudiante de Química era Armando Chifflet.

**LA IMPORTANCIA DE VIVIR JUNTO A UN ESTUDIANTE MÁS ADELANTADO**

Para Crottogini fue muy importante estudiar con una persona más "veterana" como Chifflet. Éste todavía no se había recibido, pero ya había sido Disector, y era Practicante Interno.

A los pensionistas más "novatos" les daba consejos muy importantes y les prestaba revistas científicas extranjeras que les permitían aprender cosas que de otra manera no estaban a su alcance.

Pero además imponía disciplina.

Varios de estos estudiantes pensionistas señalaron que a pesar de ser el menor de los hermanos Chifflet, Abel ejercía un liderazgo natural de hermano mayor sobre todo el grupo al que "capataceaba".

Por ejemplo, después del almuerzo los obligaba a dormir exactamente 20 minutos de siesta. Crottogini señaló que nunca entendió por qué no eran 19 ni 21 minutos, pero que esa experiencia le enseñó la importancia de un descanso a mitad de jornada, porque aunque no se durmiera se acumulaban energías para el resto del día.

– – –

En el área geográfica centrada por la Facultad de Medicina había otras casas en que se albergaban estudiantes. Crottogini mencionó tres:

- A una de ellas la llamaban "La Alcaldía"; estaba en la calle Justicia cerca de Reus. No era una verdadera pensión como las otras, sino una casa que alquilaban entre todos, y que a veces también daba albergue a estudiantes conocidos que circunstancialmente estaban sin dinero. Sus habitantes ocupaban "cargos":
  - Roberto Irigoyen de Fray Bentos. ("El Alcalde").
  - José Pedro Cardoso Echeverry, rochense un año mayor que Abel Chifflet que sería psiquiatra y político. ("El Juez").
  - Bonilla de Florida. ("El Poeta").
  - Rincón Artigas, padre de José Artigas, traumatólogo ("El General").
  - Lorenzotti de Soriano.
- A otra que llamaban "La Abadía", que tenía tres pensionistas:
  - Lauro Cruz Goyenola (que luego sería secretario de Frugoni, cuando éste fue embajador del Uruguay en la Unión Soviética).
  - Valentín Cossio, también procedente de Treinta y Tres.
  - Abdo.
- Y finalmente una tercera, ubicada en Concepción Arenal cerca de San Martín donde más adelante vivió Crottogini.

Otros estudiantes del interior que en esa época vivían en pensiones eran Héctor Ardao, Germán Mernies y José Pedro Otero.

– – –

Para su alimentación los estudiantes concurrían a un lugar cercano donde había una señora llamada doña Adriana que cocinaba. Crottogini la describió como muy bondadosa, una especie de madre de una gran colectividad de estudiantes.

– – –

Los "centros cívicos" de la zona eran la Estación Goes y el Café Vaccaro.

Pero, sobre todo, otro bar que quedaba equidistante de todas estas pensiones. Estaba ubicado en General Flores, a una cuadra de la Estación Goes; allí también estaba la sede del club de fútbol Sudamérica.

Los estudiantes del interior trabajaban duramente toda la semana.



Compañeros de Abel Chifflet en las pensiones (II). Chifflet con dos estudiantes de Medicina (fecha desconocida)..

Cuando Crottogini cursó Enseñanza pre-universitaria, además de los estudios curriculares, concurría asiduamente al liceo nocturno que funcionaba en el mismo edificio, tomaba apuntes, e intervenía para obligarse a atender.

Competía con sus compañeros para obtener las mejores calificaciones.

Crottogini y su compañero José "Pepito" Estable, futuro Profesor de Farmacología y Director del Hospital Maciel, iban a Villa Dolores y al Museo de Historia Natural, al lado del Teatro Solís, para conocer mejor los animales, y a veces al Parque Rodó donde con las recién aparecidas hojitas de Gillette cortaban flores para estudiar su constitución.

Los estudiantes de las pensiones comunicaban a sus familias el resultado de cada examen con telegramas. Éstos eran caros: 40 centésimos las 10 primeras palabras y 3 centésimos cada una de las siguientes; por eso eran cortos. Pero el sacrificio económico de enviarlos era una forma de retribuir lo que la familia hacía por ellos.

– – –

Para Crottogini, estas pensiones eran casas absolutamente serias.

Tenían su responsable.

Sus pensionistas eran jóvenes de un buen nivel cultural y moral, que al carecer del soporte que disponían en sus pueblos natales, se apoyaban mutuamente, se afirmaban cultural y socialmente, y formaban un hogar basado en la fraternidad.

Tuvieron mucho valor para el aprendizaje, porque les permitían estudiar con alguien mayor, más veterano, que dirigía las actividades, y los



Compañeros de Abel Chifflet en las pensiones (III). 12 de diciembre de 1929. Campeones universitarios de fútbol en la cancha de Fénix (Capurro). De izq. A der.: Héctor Ardao, Raúl Castro Paullier y Juan J. Crottogini (Tomado de Silva A. Prof. J.J.Crottogini. Una vida alumbrando vida. Montevideo. 2004).

inducía a mejorar. Servían de centros a los compañeros de otras pensiones que venían a visitar, a hacer consultas, o a pedir libros o apuntes.

Las pensiones les aportaron una vertiente no curricular de la enseñanza de la vida, e hicieron que quienes vivían en ellas, poseedores al inicio de un pensamiento político dispar, desarrollaron inquietudes en un sentido más o menos común del cogobierno universitario, con una mayor participación del alumnado en las decisiones. Este sentido, expresado en la Asociación de Estudiantes de Medicina, fundada en 1915, y en el Centro de Estudiantes de Derecho, antecedió a la Reforma Universitaria de Córdoba [(39)].

– – –

Los fines de semana la distracción era ir a pie a Punta Carretas a jugar al fútbol.

Se conserva un carné expedido por la Asociación Uruguaya de Fútbol el 21 de junio de 1924 que testimonia:

- que Abel Chifflet estaba afiliado como jugador con el número AFBL. ¿Es que realmente lo apasionaba la práctica de ese deporte, o simplemente le permitía aprovechar las ventajas de ser socio?
- que se domiciliaba en la calle Bequeló 2315. La calle ¿fue elegida o sólo constituyó una evocadora coincidencia?

En esa época cursaba el segundo año de Facultad; la fotografía lo muestra serio y atento y deja ver que estaba prolijamente vestido con camisa probablemente de cuello duro, corbata y saco.

Así se lo ve en otras fotografías de esa época.

Compartir las preocupaciones del trabajo o el devenir de los estudios hacía nacer y crecer la amistad entre estos jóvenes del interior ocasionalmente montevideanos.

A medida que se prolongaba la estadía en la capital, se agigantaba la añoranza de su terruño, y se reunían en la Asociación Soriano, hoy Club Soriano, donde los feriados largos organizaban excursiones a Mercedes, o en algún café céntrico para conocer noticias de su pago o intercambiar sus experiencias cotidianas [12].



1924. Foto del carné de Abel Chifflet como afiliado a la Asociación Uruguaya de Fútbol.

– – –

La familia de Chifflet recuerda otros dos datos de sus actividades grupales de esta época que alguna vez él mencionó sucintamente [19]. Por ejemplo que junto con Héctor Ardao y Juan J. Crottogini viajaba al interior integrando cuadros de fútbol, y que hacían prácticas de tiro.

– – –

¿Cómo se sostenían económicamente?

Crottogini, tal vez Chifflet aunque no se refirió a ello, y los mejores estudiantes, mientras hacían los dos años de estudios preuniversitarios recibían la beca del gobierno de 30 pesos mensuales.

| **Algunos precios como referencia** | |
|---|---|
| • abono del tranvía [39] que permitía combinaciones | $ 2.00 |
| • en 1923 [14] : | |
| - numero del Estudiante Libre | $ 0,02 |
| - estetoscopio y esfigmomanómetro Vaquez-Laubry | $ 1.00 |
| - Anatomía de Gregoire | $ 9,00 |
| - microscopio Leitz | $ 250.00 |
| • en 1928 [15]: | |
| - bombilla eléctrica | $ 0,35 |
| - viaje en taxímetro | $ 1.00 |
| - servicio telefónico (costo mensual de la Asociación de Estudiantes de Medicina) | $ 3,50 |
| - alquiler mensual de la casa de la Asociación de Estudiantes de Medicina en la calle Juncal | $ 80,00 |

Probablemente las estrecheces económicas que Chifflet padeció cuando estudiante hicieron que siempre se mostrara preocupado por evitar el despilfarro innecesario.

Escribía sus apuntes en el dorso de hojas escritas o impresas en una de sus caras.

Más adelante, en el Sanatorio Americano enseñaba a las mucamas o cocineras que el máximo de calor de la llama estaba en la punta por lo que los mecheros de gas debían abrirse de modo que la punta de la llama llegara al fondo de las ollas, sartenes o calderas, sin excederse de ese punto.

– – –

Como al terminar este ciclo de estudios se dejaba de percibir la beca, algunos estudiantes buscaban un trabajo hasta que ganaran algún concurso para un cargo rentado en la Facultad de Medicina.

Crottogini lo encontró en el Telégrafo Nacional en la calle Sarandí entre Misiones y Treinta y Tres. Ganaba $40 mensuales, y con enormes esfuerzos le permitió continuar estudiando. Además le hizo conocer a diferentes tipos de gentes entre ellas a famosos jugadores de fútbol del momento de los que se hizo amigo, y a Francisco Piria, dueño de la casa La Industrial que estaba al lado del Telégrafo.

No hay datos respecto a que Chifflet haya tenido algún trabajo en el período entre 1923 en que supuestamente dejó de percibir la beca y 1925 en que obtuvo su primer cargo rentado de Ayudante de Disección del Instituto de Anatomía. La situación económica debe haber sido muy estrecha, pero probablemente con su previsión haya vivido de algún dinero que hubiera ahorrado.

Alguna vez sus colaboradores le oyeron decir que cuando vino a Montevideo, su madre le dio una moneda de oro como reserva para contingencias y que nunca la utilizó.

Su sobrina Carolina Calo señaló que en la familia se recuerda que todas las semanas en Mercedes la madre y la abuela iban a la estación del ferrocarril a mandarles a él y a Armando una canasta de alimentos [8]. Y su familia sabe que durante toda la carrera usó el mismo sobretodo [19].

Esta estrechez lo acostumbró a la vida austera, a no dilapidar aún cuando ya, por estar consagrado en su profesión, su situación económica pasó a ser desahogada.

## B.- LA DESCRIPCIÓN DE ABEL CHIFFLET (11)

La descripción de Abel Chifflet sobre esta vida de estudiante de campaña en Montevideo es coincidente con la de Crottogini, pero es más conceptual y menos detallada.

*"Mucho sabe la gente de esta vida a la que tanto se ha cantado. La alegría, el ambiente de juventud, las jornadas deportivas, las aventuras amorosas, constituyen el caudal de libros y comentarios.*

*Pero estas manifestaciones son sólo el follaje que oculta en el silencio el tronco y la ramazón de la verdadera vida del estudiante del interior. Muchas páginas en blanco esperan la pluma para desentrañar el ramaje oculto de esa vida.*

*Están allí, como en todos los estudiantes, los cursos a ganar, los exámenes, los concursos; pero hay, además, problemas de vivienda y comida; dificultades con la dueña de la pieza que se habita y con el fondero que retacea la comida.*

*El desconocimiento de la ciudad, la falta inicial de lazos afectivos, lejos del hogar, cuando a los 16 años nunca se salió de su pueblo, crean una individualidad recia en el joven estudiante. Su juventud le da a todas esas dificultades un ropaje ameno y bullanguero como la frondosidad de primavera a nuestros troncos espinosos. Pero en el silencio de sus problemas el estudiante de campaña tiene en su compañero de pieza o de pensión un amigo, con quien compartirá todas sus desdichas. Y así se amasa el espíritu de colaboración, de tolerancia y respeto, que son las condiciones más preciadas del hombre, al calor del empuje juvenil que es fermento, es acción, es rebeldía.*

*Rindo, en este momento solemne, homenaje a los compañeros de mi vida de estudiante … ; y hago público el deseo de que llegue a mis hijos, el divino privilegio de poder edificar, como yo, la vida, junto a compañeros que serán, como lo fueron para mí, hermanos en el dolor y en el triunfo."*

En forma muy sintética también señala que en esa etapa se inició en algo no menos importante: las actividades gremiales estudiantiles.

*"… saliendo de los rincones de nuestras piezas de estudiante, donde aprendimos del compañerismo y la amistad, fuimos a templar el carácter en las lides estudiantiles."* (11)

– – –

Al leer estas frases, quienes han vivido experiencias como ésta no pueden dejar de reconocer la precisión de la observación que describe muy gráficamente, con el ejemplo de un árbol que probablemente sea un espinillo, los tres principales componentes de esa insustituible y recia experiencia vital:

- Lo positivo que es su frondoso follaje exterior primaveral: alegría, bullicio, amores, deportes, amistades, y el descubrimiento de las primicias del nuevo lugar.

- Lo negativo representado por el tronco y la ramazón espinosos: las obligaciones del estudio, las dificultades con el alojamiento, la comida y la ropa, y el desconocimiento del medio.
- Las reacciones de adaptación al calor de la rebeldía y a la falta de lazos afectivos, encontrando en los compañeros de pensión, hermanos en el dolor y el triunfo y nuevos amigos confiables, tolerantes y solidarios para toda la vida.

## C.- ALGUNOS DATOS APORTADOS POR HÉCTOR ARDAO

Héctor Ardao era tres años menor que Chifflet.

Como consta en el libro que publicara recientemente Antonio Turnes [(43)], Ardao era el segundo de diez hijos de un inmigrante gallego que con gran esfuerzo logró tener un almacén y una fracción de campo en la zona de Barriga Negra, departamento de Lavalleja.

El joven Héctor hizo los estudios de Enseñanza Primaria en la escuela rural de su zona natal y los de Liceo en la ciudad de Minas; luego vino a Montevideo se graduó de médico y fue anatomo-patólogo, pionero de la Cirugía Reparadora, Profesor Agregado de Chifflet y Profesor de Clínica Quirúrgica.

Cuando estudiante Ardao vivió en una de las pensiones cercanas a la Facultad.

Años después relató a sus hijos algunas cosas, escasas pero muy elocuentes, sobre esa parte de su vida.

Que la primera vez que vino a Montevideo no se animaba a ir hasta el centro de la ciudad.

Que sus recursos eran escasísimos; tenía un solo par de zapatos, que reservaba para ocasiones importantes o formales, por lo que cuando se debía trasladar a pie usaba alpargatas.

Que la diversión principal de esa época era jugar al fútbol. Jugaba con Crottogini y fue capitán de los equipos de varios clubes.

Y que no eran santos. Cierta noche, junto con otros compañeros de la pensión, acostaron sobre las vías del tranvía una estatua o un macaco vestido con una túnica; cuando vino el primer tranvía debió detenerse y el "motorman" hacía sonar la campana y con gritos exhortaba al viejo tirado en la vía a que se levantara.

– – –

En 1945 Chifflet señaló que vivió como estudiante en pensiones *"hasta seis años después de recibir mi título de médico"* esto es hasta 1935 [(11)].

¿Siempre en la misma pensión?

**UN DETALLE CURIOSO Y SIN EXPLICACIÓN**

En las boletas de inscripción para ingresar a la Facultad y para diversos cursos y exámenes se registran varios domicilios de Chifflet:

| | | |
|---|---|---|
| 1923: | Nicaragua 1687 | |
| 1924: | Batoví 1180 | |
| 1925: | Bequeló 2315 | (letra de Chifflet) |
| 1926: | Abayubá 2848 | (letra de Chifflet) |
| 1927 y 28: | República 2071 | (letra de Chifflet) |
| 1929: | Hocquart 1507 | (letra de Chifflet) |

En las inscripciones para los últimos exámenes figuran República 2071 y Hocquart 3102.

Las boletas están escritas con letras muy diferentes, sólo algunas de las que parecen pertenecerle.

¿Fueron escritas por funcionarios de Bedelía? ¿Fue inscripto por compañeros que no conocían este dato?

Pero en una boleta del 5 de septiembre de 1929 para rendir Clínica de Niños y en dos boletas consecutivas del 4 de octubre de 1929 en las que la letra y la firma parecen suyas, inexplicablemente puso Hocquart 3102, 1431 y 1491.

No parece sensato pensar que a meses de recibirse y teniendo los ingresos del Internado y el Disectorado estuviera obligado a cambiar de domicilio con tanta frecuencia.

## 5.- ESTUDIOS PRE-UNIVERSITARIOS: SECCIÓN ENSEÑANZA SECUNDARIA DE LA UNIVERSIDAD DE MONTEVIDEO

Su familia cree que Abel Chifflet vino a Montevideo a estudiar Abogacía, pero que siguió Medicina porque no había cupo en aquella.

Sea o no cierto, ¿qué influencias obraron para que eligiera Medicina?

¿La lejana noción de que su abuelo paterno puede haber sido médico? ¿El conocimiento de algunos médicos de Mercedes? ¿Abel I. Zamora, que estaba en Montevideo y en 1924 ocupó la cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Derecho?

**MÉDICOS DE MERCEDES A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX [29]**

En un artículo publicado en la Revista histórica de Soriano en 1963 [4], están consignados algunos nombres de los médicos que actuaban en el Hospital de Mercedes a principios del siglo XX. Ellos eran: Vidal, Juan Chans, Ferreira, Manuel B. Nieto (cirujano, que llegó en abril de 1902 y luego fue jefe de la Cirugía de urgencia del Hospital de Caridad de Montevideo y director del mismo), R. Gallego (cirujano), y finalmente Rivara (fallecido precozmente, también cirujano, y principal factor de incremento de la Cirugía en el Hospital).

Un médico que actuó en Mercedes hasta 1922 y que por su bonhomía y capacitación merece unos párrafos aparte fue Salvador Eduardo Burghi. Nació en esa ciudad en 1874, en una familia humilde, con gran dificultad se formó en Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y en 1912 comenzó a ejercer en Mercedes donde ganó merecido prestigio y estima. En 1922 viajó a Europa y al regreso se estableció en Montevideo ejerciendo la pediatría y alcanzando el cargo de Profesor Agregado de Medicina Infantil en el Hospital Pedro Visca.

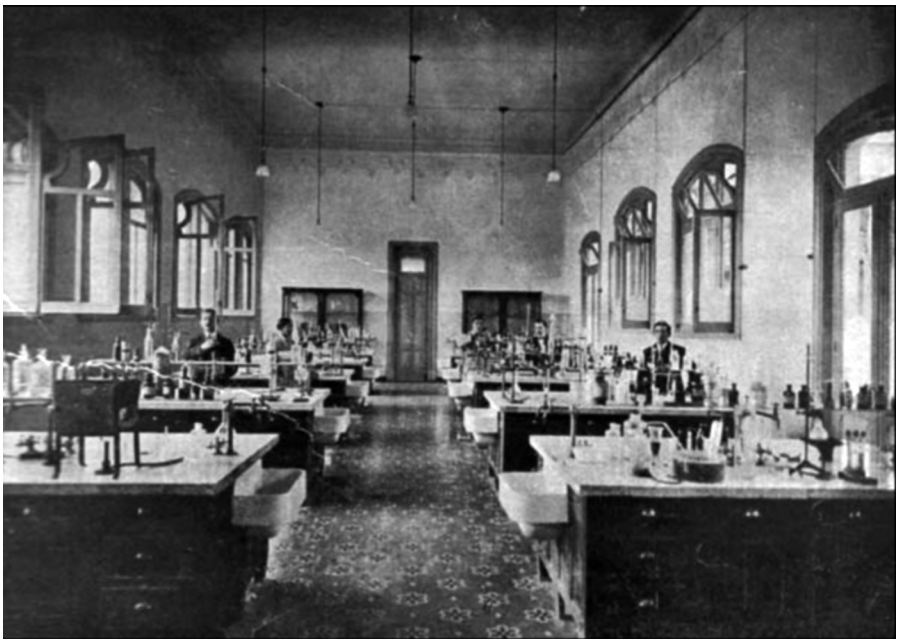
– – –

Desde 1911 la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad funcionaba en el imponente edificio construido especialmente para ella en la manzana delimitada por las actuales calles José Enrique Rodó, Eduardo Acevedo, Guayabo y Emilio Frugoni. Hoy es el completamente restaurado edificio del Instituto Alfredo Vázquez Acevedo. Esta enseñanza estuvo bajo la órbita de la Universidad hasta el 11 de diciembre de 1935 cuando se creó el Consejo de Educación Secundaria [(1)].

De esta etapa de los estudios de Chifflet se tienen muy pocos datos directos.



Aspecto del Edificio de la Sección Enseñanza Secundaria y Preparatoria de la Universidad de Montevideo en la época en que Chifflet estudió en él. Administración Nacional de Educación Pública. Historia de Secundaria http://www.ces.edu.uy/.../Historia_de_Secundaria.pdf





Biblioteca y Laboratorio de Química del edificio de la Sección Enseñanza Secundaria y Preparatoria de la Universidad de Montevideo. Administración Nacional de Educación Pública. Historia de Secundaria http://www.ces.edu.uy/.../Historia_de_Secundaria.pdf

Crottogini enumeró las causas de la profunda conmoción que experimentó cuando, unos años después que Chifflet, tuvo allí sus primeras experiencias como alumno [39]:

- Edificio imponente.
- Varios centenares de alumnos cuando en el lugar de origen apenas superaban la decena.
- Procedentes del interior. Se los clasificaba como paisanos, patucas o pajueranos (de "pa'juera").
- Desconocimiento de algunas cosas.
- En el interior se era un alumno conocido y en Montevideo se era una gota en el mar.

Para superar esa conmoción, Crottogini utilizó una doble estrategia:

- Acercarse y reunirse con quienes estaban en situación similar.
- Ganarse el lugar y la consideración y estableciendo la amistad con los otros compañeros, pasándoles apuntes, y destacándose en el estudio, en la participación en las clases, y en el deporte especialmente en el fútbol.

Es probable que Chifflet haya tenido experiencias similares, como señala esta anécdota que años después relató a su familia.

**EL GAS POR CAÑERÍAS [19]**

En una de las primeras clases prácticas de Quimica, en la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad, el Profesor señaló a los alumnos que debían ser especialmente precavidos en el uso de mecheros de gas.

Chifflet respetuosamente le preguntó a qué se refería y el Profesor, que ignoraba que su alumno no conocía la existencia de un suministro de gas por cañerías, puesto que en su ciudad natal no lo había, interpretó mal la pregunta y lo reprendió en forma severa, provocándole un profundo desconcierto.

Pero el profesor se informó o recapacitó, y al día siguiente en una actitud encomiable, públicamente le pidió a Chifflet disculpas por su exabrupto.

– – –

No fue posible encontrar el legajo de Abel Chifflet en la Bedelía del actual Instituto Alfredo Vázquez Acevedo, del que se hubiera podido extraer la lista de las materias y las notas de los exámenes.

Para cursar los estudios de Doctor en Medicina y Cirugía, la Facultad exigía el título de Bachiller en Ciencias y Letras.

En el legajo de Chifflet en la Bedelía de la Facultad de Medicina está el pase firmado el 5 de marzo de 1923 por el Decano de la Sección Enseñanza Secundaria y dirigido al Decano de la Facultad de Medicina. En él consta que *"el Sr. Abel Chifflet ha rendido en esta Sección, siendo aprobado, los exámenes de todas las asignaturas exigidas para seguir en esa Facultad los cursos de*

*Medicina"*; es decir que hizo y aprobó los estudios pre-universitarios en dos años, con toda regularidad.

En el mismo legajo hay un recibo de Tesorería de la Universidad de Montevideo en el que consta el pago de 50 pesos por los derechos del título de Bachiller. Llama la atención que corresponde al ejercicio 1930-1931, y está fechado el 20 de mayo de 1931. Una posible explicación es que si era beneficiario de una beca para los estudios pre-universitarios, Chifflet haya entendido que no debía pagarlos y que diez años después de cursarlos, siendo ya médico, haya debido hacerlo para permitir la realización de otros trámites.

## 6.- ESTUDIOS UNIVERSITARIOS: FACULTAD DE MEDICINA

Abel Chifflet se inscribió en la Facultad de Medicina el 24 de enero de 1923. Tenía 18 años.

En su ficha de Bedelía consta que ingresó el 1º de marzo de 1923, y que egresó el 16 de diciembre de 1929. Su carrera fue pues también muy regular y duró exactamente siete años.

### A.- LA FACULTAD DE MEDICINA EN LA DÉCADA DE 1920

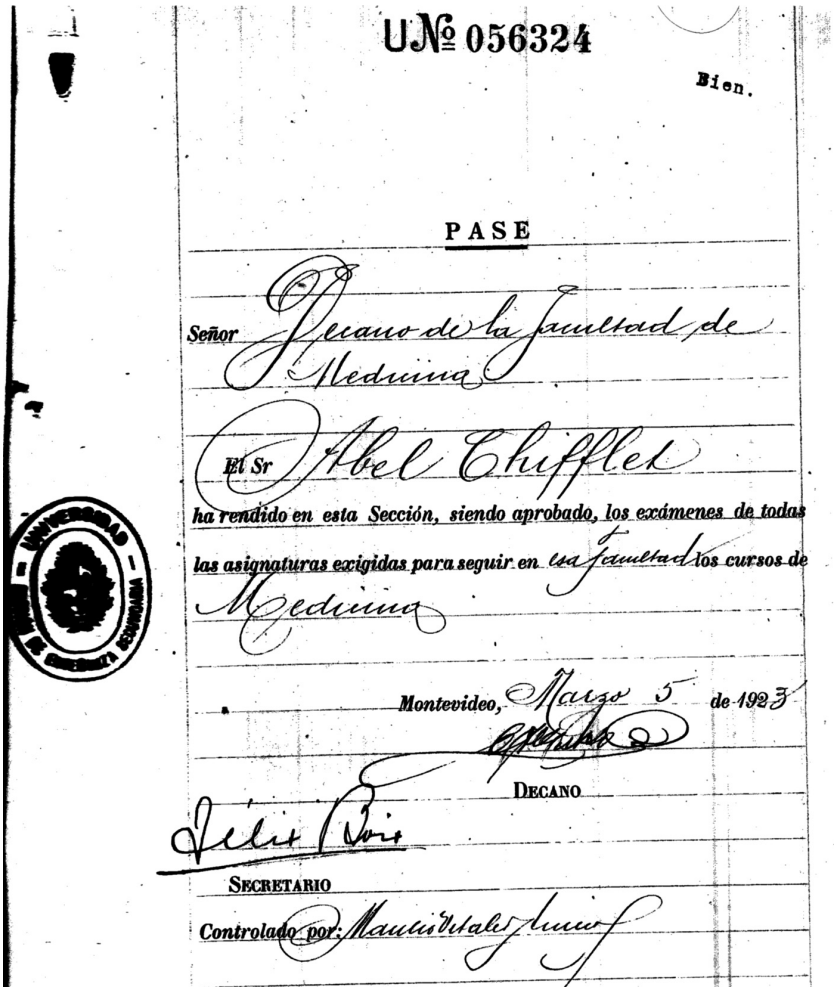
En 1923 la institución se llamaba Facultad de Medicina y Ramas Anexas de la Universidad de Montevideo. Ésta tenía otras dos Facultades, la de Derecho y Ciencias Sociales y la de Matemáticas, que luego daría origen a las Facultades de Arquitectura y de Ingeniería.

La Facultad de Medicina había sido fundada un poco menos de medio siglo antes. Hacía sólo 12 años que se había mudado desde su primitiva sede en la esquina de las calles Sarandí y Maciel en la Ciudad Vieja, al para entonces impresionante nuevo edificio de la Avenida General Flores terminado a fines de 1910, que imitaba a la vieja Facultad de Medicina de París en el Barrio Latino [(5)].

Junto con el edificio de la Universidad y el de la Sección Enseñanza Secundaria y Preparatoria de la misma, fue uno de los tres "Palacios" que testimonian la magnitud de la apuesta y el consiguiente esfuerzo económico que en aquella época el país hizo por la educación media y superior.

Por las "ramas anexas", el edificio principal de la Facultad de Medicina integra un conjunto con otros dos pabellones para el Instituto de Química y el de Higiene, al otro lado de la Avenida General Flores.

Hasta pocas décadas antes, en un terreno de cuarenta mil varas cruzado por el camino de la Figurita o de Goes (hoy Avenida General Flores) había



U.№ 056324

Bien.

**PASE**

Señor Decano de la Facultad de Medicina

El Sr Abel Chifflet

ha rendido en esta Sección, siendo aprobado, los exámenes de todas las asignaturas exigidas para seguir en esa Facultad los cursos de Medicina

Montevideo, Marzo 5 de 1923

DECANO

SECRETARIO

Controlado por: Mauricio Vitale Lima

1923 (5 de marzo). Pase de Abel Chifflet de la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad de Montevideo a la Facultad de Medicina.

estado la plaza Sarandí, el paradero de carretas que traían los suministros agropecuarios cotidianos a Montevideo [20] [23].

En 1923 la mayoría de las construcciones vecinas eran bajas, pero en las cercanías estaban:

- hacia el sur, el Palacio Legislativo en construcción, que se inauguraría en 1925, y la Iglesia de la Aguada con su fachada neoclásica con un porche y dos torres de campanario inaugurados a fines del siglo XIX; en 1935 por el ensanche de Av. Agraciada debieron ser demolidos, quedando las puertas en el plano frontal de la fachada tal como está hoy, y construyéndose un nuevo campanario en el costado sur.

- hacia el nor-este, desde 1890, en la manzana limitada por las actuales calles Isidoro De Maria, José Del Valle Inclán, José L. Terra y Martín García estaban los galpones de la empresa Alpargatas, por entonces dedicada fundamentalmente a la fabricación de este tipo de calzado y, en la vecina, el Mercado Agrícola inaugurado en 1913.
  Coincidiendo aproximadamente con los prolegómenos de la Segunda Guerra Mundial, la empresa Alpargatas hizo fuertes inversiones para expandir su producción textil y construyó el masivo edificio de varios pisos que, transformado parcialmente en apartamentos, hoy ocupa toda la manzana, y luego otros edificios anexos que hoy albergan dependencias de la Facultad de Medicina [(22)].
- hacia el oeste, en 1928, se inauguró el edificio de la tienda por departamentos Casa Soler.

## B.- ESTUDIOS REALIZADOS

En la ficha de inscripción de Chifflet en la Facultad de Medicina fechada el 24 de enero de 1923, su letra es fina y despareja con alguna corrección sobre-impuesta, y el apellido de la madre, inicialmente omitido, está agregado por debajo del renglón en que está el apellido de su padre. Tal vez todos estos sean signos de que en ese momento Chifflet estaba embargado por una profunda emoción.

Desde el año anterior el decano de la Facultad era el Dr. Manuel Quintela. Era su segundo decanato que se extendió hasta 1927, año en que se inició el segundo decanato de Alfredo Navarro (1927-1933).

Los estudiantes debían pagar una matrícula (tres pesos por cada materia a cursar), y una cantidad semejante antes de rendir cada examen. En el legajo de Chifflet se conservan las boletas de inscripción para cursos y exámenes de sus seis años de la carrera. En la primera de ellas el sello de bedelía está cruzado por otro que dice "Condicional". En ella y en casi todas las demás no hay constancia de cuánto debía pagar, ni sello de la Tesorería de la Universidad demostrando que hubiera realizado el pago. Es probable que haya solicitado y logrado ser exonerado de este requerimiento, posibilidad que estaba prevista en la reglamentación de entonces. Hace excepción la inscripción para el examen de Medicina Legal el 17 de junio de 1929 en el que figura que debió pagar dos pesos y el timbre de que lo hizo.

– – –



Década de 1910. El nuevo edificio de la Facultad de Medicina y uno de sus dos edificios adjuntos recién inaugurados. La Avenida General Flores estaba empedrada.

En la década de 1920 en la Facultad estaba vigente el plan de estudios de 1912 cuyos cursos duraban seis años y se repartían de este modo [17]:

- 1er año: Física Médica y Biológica, Química Biológica, Historia Natural Médica y Parasitología, Anatomía (1er curso), Histología (1er curso).
- 2o año: Anatomía (2º curso), Histología (2º curso), Fisiología, Higiene (1er curso y práctica de Bacteriología)).
- 3er año: Patología Médica (1er curso), Patología Quirúrgica (1er curso), Anatomía Patológica (1er curso), Patología General, Clínica Semiológica, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica.
- 4º año: Patología Médica (2º curso), Patología Quirúrgica (2º curso), Anatomía Patológica (2º curso), Higiene (2º curso), Clínica Médica, Clínica Quirúrgica.
- 5º año: Obstetricia y Ginecología, Materia Médica y Terapéutica, Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, Clínica de Niños, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Otorrinolaringológica
- 6º años: Medicina Legal, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Terapéutica, Clínica Oftalmológica, Clínica Psiquiátrica, Clínica Dermosifilopática.




3 de mayo de 1923. Estudiantes de primer año de Medicina posando en la escalinata de entrada a la Facultad con el Profesor de Física Médica Víctor Escardó y Anaya. Abel Chifflet está marcado con un círculo.

FACULTAD DE MEDICINA
Montevideo

FILIACION DEL ESTUDIANTE

Nombre: Abel Chifflet

Edad: Diez y ocho años

Nacionalidad: Uruguayo

Estado: Soltero

Nombre de los padres: Juan Chifflet
Carolina J. de Chifflet
Gramática

Domicilio: Nicaragua 1687

( El estudiante debe comunicar á la Secretaría de la Facultad los cambios de domicilio )

Carácter del ingreso: Definitivo

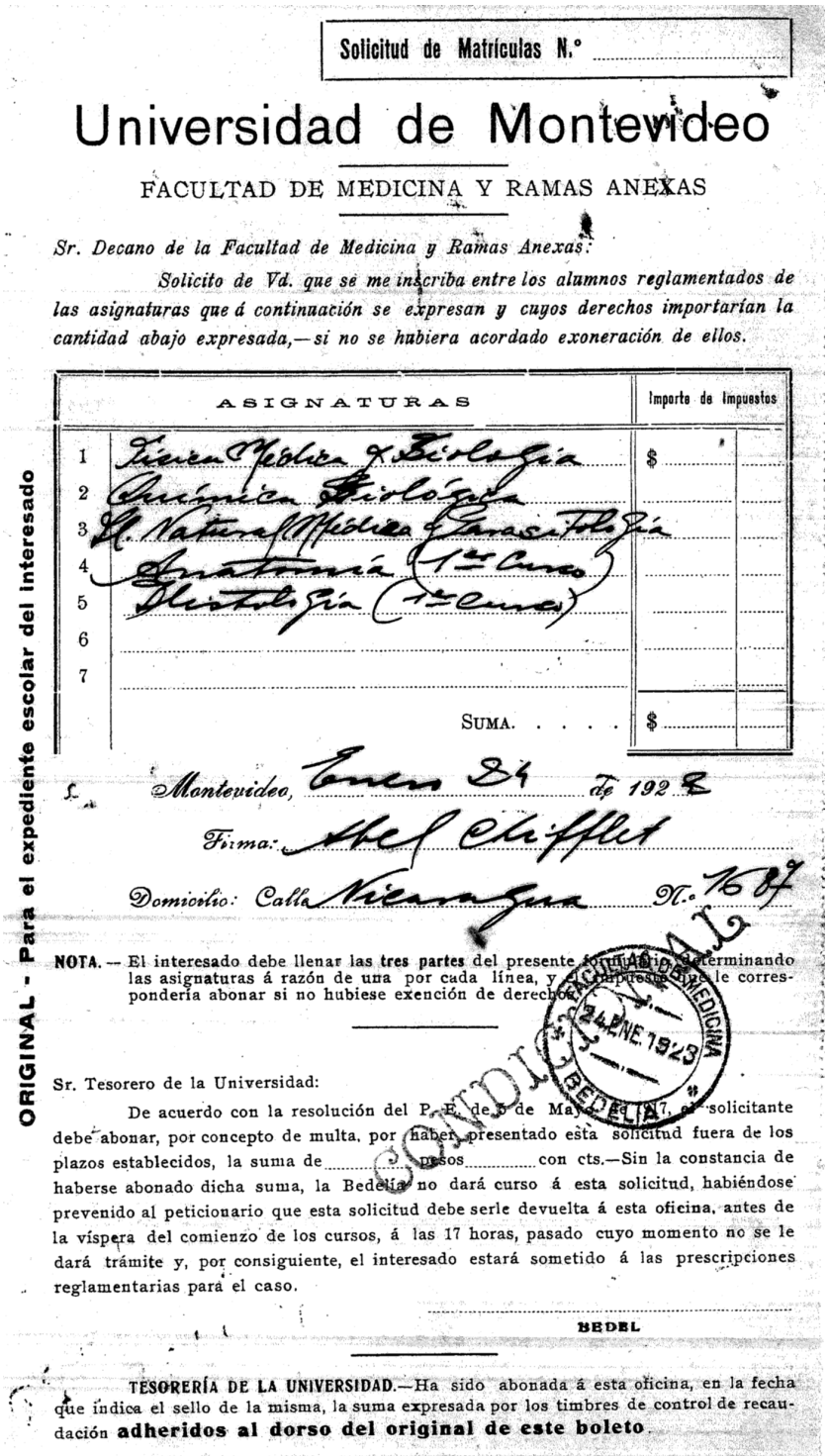
( En la linea precedente debe anotarse si el ingreso es definitivo ó condicional.- En este último caso debe anotar en la linea que sigue las asignaturas que debe aun rendir en el periodo de Febrero en la Sección de Enseñanza Secundaria y Preparatoria).-

EXAMENES QUE LE FALTA RENDIR:

Montevideo, 24 de Enero de 1923

Abel Chifflet
Firma del estudiante

1923 (24 de enero). Inscripción de Abel Chifflet en la Facultad de Medicina



Solicitud de Matrículas N.° .....

Universidad de Montevideo

FACULTAD DE MEDICINA Y RAMAS ANEXAS

*Sr. Decano de la Facultad de Medicina y Ramas Anexas:*

*Solicito de Vd. que se me inscriba entre los alumnos reglamentados de las asignaturas que á continuación se expresan y cuyos derechos importarían la cantidad abajo expresada,—si no se hubiera acordado exoneración de ellos.*

| | ASIGNATURAS | Importe de Impuestos |
|---|---|---|
| 1 | Física Médica y Biología | $ |
| 2 | Química Biológica | |
| 3 | H. Natural Médica y Farmacología | |
| 4 | Anatomía (1er Curso) | |
| 5 | Histología (1er Curso) | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| | SUMA. . . . . | $ |

Montevideo, Enero 24 de 1922

Firma: Abel Chifflet

Domicilio: Calle Nicaragua N.° 1687

**NOTA.** — El interesado debe llenar las **tres partes** del presente formulario, determinando las asignaturas á razón de una por cada línea, y el importe que le correspondería abonar si no hubiese exención de derechos.

Sr. Tesorero de la Universidad:

De acuerdo con la resolución del P. E. de 5 de Mayo de 1917, el solicitante debe abonar, por concepto de multa, por haber presentado esta solicitud fuera de los plazos establecidos, la suma de ..... pesos ..... con cts.—Sin la constancia de haberse abonado dicha suma, la Bedelía no dará curso á esta solicitud, habiéndose prevenido al peticionario que esta solicitud debe serle devuelta á esta oficina, antes de la víspera del comienzo de los cursos, á las 17 horas, pasado cuyo momento no se le dará trámite y, por consiguiente, el interesado estará sometido á las prescripciones reglamentarias para el caso.

FACULTAD DE MEDICINA 24 ENE. 1922 BEDELIA

BEDEL

**TESORERÍA DE LA UNIVERSIDAD.**—Ha sido abonada á esta oficina, en la fecha que indica el sello de la misma, la suma expresada por los timbres de control de recaudación **adheridos al dorso del original de este boleto.**

ORIGINAL - Para el expediente escolar del interesado

Fecha de inscripción de Chifflet a los cursos de las materias del primer año de la Facultad de Medicina.

### *B.1.- Materias básicas*

No fue posible reconstruir una lista totalmente confiable de los Profesores con que Abel Chifflet estudió las materias básicas de su carrera.

De la lista incompleta de Profesores Titulares desde 1875 hasta 1956 publicada en los 80 años de la Facultad de Medicina [18], se puede deducir que es probable que haya cursado con los siguientes (los años entre paréntesis se refieren a los períodos en que estuvieron al frente de las cátedras respectivas):

- Anatomía con Ernesto Quintela, (1903 – 1924).
- Fisiología con Ángel C. Maggiolo (1905-1941).
- Química Biológica con José Scoseria (1885-1935).
- Física Médica y Biológica con Víctor Escardó y Anaya (1918-1944).
- Parasitología con Ángel Gaminara (1912-1934).
- Materia Médica y Terapéutica con Héctor J. Rosello (1911-1950).
- Higiene con Justo F. González (1922-1929).
- Anatomía Patológica con Eugenio Lasnier (1924-1948).
- Bacteriología con Estenio Hormaeche (1924 en adelante).

### *B.2.- Materias clínicas*

Desde la fundación de la Facultad de Medicina, el aprendizaje práctico de los futuros médicos se realizaba en el antiguo hospital público de la Ciudad Vieja: el Hospital de Caridad [27] .

En 1908 se inauguró el Hospital Pereira Rossell que hasta 1915 estuvo destinado a la atención pediátrica. A partir de ese año se comenzaron a abrir las clínicas obstétricas y luego las ginecológicas y en 1922 se inauguraron los pabellones para estas especialidades.

En 1910 se promulgó la ley de Asistencia Pública Nacional, que concebía la asistencia social, no sólo sanitaria, como un derecho que el Estado debía satisfacer en forma gratuita a quienes no tuvieran recursos. Entre otras cosas determinó que por iniciativa del presidente Claudio Williman, en 1911 el antiguo Hospital dejara de llamarse de Caridad y pasara a llamarse Maciel.

A principios de la década de 1920 comenzaba a estar desbordado, por lo que en 1922 el Director de la Asistencia Pública Nacional Dr. José Martirené trasformó el antiguo edificio del Asilo de Mendigos de la Unión en Hospital Pasteur y en él comenzaron a instalarse clínicas de la Facultad.

Del Hospital de Clínicas sólo existía la idea de su necesidad, expresada por primera vez por el decano Pedro Visca en 1887 [25][46].

Con la excepción de unas rotaciones del Internado, Chifflet realizó todo su entrenamiento clínico de pregrado en el Hospital Maciel.

De acuerdo a los datos que aparecen en su ficha personal en Bedelía, sus profesores en Medicina fueron:

- José Bonaba en Patología Médica.
- Arturo Lussich en Semiología.
- César Bordoni Pose en Clínica Médica.
- Augusto Turenne en Obstetricia (1927).
- Juan Pou Orfila en Ginecología (1927).
- José Bonaba en Clínica Pediátrica (1928).

No se ha podido establecer con seguridad quién fue su Profesor de Patología Quirúrgica.

Y los estudios de Clínica Quirúrgica los hizo en un momento en que, en el Hospital Maciel, algunos servicios quirúrgicos no tenían una relación demasiado cordial, a pesar de que desde setiembre de 1920 por el esfuerzo de Carlos Stajano [41] y Manuel Albo [32], existía la Sociedad de Cirugía [13] como un espacio de intercambio y discusión de ideas.

Los problemas se daban sobre todo entre la Primera y la Segunda Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina [13].

La Primera Clínica Quirúrgica era dirigida por el Profesor Alfredo Navarro Benítez. De origen muy modesto, era dinámico, polifacético, impa-



El anfiteatro de la segunda Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina en el Hospital Maciel en la época en que Chifflet era estudiante. Sentados en la primera fila a la izquierda están Alfonso Lamas y a su izquierda Luis Mondino.

ciente y avasallante y gozaba de enorme prestigio. Se había formado en Medicina y Cirugía en Francia por determinación y mérito propio. Pertenecía al Partido Colorado, y entre 1904 y 1907 había sido Decano de la Facultad de Medicina por primera vez, logrando la división de la enseñanza de la Patología Quirúrgica en dos cursos, la creación de institutos, profesores agregados y laboratorios de la clínicas, y la limitación de duración de la jefatura de clínica [24].

La Segunda Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina era dirigida por el Profesor Alfonso Lamas Delgado [36]. Su Profesor de Clínica Adjunto era Luis Mondino [35] y, pese a ser muy diferentes, trabajaron juntos varias décadas en completa armonía.

La relación de Alfonso Lamas y Alfredo Navarro y de los integrantes de sus servicios era claramente antagónica y de rivalidad, al punto que Navarro entraba al Hospital por la "puerta francesa" de la calle Washington, en tanto que Lamas lo hacía por la de 25 de Mayo. Sus respectivas clínicas eran, según la comparación de Stajano, "universos cerrados" y "fortalezas feudales" independientes y autónomas.

– – –

Eran más cordiales las relaciones entre:

- la Tercera Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, del Profesor Gerardo Arrizabalaga Ventura [45], formado integralmente en Francia como Navarro, y muy preocupado por humanizar la Cirugía.
- la Clínica Quirúrgica libre de la Facultad de Medicina a cargo de Juan Francisco Canessa [26], un clínico y cirujano brillante, y un docente pintoresco lleno de vitalidad y simpatía, que despertaba cariño en los estudiantes que lo llamaban "Papá" Canessa.
- y el Servicio de Cirugía para mujeres y niñas de Luis Pedro Lenguas [37].

También eran fluidas las relaciones con el Servicio de Puerta del hospital, dirigido por el Dr. Manuel Benito Nieto (1873 – 1940) e integrado por el legendario "Cuarteto de Urgencia" [30]: José Iraola (1881-1967) [6], Domingo Prat (1882-1973) [38], Garibaldi Devincenzi (1882 – 1943) y Manuel Albo (1886 – 1935) [32].

Durante su carrera Abel Chifflet estuvo en la Segunda Clínica Quirúrgica de Alfonso Lamas un año como estudiante de tercer año, y uno como Practicante Interno.

Recibió de él una influencia directriz perdurable en su *"gesto severo"*, en su carácter *"persuasivo y elocuente en la enseñanza"*, en su *"rigidez en el respeto del enfermo"*, en la *"violencia contra toda forma de mentira"* [11], actitudes que lo definieron de un modo tan categórico, y le marcaron en forma tan indele-

ble, que lo llevaron a que en 1931 eligiera ese servicio para pasar dos años como Médico Adjunto de Sala y tres como Jefe de clínica.

Chifflet no dejó especiales referencias al clima existente entre Lamas y Navarro.

Para completar el panorama debe señalarse que en la década de 1920 en el Hospital Maciel también existían otros servicios de Especialidades Quirúrgicas ya independizadas de la Cirugía General:

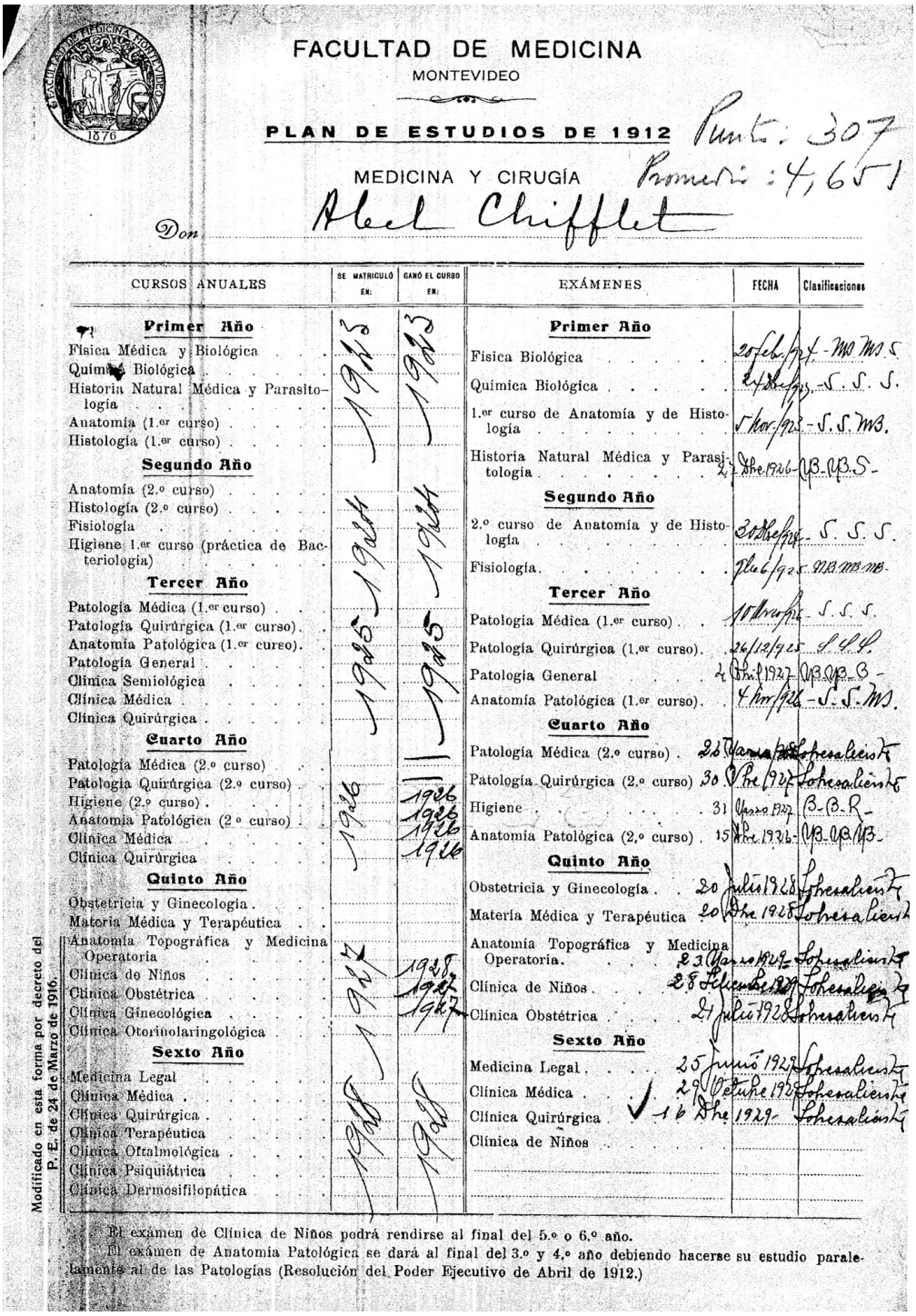
- El Servicio de Otorrinolaringología del Profesor Manuel Quintela (1865-1928).
- El Servicio de Urología a cargo del Profesor Luis Surraco (1882-1970) [28].

Según consta en su legajo de Bedelía, entre 1923 y 1928 Chifflet ganó todos los cursos de la carrera con perfecta regularidad.

## C.- ESCOLARIDAD

Se reproduce en la tabla siguiente:

| EXÁMENES | FECHA | NOTA |
|---|---|---|
| Anatomía e Histología (1er Curso) | 05/11/1923 | S.S.MB |
| Química Biológica | 24/12/1923 | S.S.S |
| Física Biológica | 25/02/1924 | MB.MB.S |
| Anatomía e Histología (2º Curso) | 30/12/1924 | S.S.S |
| Fisiología | 09/??/1925 | MB.MB.MB |
| Patología Quirúrgica (1er curso) | 26/12/1925 | S.S.S. |
| Patología Médica (1er curso) | 10/??/1926 | S.S.S |
| Anatomía Patológica (1er curso) | 04/11/1926 | S.S.MB |
| Historia Natural Médica y Parasitología | 27/12/1926 | MB.MB.S |
| Anatomía Patológica (2º curso) | 15/12/1926 | MB.MB.MB |
| Patología General | 04/04/1927 | MB.MB.B |
| Higiene | 31/03/1927 | B.B.R |
| Patología Quirúrgica (2º curso) | 30/11/1927 | S.S.S |
| Patología Médica (2º curso) | 26/03/1928 | S.S.S |
| Obstetricia y Ginecología | 20/07/1928 | S.S.S |
| Clínica Obstétrica | 21/07/1928 | S.S.S |
| Materia Médica y Terapéutica | 20/12/1928 | S.S.S |
| Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria | 23/03/1929 | S.S.S |
| Medicina Legal | 25/06/1929 | S.S.S |
| Clínica de Niños | 28/09/1929 | S.S.S |
| Clínica Médica | 29/10/1929 | S.S.S |
| Clínica Quirúrgica | 16/12/1929 | S.S.S |



FACULTAD DE MEDICINA
MONTEVIDEO

PLAN DE ESTUDIOS DE 1912 Punts: 307

MEDICINA Y CIRUGÍA Promedio: 4,651

Don Abel Chifflet

| CURSOS ANUALES | SE MATRICULÓ EN: | GANÓ EL CURSO EN: |
|---|---|---|
| **Primer Año** | | |
| Física Médica y Biológica | 1913 | 1913 |
| Química Biológica | | |
| Historia Natural Médica y Parasitología | | |
| Anatomía (1.er curso) | | |
| Histología (1.er curso) | | |
| **Segundo Año** | | |
| Anatomía (2.º curso) | | |
| Histología (2.º curso) | | |
| Fisiología | 1914 | 1914 |
| Higiene 1.er curso (práctica de Bacteriología) | | |
| **Tercer Año** | | |
| Patología Médica (1.er curso) | 1915 | 1915 |
| Patología Quirúrgica (1.er curso) | | |
| Anatomía Patológica (1.er curso) | | |
| Patología General | | |
| Clínica Semiológica | | |
| Clínica Médica | | |
| Clínica Quirúrgica | | |
| **Cuarto Año** | | |
| Patología Médica (2.º curso) | — | — |
| Patología Quirúrgica (2.º curso) | | |
| Higiene (2.º curso) | 1926 | 1926 |
| Anatomía Patológica (2.º curso) | | 1926 |
| Clínica Médica | | 1926 |
| Clínica Quirúrgica | | |
| **Quinto Año** | | |
| Obstetricia y Ginecología | | |
| Materia Médica y Terapéutica | | |
| Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria | 1927 | 1928 |
| Clínica de Niños | | 1927 |
| Clínica Obstétrica | | 1927 |
| Clínica Ginecológica | | |
| Clínica Otorinolaringológica | | |
| **Sexto Año** | | |
| Medicina Legal | 1928 | |
| Clínica Médica | | |
| Clínica Quirúrgica | | |
| Clínica Terapéutica | | |
| Clínica Oftalmológica | | |
| Clínica Psiquiátrica | | |
| Clínica Dermosifilopática | | |

| EXÁMENES | FECHA | Clasificaciones |
|---|---|---|
| **Primer Año** | | |
| Física Biológica | 20 Feb. 1914 | M.M. M.S. |
| Química Biológica | 24 Dbre 1915 | S. S. S. |
| 1.er curso de Anatomía y de Histología | 5 Mar. 1913 | S. S. M.B. |
| Historia Natural Médica y Parasitología | 22 Dbre 1926 | M.B. M.B. S. |
| **Segundo Año** | | |
| 2.º curso de Anatomía y de Histología | 30 Dbre 1914 | S. S. S. |
| Fisiología | 9 Dbre 1915 | M.B. M.B. M.B. |
| **Tercer Año** | | |
| Patología Médica (1.er curso) | 10 Dbre 1915 | S. S. S. |
| Patología Quirúrgica (1.er curso) | 24/12/1915 | S. S. S. |
| Patología General | 2 Dbre 1927 | M.B. M.B. B. |
| Anatomía Patológica (1.er curso) | 4 Dbre 1926 | S. S. M.B. |
| **Cuarto Año** | | |
| Patología Médica (2.º curso) | 23 Marzo 1928 | Sobresaliente |
| Patología Quirúrgica (2.º curso) | 30 Dbre 1926 | Sobresaliente |
| Higiene | 31 Marzo 1927 | B. B. R. |
| Anatomía Patológica (2.º curso) | 15 Dbre 1926 | M.B. M.B. M.B. |
| **Quinto Año** | | |
| Obstetricia y Ginecología | 20 Julio 1928 | Sobresaliente |
| Materia Médica y Terapéutica | 20 Dbre 1928 | Sobresaliente |
| Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria | 23 Marzo 1929 | Sobresaliente |
| Clínica de Niños | 28 Diciembre 1929 | Sobresaliente |
| Clínica Obstétrica | 21 Julio 1928 | Sobresaliente |
| **Sexto Año** | | |
| Medicina Legal | 25 Junio 1928 | Sobresaliente |
| Clínica Médica | 29 Octubre 1928 | Sobresaliente |
| Clínica Quirúrgica | 16 Dbre 1929 | Sobresaliente |
| Clínica de Niños | | |

Modificado en esta forma por decreto del P. E. de 24 de Marzo de 1916.

El exámen de Clínica de Niños podrá rendirse al final del 5.º o 6.º año.
El exámen de Anatomía Patológica se dará al final del 3.º y 4.º año debiendo hacerse su estudio paralelamente al de las Patologías (Resolución del Poder Ejecutivo de Abril de 1912.)

Escolaridad de Chifflet en su legajo de la Bedelía de la Facultad de Medicina

El análisis de esta escolaridad muestra:

1. una secuencia lógica y eficiente para rendir los exámenes.
2. fortaleza en las materias patológicas y clínicas, en todas las que obtuvo tres sobresalientes.

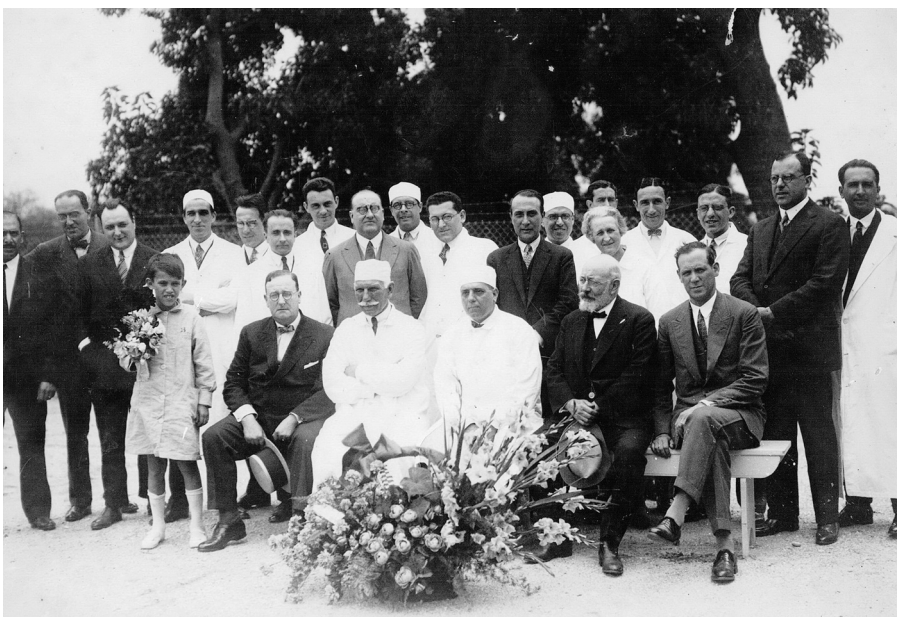
De acuerdo a un estudio que Washington Vignolo presentó a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina sobre las Medallas de Oro concedidas entre 1914 y 1975 [44], de un puntaje máximo posible de 5, Chifflet obtuvo 4,68 lo que lo colocó en el 13º lugar entre las 118 mejores escolaridades de la Facultad de Medicina en ese período.

## D.- PRACTICANTE INTERNO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA NACIONAL

Chifflet accedió a este cargo en el año 1926, por concurso de oposición en el que obtuvo 38 puntos sobre un máximo posible de 40, quedando así en primer lugar entre 96 concursantes.

La nota en que le comunicaron el nombramiento lleva la firma del Dr. José Martirené Director del Consejo Nacional de Asistencia Pública.

Desempeñó el cargo durante cuatro años, le dio un perfil "quirúrgico" realizando sus rotaciones en clínicas de esta especialidad.



1928. Hospital Pereira Rossell. En el centro (sentados de túnica y gorro) están los doctores Luis Morquio y Prudencio de Pena. Abel Chifflet sonriente, interno de este último, está parado en el fondo un poco a la derecha de Morquio.

En su legado en la Facultad de Medicina están las constancias de que cumplió sus rotaciones:

a.- en el Hospital Pereira Rossell en las clínicas de Juan Pou Orfila (junio a octubre de 1927) y de Prudencio de Pena (noviembre de 1927 a octubre de 1928).

b.- En el hospital Maciel en la clínica de Juan Francisco Canessa (noviembre 1928 a mayo de 1929).

Las rotaciones de las que no hay constancia surgen de Stajano, que señaló que conoció a Chifflet cuando éste era interno en la en la sala 4 del Hospital Pereira Rossell cuyo jefe era Enrique Pouey [(2)(40)], y de Chifflet que destacó que pasó un año como interno con su maestro Alfonso Lamas [(11)] y en su folleto que como Decano escribió sobre el Hospital de Clínicas, alude a que hizo una rotación en la de Clínica de César Bordoni Pose.

## E.- AYUDANTE DE DISECCIÓN Y DISECTOR DE LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA

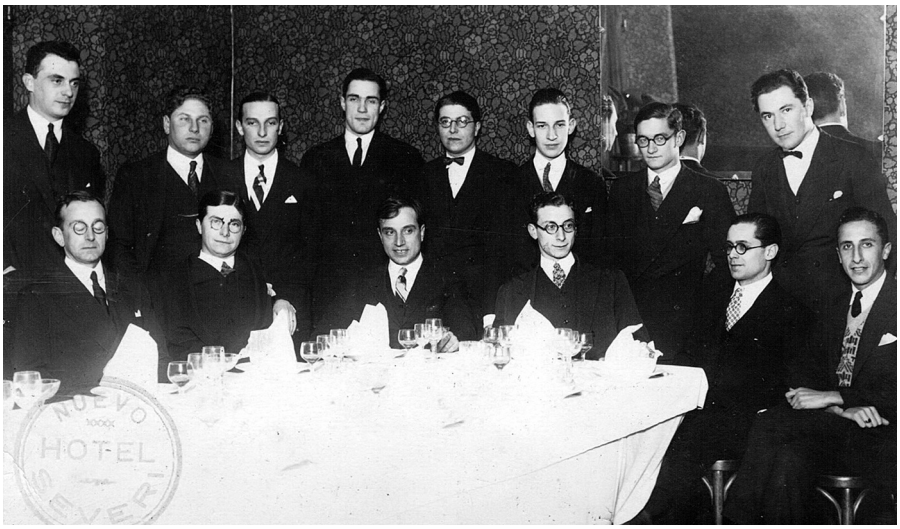
En 1925 Abel Chifflet concursó para el cargo de Ayudante de Disección del Instituto de Anatomía. No hubo ordenamiento de los ganadores.

Obtuvo el cargo en titularidad y lo desempeñó por dos años (1925-1926) siendo confirmado dos años más (1927 y 1928)

Desde 1924, por renuncia de Ernesto Quintela que consideraba que no era *"justo cortarle su carrera como Director de Anatomía"* a su ayudante Humberto May, éste dirigía la Cátedra. Era hijo de Ambrosio May y Juana Ruggia Robatti que era cuñada de Donato Chifflet, el tío de Abel. May nació en Mercedes en 1892, se graduó de médico en 1920 en la Facultad de Medicina de Montevideo, ganó por su escolaridad una beca para realizar estudios complementarios en Europa, y se capacitó en Cirugía con Eduardo Blanco Acevedo en el Hospital Pasteur.

Años más tarde Chifflet le reconoció el mérito de haber sido uno de los primeros en negarse a enseñar la Anatomía por regiones, que al cortar con sus líneas divisorias las formaciones nobles hace de cada región verdaderos "asilos de mutilados" [(11)].

Con esta actuación en Anatomía, en una época en que la Cirugía aún tenía una proporción elevada de base anatómica, Chifflet adquirió un profundo y sólido conocimiento de esta disciplina. Y además comenzó a desarrollar los conceptos que luego perfeccionó cuando como Catedrático de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, le dio una proyección funcional que fue el fundamento de importantes líneas de trabajo (especialmente cirugía de las hernias abdominales y cirugía del recto), que desarrolló en los años siguientes [(3)].




1927. Cena en homenaje al Disector De Angelis. Entre los sentados, el tercero desde la izquierda es Humberto May y el penúltimo Juan Carlos Del Campo. Abel Chifflet está parado en el extremo izquierdo de la fotografía, a su lado está Romeo Muso y cuatro lugares más allá Fernando Herrera Ramos.

Algunos de los que le conocieron en esta actividad, años después dejaron su testimonio de cómo Chifflet la desarrollaba.

En abril de 1946, en la fundamentación de por qué proponía a Chifflet como Decano el consejero Dr. Rodolfo Tiscornia dijo que lo conocía *"… desde los tiempos de estudiante, cuando enseñaba en las salas de disección en forma tenaz y asidua, con una pedagogía muy especial que no se usaba entonces."* (16)

No describió cómo era esa pedagogía, pero puede imaginarse a través de otro testimonio, el del Profesor Antonio Borrás.

**TESTIMONIO DEL PROFESOR ANTONIO BORRÁS (7)**

En una clase de anatomía de la mano, Chifflet le enseñó el valor funcional de esta parte del miembro superior, la jerarquía del pulgar, la importancia de la rama tenariana del nervio mediano y que su lesión era el único error que no tenía arreglo, por lo que en cualquier procedimiento quirúrgico en esa región, la principal preocupación siempre debía ser protegerlo.

En la familia de Chifflet se recuerda que, para movilizarse en forma autónoma, con el sueldo de Disector y de Practicante Interno hacia 1928 compró un automóvil nuevo marca Chevrolet. Su primera libreta de conducir data de esa fecha (19).



1929. Cátedra de Anatomía. En el centro sentado el Profesor Ernesto Quintela. A su izquierda Humberto May. En la fila siguiente Abel Chifflet es el segundo desde la izquierda de la fotografía, Romeo Muso el quinto, y Fernando Herrera Ramos el último.

Luego, en 1929, ganó el Concurso de Disector obteniendo el primer puesto entre seis concursantes.

## F.- MILITANCIA EN LA ASOCIACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Paralelamente a sus estudios, Chifflet militó intensamente en la Asociación de Estudiantes de Medicina. Para dar un panorama global de las diversas actividades gremiales que desarrolló Chifflet, ésta y las demás se describen en el capítulo 13.

## G.- GRADUACIÓN

Abel Chifflet recibió su título de Doctor en Medicina y Cirugía el 16 de diciembre de 1929.

No hizo una tesis de doctorado.

Pero para el concurso de becas anuales de la Facultad de Medicina hizo una tesis titulada *"Estudio anatomo-quirúrgico del ángulo duodeno-yeyunal"* [(10)], que fue calificada con sobresaliente, obteniendo esa beca.

En el capítulo 16 se hacen las consideraciones correspondientes a ella.

# Estudio anatomoquirúrgico del ángulo duodenoyeyunal

**Por el doctor ABEL CHIFFLET**

**(Tesis presentada al concurso de Becas de la Facultad de Medicina, que obtuvo la clasificación de sobresaliente)**

En una lista de asuntos médicos a estudiar el Dr. Juan Carlos del Campo tenía el Angulo Duodenoyeyunal. Él me indicó la conveniencia de su estudio y lo acepté con agrado. Mi agradecmiento, pues, al Dr. Del Campo.

*« Conviene en anatomía no simplificar dej*
*« masiado pues se arriesga incurrir en una*
*« sencillez que desfigura totalmente la natura-*
*« disposición de las cosas''.*—Etchepare.

**SUMARIO:** — Introducción.
1. — Peritoneo (Las conclusiones).
2. — Vasos (Id. íd. ).
3. — Casos estudiados.
   a) Técnica.
   b) Casos.
4. — Bibliografía.

## INTRODUCCIÓN

Los trabajos de anatomía en nuestra época sólo están justificados por dos razones: o se escribe con el fin de aclarar un concepto sobre una región facilitando así su aprendizaje, que en fin de cuentas se hace sobre el cadáver; o se escribe con el fin de dar detalles que en una

1930. Primera página de la Tesis de Chifflet para la Beca Anual de la Facultad de Medicina (1929-1930), Montevideo. Imprenta Nacional. 1932. 70 págs.

Obtuvo la Medalla de Oro de la Facultad de Medicina correspondiente al año 1929, distinción establecida por decreto del Poder Ejecutivo del 25

de noviembre de 1913 para otorgar al graduado que hubiera obtenido la mejor escolaridad de su generación.

Al recibirse se exigía el pago de ciento veinte pesos por concepto de derechos del título. Chifflet fue exonerado por su alta escolaridad.

Así lo hizo constar en la nota que el 13 de abril de 1931, más de un año después de recibido, elevó al Decano Alfredo Navarro solicitando su diploma, y lo repitió en su relación de Títulos Méritos y Trabajos de 1944.

Su título fue expedido el 15 de enero de 1930 y está inscripto con el número 1440 en el folio 96 del Registro de la Facultad de Medicina.

## Referencias bibliográficas

**1.- Administración Nacional de Educación Pública.**
Historia de la Educación Secundaria 1935-2008.
Montevideo. 2008. 432 pág.
http://www.ces.edu.uy/ces/images/stories/libros/Historia_de_Secundaria.pdf

**2. - Achard A.**
Enrique Pouey.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 55-63.

**3. - Aguiar A.**
Discurso pronunciado en 1976 en ocasión de la inauguración de la estela recordatoria de Chifflet en el jardín de la entrada del Hospital de Clínicas. Archivo de Maquieira G. Inédito.

**4.- Anónimo**
La medicina en el 1900
Revista Histórica de Soriano 1963; 8: 23-32.

**5. - Anónimo.**
La Facultad de Medicina en 1920
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/fmed1920.pdf

**6. - Armand Ugon V.**
José Iraola
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 131-132.

**7.- Borrás A.**
Anecdotario. Historias que merecen ser contadas.
Montevideo. Artemisa editores. 2006.

**8.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet. 2011.

**9.- Caetano G, Rilla J.**
Historia contemporánea del Uruguay.
CLAEH. Montevideo. Fin de siglo. 2005.

**10.- Chifflet A.**
Estudio anatomo-quirúrgico del ángulo duodeno-yeyunal. Tesis para el concurso de becas anuales de la Facultad de Medicina. Montevideo. Imprenta Nacional. 1932 . 70 págs.

**11.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945.
Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med Mont 1945; 30: 597 - 611.

**12.- Club Soriano. Montevideo.**
Extractos de la historia del Club.
http://www.clubsoriano.org/ Institucional.htm

**13.- Crestanello F.**
Un relato de los inicios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.
http://www.cirugia-uy.com/noticias/conferencia-francisco_crestanello.pdf

**14.- El Estudiante Libre.**
1923; 4; 15 de junio.

**15.- El Estudiante Libre.**
1928; 9; diciembre.

**16.- Facultad de Medicina.**
Libro de Actas del Consejo Directivo
1946. Sesión del 22 de abril.

**17.- Facultad de Medicina. Bedelía.**
Plan de estudios de 1912.
Hoja individual de los estudiantes con planilla de cursos y exámenes.

**18.- Facultad de Medicina.**
80 años de la Facultad de Medicina Montevideo. Facultad de Medicina. 1956.

**19.- Familia Chifflet de Lodron.**
Datos documentales y testimoniales.

**20.- Fernández Saldaña J.**
Crónicas del viejo Montevideo II. Montevideo. Arca. 2008.

**21.- Fisher D.**
Qué tupé.
Montevideo. Sudamericana. 2010.

**22.- González A.**
Ex Gerente de Alpargatas S.A.
Testimonio personal.

**23.- Intendencia de Montevideo.**
Historia de Montevideo.
http://www.montevideo.gub.uy/ciudad/historia/barrios/

**24.- Lockhart J.**
Alfredo Navarro.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 18-25.

**25.- Lockart J.**
Historia del Hospital de Clínicas. Montevideo. Edilimed. 1988.

**26.- Lockhart J.**
Juan Francisco Canessa.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 89-90.

**27.- Lockhart J.**
La Historia del Hospital Maciel Montevideo. Editora de Revistas. 1982.

**28.- Lockhart J.**
Luis A. Surraco.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 116-119.

**29.- Lockhart W.**
Historia de la Medicina en Soriano. Montevideo. S.n. 1965.

**30.- Mañé Garzón F.**
El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay 1902 – 1952.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. 2005.

**31.- Nahum B.**
La época batllista.1904-1929.
Montevideo. Ed. Banda Oriental 1975.

**32.- Nin y Silva J.**
Manuel Albo.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 133-134.

**33.- Pellegrino A.**
Caracterizacion demográfica del Uruguay. 2003.
Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.
http://www.anep.edu.uy/historia/clases/clase20/cuadros/15_Pellegrino-Demo.pdf

**34.- Pérez Santacieri M E.**
Uruguay en 1920.
Conferencia en el Sindicato Médico del Uruguay. Agosto de 2010. Inédito.

**35.- Pernin A.**
Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Luis Mondino.
Rev Cir Uruguay 1966; 36: 91-93.

**36.- Pernin A.**
Alfonso Lamas.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 64-67.

**37.- Pou Ferrari R, Mañé Garzón F.**
Luis Pedro Lenguas (1862-1932).
Maestro de cirujanos y precursor de la doctrina social católica en Uruguay.
Montevideo. Imprenta El Toboso. 2005.

**38.- Prat D (h).**
Domingo Prat.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 113-115.

**39.- Silva A.**
Juan José Crottogini. Una vida alumbrando vida.
Montevideo Editorial La Rueda de Amargueando. 2004. Cap II. Págs 19-29.

**40.- Stajano C.**
Sesión de la Sociedad de Cirugía en homenaje a Abel Chifflet.
11 de junio de 1969.
Cir del Uruguay 1970; 40: 99-103.

**41.- Suiffet W.**
Carlos Stajano.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 141-146.

**42.- Tajam H.**
El sector externo en el Uruguay. 1911-1930.
Instituto de Economía Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
Universidad de la República. Octubre de 2000.
http://www.iecon.ccee.edu.uy/publicaciones/DT9-00.pdf

**43.- Turnes A.**
Héctor Ardao. Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay.
Montevideo. Ediciones Granada. 2011.

**44.- Vignolo W.**
Medallas de oro y plata de la Facultad de Medicina desde 1914 a 1975.
Sesiones de la Sociedad de Historia de la Medicina. XV: 250-252.

**45.- Visca P.**
Gerardo Arrizabalaga.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 68-77.

**46.- Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S, Sierra J.**
Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad. Montevideo. Bioerix. 2011. 766 págs.

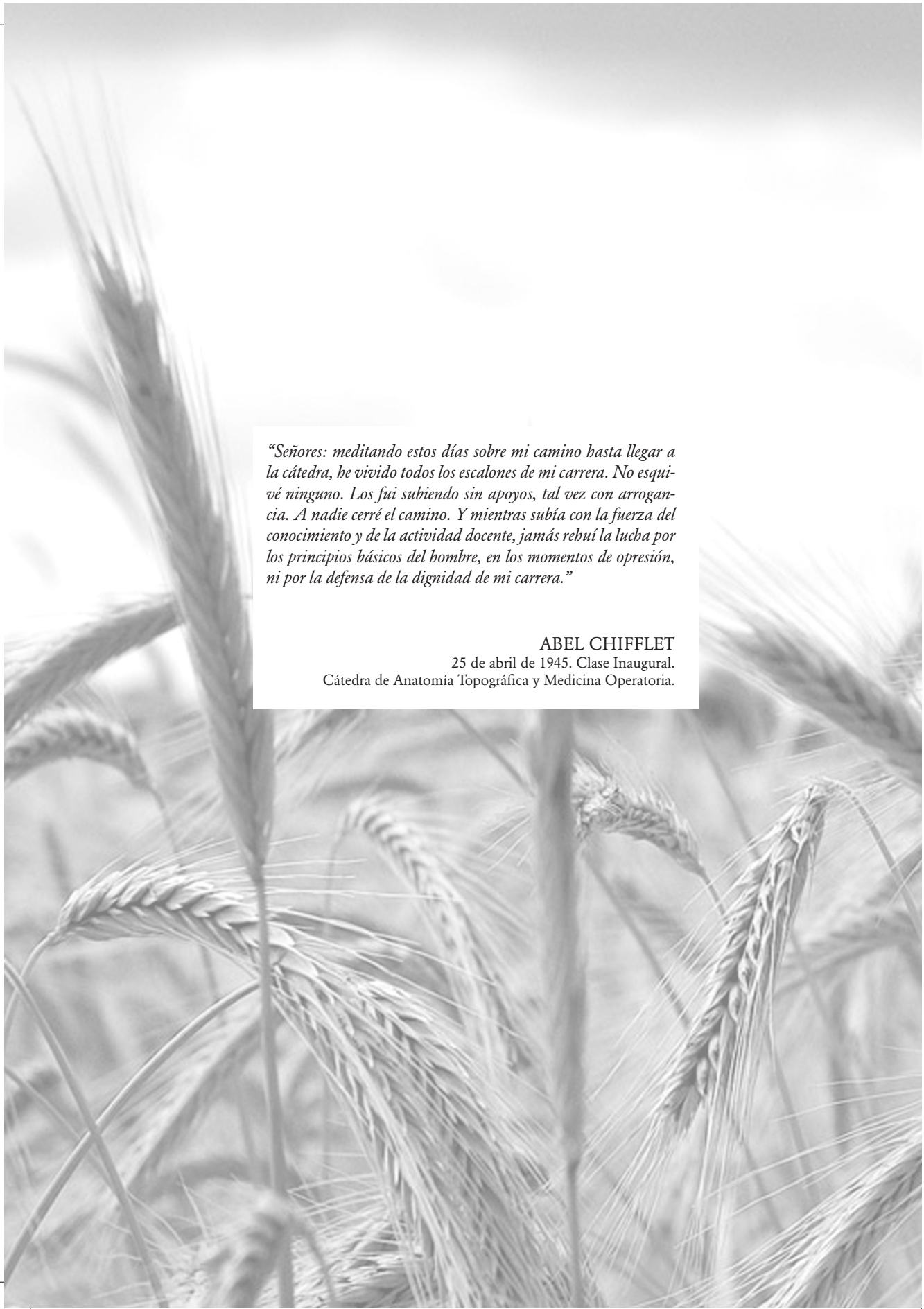




TERCERA PARTE

1930 – 1935

# MADURACIÓN



*"Señores: meditando estos días sobre mi camino hasta llegar a la cátedra, he vivido todos los escalones de mi carrera. No esquivé ninguno. Los fui subiendo sin apoyos, tal vez con arrogancia. A nadie cerré el camino. Y mientras subía con la fuerza del conocimiento y de la actividad docente, jamás rehuí la lucha por los principios básicos del hombre, en los momentos de opresión, ni por la defensa de la dignidad de mi carrera."*

ABEL CHIFFLET
25 de abril de 1945. Clase Inaugural.
Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

CAPÍTULO 4

# MEDICINA. UNA PRÁCTICA CORTA E INEVITABLE, PERO ÚTIL

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- MÉDICO DE AMBULANCIA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA.**
**3.- MÉDICO LEGISTA DE LA CAJA DE JUBILACIONES.**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- INTRODUCCIÓN

En 1930, primer año de Chifflet médico, el país festejaba los cien años de la jura de su primera Constitución. La crisis económica mundial de 1929 redujo en hasta 50% el precio de sus exportaciones, lo que obligo a incentivar la demanda interna y a agregar valor a sus productos [(1)].

Montevideo había progresado y lucía de otra manera que nueve años antes, cuando Chifflet llegó desde Mercedes.

La urbanización contaba con varias novedades. Entre otras:

- el monumento a Artigas, inaugurado el 28 de febrero de 1923.
- el Palacio Legislativo inaugurado el 25 de agosto de 1925.
- el edificio Rex con su lujoso cine (hoy sala Zitarrosa), en Diez y ocho de julio y Julio Herrera, inaugurado hacia 1928.
- el Palacio Salvo, en su momento considerado el edificio de cemento más alto de América del Sur, inaugurado en 1929.

En 1930 en pocos meses culminó la construcción del Estadio Centenario, donde el 30 de julio Uruguay ganó la primera Copa Mundial de Fútbol.

Y el 24 de diciembre se puso la piedra fundamental del Hospital de Clínicas; diez y seis años después, cuando Chifflet era Decano de la Facultad, los problemas de su pertenencia y habilitación le generarían mucho

trabajo y preocupaciones y precipitarían su renuncia a los tres años exactos de ejercer ese cargo (ver capítulo 10).

Se estaba construyendo la rambla sur, pero aún no existía el Palacio Municipal actual, ni el Obelisco a los Constituyentes de 1830 que se inauguró ocho años después, el 25 de agosto de 1938 [13].

– – –

La decisión de Chifflet apenas graduado fue dedicar su mayor empeño a capacitarse en Cirugía. La descripción de este proceso es el objeto del próximo capítulo.

Al final de su etapa de estudiante de Medicina su situación económica había mejorado. Pero al recibirse y cesar en el cargo de Practicante interno, su único ingreso pasó a ser el sueldo de Disector; el cargo de Médico Adjunto de Sala en la Clínica de Lamas era honorario.

Si bien Chifflet llevaba una vida austera, no tenía aún las obligaciones de una familia y el costo de vida era estable, debió:

1. No incrementar sus gastos. Los seis primeros años de recibido continuó viviendo en forma austera en pensiones [7].
   No se instaló en una vivienda mejor que probablemente no necesitara; por la intensidad de su apuesta a la Cirugía y la rapidez con que avanzó en la carrera académica, es de imaginar que, absorbido por su formación, dividiría sus largas jornadas de trabajo y estudio entre la sala y las guardias del Hospital y el Instituto de Ciencias Morfológicas de la Facultad, y que sólo fuera a su vivienda a dormir.
2. Dejar un pequeño espacio para realizar algunas actividades en Medicina que mejoraran su ingreso estable, ajustado, y por esa época a término. Eligió las que no interfirieran con su especialización en Cirugía y tuvieran algún valor agregado.

## 2.- MÉDICO DE AMBULANCIA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA

Siempre fue una ocupación usual en los médicos recién recibidos.

De ella no han quedado datos de interés, excepto que le dio a Chifflet un conocimiento detallado de la ciudad de Montevideo.

Según comentó a su familia, este conocimiento le fue útil para elegir eventuales rutas de salida rápida de Montevideo durante la interrupción democrática que se produjo durante el gobierno de Terra. Como se describe en el capítulo 13, en esa época Chifflet estuvo a cargo de la Presidencia del Sindicato Médico, y fue Delegado de los Estudiantes de Medicina en

el Consejo de la Facultad. En ambas funciones sostuvo posturas fuertes en contra de la situación política de hecho, lo que implicaba correr riesgos reales [12].

Años después cuando iba con su familia a la chacra de Parador Tajes, utilizaba este conocimiento para salir de Montevideo por rutas diferentes y así sorprender a sus hijos [12].

## 3.- MÉDICO LEGISTA DE LA CAJA DE JUBILACIONES

En 1931 Chifflet se presentó al concurso para ocupar este cargo.

El tribunal fue integrado con un delegado de la Facultad de Medicina y uno de la Asistencia Pública Nacional.

Obtuvo el primer lugar entre nueve concursantes [7].

Ejerció el cargo durante diez años, hasta principios de la década de 1940.

Se ocupaba de evaluar la incapacidad producida por diversas enfermedades. Y era un cargo bien remunerado [14].

A primera vista puede parecer una actividad desvinculada de su vocación de cirujano, y un medio de sustento económico temporario hasta que pudiera satisfacer sus necesidades con la práctica exclusiva de la Cirugía.

Sin embargo lo enriqueció en muchos aspectos.

Le dio una perspectiva de las enfermedades más amplia que la que se adquiría en el Hospital, y por ello le fue de utilidad.

Adquirió nociones claras sobre el valor funcional de las distintas estructuras y regiones del cuerpo y experiencia en la evaluación de la incapacidad.

Lo obligó a *"conocer perfectamente las enfermedades, para discernir su participación en el cuadro general"* [6].

Le permitió evaluar con rigurosidad *"el pronóstico y resultado de los distintos tratamientos quirúrgicos realizados" … "confiriendo a quien la realiza un concepto real de las enfermedades que no se obtiene en el trabajo clínico."* [6]

Esta experiencia tuvo un impacto perdurable: *"Así recién comprenderá la mano, elevará su concepto funcional, podrá valorar la invalidez de un dedo rígido, y su consecuencia en el hombre que no puede trabajar, rendir en su trabajo y ganar para comer."* [7]

En 1941 en una sesión de la Academia Argentina de Cirugía sobre las recidivas de la hernia inguinal, comentó que en su experiencia de diez años en el *"servicio de atención de inválidos de la Caja de Jubilaciones"* encontró un número tan grande de recidivas *"que hasta me da vergüenza decirlo."* [4]

Esa experiencia e investigaciones posteriores en cadáveres con recidivas herniarias, le enseñaron conceptos que expresó en sus trabajos sobre la hernia inguinal [5][8][9][10][11].

Además:

- Se plasmó en dos trabajos científicos [2][3].
- Le despertó inquietudes por la medicina social y ocupacional que luego tradujo en ciertas organizaciones en la Facultad durante su decanato.
- Y tal vez contribuyó a afirmarlo en el concepto que demostró constantemente en la práctica, de que sólo es posible tomar decisiones terapéuticas adecuadas si se sabe valorar integralmente a los enfermos.

## Referencias bibliográficas

**1.- Caetano G, Rila J.**
Historia Contemporánea del Uruguay.
Montevideo. CLAEH. Editorial Fin de Siglo. 2005.

**2.- Chifflet A.**
Los servicios de retiro por enfermedad en el ferrocarril argentino.
1932. Inédito.

**3.- Chifflet A.**
La asistencia al trabajador incapacitado para trabajar.
1935. Inédito.

**4.- Chifflet A.**
Comentario sobre la recidiva herniaria inguinal.
Asociación Argentina de Cirugía. Sesión del 6 de octubre de 1941.
Págs 414-415.

**5.- Chifflet A.**
La hernia inguinal.
El Día Médico Uruguayo. 1941; 9: 608-611.

**6.- Chifflet A.**
Títulos Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944. 46 págs.

**7.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945.
Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**8.- Chifflet A.**
La hernia inguinal directa.
Bol Soc Cir Urug 1950; 21: 418-431.

**9.- Chifflet A.**
Tratamiento de la hernia inguinal directa.
Bol Soc Cir Urug.1950; 21: 433-442.

**10.- Chifflet A.**
Técnica operatoria en la hernia inguinal.
Bol Soc Cir Urug. 1955; 26: 358-363.

**11.- Chifflet A.**
La hernia inguinal recidivada.
Clínica Quirúrgica Prof. José A. Piquinela. Temas para graduados. II. Montevideo. 1961. págs 27-34.

**12.- Familia Chifflet de Lodron.**
Datos testimoniales y documentales.

**13.- Intendencia de Montevideo.**
http://www.montevideo.gub.uy/ciudad/arquitectura/estatuas-y-monumentos/obelisco-los-constituyentes

**14.- Mañe F.**
Testimonio.

CAPÍTULO 5

# FORMACIÓN EN CIRUGÍA. PASOS ACADÉMICOS INICIALES E INTERMEDIOS

**Sumario**


**1.- INTRODUCCIÓN**

**2.- UNA CARRERA VERTIGINOSA**

**3.- LAS RAZONES DE LA PROFUNDA ADMIRACIÓN DE CHIFFLET POR ALFONSO LAMAS Y POR LUIS MONDINO**

**4.- MÉDICO ADJUNTO DE SALA (1930-1931)**

**5.- JEFE DE CLÍNICA TITULAR (1932, 1933 y 1934)**

**6.- ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE PUERTA DEL HOSPITAL MACIEL**

**7.- CONCURSO DE PROFESOR AGREGADO DE CIRUGÍA**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


## 1.- INTRODUCCIÓN

Apenas graduado, Chifflet comenzó su especialización en Cirugía.

En esa época, para ello no existían cursos ni programas. La Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina sería creada dos décadas después, en septiembre de 1952, por iniciativa del Decano Mario Cassinoni, y los primeros cursos en quince especialidades comenzarían entre 1953 y 1954 [(18)].

La única forma de capacitarse en Cirugía era trabajar regularmente en una de las clínicas de la especialidad en los hospitales Maciel o Pasteur. Éstas se organizaban según el modelo europeo centrado en el "patrón", y en casos extremos constituían grupos aislados y rivales (capítulo 3). El cambio hacia el modelo de clínica estadounidense se iniciaría más tarde y en él Chifflet tuvo un papel destacado.

La Cirugía ya tenía un contenido particular de conocimientos propios relacionados con los de la Medicina, pero independientes, y su terapéutica específica se había perfeccionado considerablemente. Era General; había pocas sub-especialidades.

Se ocupaba preferentemente de un repertorio de enfermedades superficiales de la Patología Externa, diagnosticables y tratables con conceptos anatómicos.

Pero en forma creciente agregaba operaciones viscerales en regiones profundas del cuerpo. La tabla que sigue contiene datos sobre algunas de las primeras. No es completa y sus contenidos siempre podrán ser históricamente discutidos; pero permite una mirada panorámica sobre los primeros pasos de la conquista de este nuevo territorio por la Cirugía.

| LAS PRIMERAS OPERACIONES DE CIRUGÍA VISCERAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Año** | **País o ciudad** | **Cirujano** | **Procedimiento** |
| 1879 | Heidelberg | Vincenz Czerny | Primera amputación abdomino-perineo-sacra del recto |
| | Francia | Jules Emile Péan | Primeras antropilorectomías |
| 1881 | Austria | Theodor Billroth | Primera antropilorectomía con sobrevida |
| 1882 | Berlín | Carl Langenbuch | Primera colecistectomía |
| 1903 | Estados Unidos | John Finney | Gastroduodenostomía |
| 1908 | Inglaterra | William Miles | Amputación abdominoperineal del recto |
| 1910 | Estados Unidos | Donald Balfour | Sigmoidectomía por cáncer |
| 1912 | Alemania | Wilhelm Ramstedt | Piloromiotomía |
| | Francia | Pierre Fredet | |
| 1913 | Estados Unidos | Henry Janeway | Gastrostomía con trayecto tunelizado |
| 1918 | Austria | Hans Finsterer | Gastroyeyunostomía oral parcial retrocólica |
| 1919 | Inglaterra | Thomas Dunhill | Cirugía del bocio exoftálmico |
| 1930 | Inglaterra | Cecil Joll | Tiroidectomía subtotal para la tirotoxicosis |
| **Chifflet comienza su formación en cirugía** | | | |
| 1931 | Alemania | Rudolph Nissen | Primera neumonectomía por bronquiectasias |
| 1939 | Estados Unidos | Edward Churchill | Segmentettomía pulmonar para tratamiento de bronquiectasias |
| 1951 | Francia | Charles Dubost | Primera aneurismectomía exitosa de la aorta abdominal |
| 1956 | Estados Unidos | John Merrill | Primer transplante renal exitoso |

Como el refinamiento, divulgación y posibilidades de realización segura de estas técnicas en el mundo occidental insumieron cierto tiempo, se puede comprender que cuando Chifflet inició su capacitación en Cirugía no pocas de ellas todavía planteaban dificultades y riesgos considerables.

– – –

El liderazgo mundial de la Cirugía, ejercido hasta el momento según el tema y la época por Inglaterra, Alemania, Austria o Francia, también había declinado en favor del liderazgo estadounidense que ya era evidente.

Algunos cirujanos uruguayos se habían formado en ese país y otros, como Manuel Albo y Julio Nin y Silva habían visitado clínicas quirúrgicas estadounidenses.

Y con el fin de reclutar membresías, el American College of Surgeons había enviado delegaciones a América del Sur. Éstas llegaron a Montevideo en 1920 y en 1921. En la primera vino Charles Horace Mayo, uno de los hermanos fundadores de la famosa Clínica homónima. Las delegaciones visitaron el Hospital Italiano, vieron operar a los dos profesores más notorios de la época, Alfonso Lamas y Alfredo Navarro, y se llevaron una impresión muy positiva de la Cirugía uruguaya [22].

Los recursos materiales disponibles para la realización de las técnicas quirúrgicas entonces eran considerablemente precarios:

- Para la anestesia, desde mediados del siglo XIX se disponía de éter, óxido nitroso y cloroformo. El etileno, y el ciclopropano llegaron a Montevideo a mediados de la década de 1930 [12][13][14].
- La antisepsia y asepsia se conocían y aplicaban desde el último cuarto del siglo XIX.
- Los materiales de sutura y ligadura eran naturales, no sintéticos.
- Hacía apenas once años que se disponía de lámparas scialíticas [8] y sólo dos que se había inventado el electrocauterio [1].
- En 1935 aparecieron las sulfas, y los antibióticos bastante después.
- En Uruguay la primera transfusión directa de sangre citratada se realizó a mediados de la década de 1910, y los primeros bancos de sangre aparecieron a mediados de la década de 1930 [9].

El ejercicio de la Cirugía estaba fuertemente condicionado por las características del medio.

En Montevideo, la mayoría de los cirujanos era de dedicación exclusiva a la especialidad. Actuaban en las clínicas hospitalarias, en los sanatorios de las instituciones mutuales, y en numerosos sanatorios privados.

## 2.- UNA CARRERA VERTIGINOSA

Para especializarse en Cirugía Chifflet eligió la Segunda Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina del Profesor Alfonso Lamas.

Permaneció en ella cinco años hasta principios de 1935, en que hizo efectivo el uso de la Beca Anual en un viaje de estudios a Estados Unidos

de América, Cuba y Chile. Por ausencias del Profesor Lamas, la Clínica estuvo varias veces a cargo de Luis Mondino, en total por alrededor de un año.

Como parte de esta especialización también concurrió al Servicio de Puerta del Hospital Maciel a capacitarse en Cirugía de Urgencia.

En esos cinco años Chifflet realizó una carrera quirúrgica "vertiginosa" [(17)], en la que sucesivamente fue Médico Adjunto de Sala (a los 25 años), Jefe de Clínica (a los 28 años), y Profesor Agregado (a los 29 años).

## 3.- LAS RAZONES DE LA PROFUNDA ADMIRACIÓN DE CHIFFLET POR ALFONSO LAMAS Y POR LUIS MONDINO.

Este aspecto merece ser desarrollado con cierto detalle, por la importancia que ambos tuvieron en el modelado de la personalidad profesional, quirúrgica y docente de Chifflet.

– – –

**ALFONSO LAMAS DELGADO ("Don Alfonso") [(16)]**

Pertenecía a una familia uruguaya de oficiales militares (abuelo materno, padre, y dos hermanos). Se formó íntegramente en nuestra Facultad, y en Cirugía con José Pugnalin. Gustaba de las cosas campestres y militares, y participó en la Sanidad de varios alzamientos en Uruguay y Argentina (Leandro Alem).

En 1896 con 29 años fue nombrado Profesor de la Segunda Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina en la sala Jacinto Vera en la que hizo construir un pequeño block operatorio con una sala para operaciones asépticas, otra para curaciones y operaciones sépticas y un cuarto de materiales para lavado, esterilización, etc.

Era bajo, pletórico; tenía bigote en cepillo, mirada brillante, penetrante, y expresión de paisano vivaz, pícaro, inteligente. Daba sensación de gran vitalidad.



ALFONSO LAMAS DELGADO
(1867-1954)
Profesor de Clínica Quirúrgica
entre 1896 y 1935.

Se lo ha descrito como una mezcla de de gaucho de la epopeya libertadora, y de caballero español de hablar castizo, irónico y educado.

Poseía mucho sentido clínico, enorme experiencia, pragmatismo, sensatez, ingenio y agudeza.

Se destacó su firmeza, justicia, tolerancia, honestidad, sobriedad, espíritu práctico y su especial y destacable cariño y respeto por los enfermos. Decía por ejemplo que *"la anestesia es un acto médico y nuestros pacientes tienen el derecho de ser atendidos por médicos",* por lo que ordenaba que la realizaran los practicantes internos o los estudiantes de medicina, no los enfermeros o las monjas y, en los casos más complejos, los jefes de clínica o asistentes.

En 1935 a los 68 años, se retiró para dejar lugar a los jóvenes. Lo sucedió Domingo Prat.

Políticamente Lamas era blanco. Sin embargo operó a José Batlle y Ordóñez de una hernia. Integró el Directorio del Partido Nacional en 1904 y durante seis años fue miembro del Consejo Nacional de Administración. Cuando la Revolución Nacionalista de 1904 dejó el servicio en manos de Luis Mondino y se incorporó al Ejército Nacionalista como cirujano jefe del Estado Mayor General.

El Gobierno colorado de Batlle destituyó a Lamas de su cargo en el Hospital de Caridad. Cuando la batalla de Masoller Lamas no se encontraba en la zona y por ello no asistió a Saravia. Llegada la paz de septiembre, luego de una resistencia inicial del propio Lamas, fue reintegrado a su cargo.

Entre sus numerosos discípulos, además de Abel Chifflet, se destacaron Clivio Nario, Horacio García Lagos, Juan Carlos Del Campo, José Piquinela, Ricardo Yannicelli, Emilio Andreón, y Hamlet Suárez.

## LUIS MONDINO [15]

Su figura era inseparable de la de Lamas. Cuando éste en 1896 asumió como Profesor, nombró a Mondino Jefe de clínica. Tenía la misma edad que Lamas (29 años) y también se había formado con Pugnalin de quien aprendió la importancia de la antisepsia. Pese a ser muy diferente a Lamas, y pertenecer al partido colorado, trabajaron varias décadas en gran armonía formando un dúo inseparable. En 1920 fue nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica Adjunto.

Mondino era alto, solemne y pausado, vestía en forma cuidada, y tenía cabello y bigote largos, precozmente blanquecinos. Contrastaba con Lamas y burlonamente se los comparaba a Don Quijote (Mondino) y Sancho Panza (Lamas).



LUIS P. MONDINO en 1950. (1867-1957). Profesor de Clínica Quirúrgica Adjunto desde 1920.

Se lo ha descrito como honrado, afectuoso, de expresión bondadosa, aspecto noble y digno, gesto cansino o fatigado y voz profunda. Poseía mucho "olfato clínico". Fue un fanático de la asepsia y su tesis de 1894 sobre *"La desinfección quirúrgica. Antisepsia y asepsia en cirugía"* es un clásico que describió con detalle esta conquista por primera vez en el país.

Era muy erudito; leía y hablaba en inglés lo que le permitía leer a Moyniham y a los hermanos Mayo, y ser un receptor y divulgador en el medio de las novedades y avances de la cirugía estadounidense. También era muy memorioso: según Lamas era *"un archivo clínico viviente"*.

Integró la Junta Central de Auxilios, una institución civil creada por el Presidente José Batlle y Ordóñez en enero de 1904 que destacaba misiones sanitarias a las zonas de guerra. Mondino se encontraba en una de esas misiones en la zona de la batalla de Masoller, cuando a pedido del Dr. Arturo Lussich, médico jefe de la sanidad del ejército revolucionario, se trasladó varias leguas más allá de la frontera a una estancia para ver en consulta a Aparicio Saravia herido de muerte en el abdomen.

– – –

En múltiples conversaciones con sus colaboradores Chifflet expresó en forma muy clara que profesaba una profunda admiración y estima por Lamas y por Mondino.

Y en varios documentos describió las razones de las mismas.

Los pasajes que siguen constituyen una muestra de la forma que tenía Chifflet para medir el valor de una persona y, a la vez, un ejemplo característico de su escritura precisa, sobria y elegante.

*"Y toda esa actividad, girando alrededor de dos figuras, que han impreso en la cirugía de ellos, las características salientes: el carácter y la hombría de don Alfonso Lamas y la bondad sin límites de don Luis Mondino."*(2)

– – –

*"… mi actuación junto al Prof. Lamas queda reducida a cuatro años: uno de estudiante de tercer año, uno de Practicante Interno y dos de Jefe de Clínica. Este cálculo … hace dudar de que yo tuviese que escribir muchas páginas para hablar de Alfonso Lamas. Pero de inmediato surge la verdad. Cuando en un hombre se ven uno, dos, tres actos, tal vez no más, que lo definen de un modo categórico como un verdadero hombre, los que comienzan el culto de su persona, tienen incorporado a su propio yo, el mordiente para que no escape ni un gesto del maestro. Entonces, no en cuatro, sino en un año, se vive toda la vida pasada de ese hombre y en los años que siguen se está aún bajo esa influencia directriz.*

*… dictando una clase en su presencia, después de diez años que no actuaba junto a él,* (decía) *que no sentía por ello ninguna nerviosidad, porque durante esos diez años, cuando daba mis lecciones, me encontraba bajo su control. Su gesto severo, persuasivo y elocuente en la enseñanza, rígido en el respeto del enfermo, violento con-*

*tra toda forma de mentira, sin ambages en la solución más precisa de los problemas del Servicio, ha sido para mí un continuo alerta en toda mi actuación profesional y docente.*

*Durante un año de Jefatura de Clínica el Servicio estuvo a cargo del Dr. Mondino. Es posible que sin esa circunstancia la figura del doctor Lamas no hubiese adquirido en mí la plenitud de su individualidad. Porque hay que conocer a Mondino para llegar a comprender a Lamas. Esos dos hombres, que se quieren entrañablemente, conservan nítidamente sus caracteres propios, a veces muy diferentes, después de toda una larga vida en común. Constituyen el ejemplo más acabado, de que cuando hay hombría de bien, las diferencias de temperamento pueden unir, con más firmeza, a modo de complemento, realzando, aun más en cada uno de los integrantes, una definida personalidad. De ese volumen superior son las figuras de Lamas y Mondino."* (4).

Sobre Alfonso Lamas Chifflet escribió aún con más detalle.

*"Por su recia personalidad tallada en una sola pieza, inmutable en el cumplimiento de la verdad, duro y áspero a veces, pero fundamentalmente bueno y sano por sus actitudes humanas.*

*Por la maravillosa unidad de sus características fundamentales que siempre mantenía en su actividad múltiple en las altas esferas del gobierno, en las llanuras revolucionarias, en la enseñanza médica, o en la conducta quirúrgica. Ella era posible por su férreo apego a la disciplina moral que coloca el honor como elemento inconmovible de la vida y por su exquisita sensibilidad emotiva que invariablemente daba un acento de humildad a sus actitudes. Porque era respetuoso con el enfermo, lo trataba con calidez y le infundía tranquilidad.*

*Y porque no fue un aventurero de la cirugía, un innovador antojadizo, sino un cirujano consciente de los recursos de su profesión, que los administró con profundo respeto por los enfermos. En el complejo proceso de diseñar el plan terapéutico, pesaba fuertemente el respeto por la vida, la salud, y la felicidad de los enfermos, que nunca sucumbió a la tentación de aplicar una nueva técnica o de aventurar una operación que pudiera ser perjudicial. Eso le hizo aparecer como un tímido o como carente de recursos técnicos apropiados, ante quienes ignoraban que jamás esquivó una operación por riesgosa o compleja cuando tenía conciencia de que iba a beneficiar al enfermo, y que jamás se doblegó ni perdió la serenidad en lo más cruento de una operación azarosa.*

*Por ello era capaz de aconsejar o practicar una operación de tonalidades tímidas en dos tiempos, como la que utilizaba para el quiste hidatídico del pulmón que en su época permitió salvar a centenares de jóvenes de nuestra campaña que dejó un monumento de vidas en su paso por la tierra.*

*Durante décadas tuvo un gran volumen operatorio, se mantuvo actualizado sobre los avances de la Cirugía en todo el mundo, discernió criteriosamente lo que eran progresos que incorporó a su práctica como las colecistectomías e histerectomías a fines del siglo XIX, el éter como anestésico, la posición sentada para la cirugía del*

*tórax, la asepsia, la operación inmediata en la apendicitis aguda cuando todavía centros quirúrgicos europeos la rechazaban, y la cirugía en el bocio exoftálmico bien preparado.*

*Y en 1934 cuando el avasallante progreso de la Cirugía hizo difícil a los que actuaron en las de épocas anteriores adoptar el nuevo ritmo y las nuevas orientaciones, consideró necesario dejar el lugar a los nuevos cirujanos bien preparados que había en el país y por su propia decisión se retiró de toda actividad docente y profesional, pública y privada.*

*Diez años después exteriorizaba su admiración por los progresos en la anestesia y cuidados del enfermo en el acto operatorio, por la transfusión sanguínea y el mantenimiento humoral del organismo, por la cirugía a pleura abierta, por los antibióticos, por la división de la cirugía en varias ramas que avanzaban audazmente por caminos propios, y la inmensa alegría que le producían los resultados operatorios que no se hubiesen obtenido jamás en su época.*

*Pero no señalaba que él, formado en la Cirugía de otras épocas, con su modalidad abrió las posibilidades de que nuevas generaciones se incorporaran a ese progreso.*

– – –

*Lamas fue un hombre de ciencia, un gran maestro con una vida con otras facetas que dieron tal realce a su personalidad que no dejaron exteriorizar demasiado la de científico y la de sabio.*

*No ubicó el centro del mundo en su persona. Asistió, prestando su ayuda, a la marcha de la humanidad. No tuvo en su clínica una tribuna sino un asiento más, igual al de sus alumnos, y en el centro del anfiteatro la realidad única frente a la cual todos eran iguales: el enfermo. Enseñó hablando con el enfermo o justificando la conducta a seguir.*

*Enseñó siempre con el mismo método: daba su opinión con firmeza, y escuchaba con gran atención las de otros; luego en un rápido juego intelectual hacía la síntesis de opiniones y surgía la conclusión terapéutica. En ese momento aparecía el hombre defensor de su enfermo, defensa que hacía con rigor. Responsable de su cargo tomaba resolución que era ya el imperativo para actuar.*

*Los que en su Clínica iniciaban la carrera quirúrgica se sentían cómodos si actuaban de acuerdo con la línea de rigurosa conducta moral de Lamas, terreno en que podían estar seguros de contar siempre con su asentimiento.*

*Y así, en forma natural, tuvo numerosos discípulos de primer nivel que no se llevaron de la Clínica un cargamento de conocimientos del maestro, sino una modalidad para obrar, una línea rígida de conducta frente al enfermo, un alto concepto de respeto por el hombre, una valoración de lo que es la responsabilidad del cirujano por todo lo que buscan la oportunidad para exteriorizar su orgullo por el maestro."* (6)

En las últimas frases de este texto Chifflet hizo una descripción de su maestro Lamas, que podría utilizarse para caracterizar exactamente, pala-

bra por palabra y concepto por concepto, lo que veinte años después fue su comportamiento como Profesor de Clínica Quirúrgica.

– – –

Lamas correspondió a esta admiración como lo demuestra esta carta que envió a Chifflet cuando era Jefe de Clínica y que éste transcribió *"con orgullo de discípulo"*(3)**.**

*Montevideo, mayo 16 de 1933.*
*Sr. Dr. D. Abel Chifflet, Jefe de Clínica Quirúrgica.*
*Dr. Chifflet:*
*La circunstancia de estar impedido de figurar como miembro del Tribunal que juzgará el próximo concurso de Agregación de Cirugía, me mueve a testimoniar a Vd., el juicio que merece su actuación en la Clínica Quirúrgica a mi cargo.*
*Hace cuatro años que como externo, interno y Jefe de Clínica Vd. aprende, cura y enseña en la Clínica.*
*Lo primero, en una forma que constituye un ejemplo para sus condiscípulos y un estímulo para sus maestros.*
*Lo segundo, puedo afirmar que conoce Vd. toda la Cirugía corriente, que la marcada atención que dedica a los enfermos, junto con su buena técnica operatoria, tiene forzosamente que traducirse en un porcentaje muy apreciable de éxitos.*
*Y en cuanto a lo tercero, su colaboración en la función docente de la Clínica es eficaz y brillante.*
*No vacilaría en emitir este juicio que pudiera parecer exagerado, si no tuviera el apoyo invalorable de sus clasificaciones de exámenes y el testimonio de los numerosos discípulos de la Clínica.*
*Saluda a Vd. con particular aprecio.*
*A. Lamas".*

Luego del retiro de Lamas, Chifflet continuó recordándolo.

En una publicación sobre equinococosis, hecha un año después del retiro de éste, Chifflet señaló que *"es un fragmento de lo mucho que guardamos de esa Clínica que fue nuestro hogar."*(5)

Y como lo prueba una fotografía, lo visitaba en su casa de Playa Verde.



1940. Abel Chifflet (en la izquierda de la fotografía, con sombrero en la mano) y otros, en Playa Verde visitando a Alfonso Lamas (de boina vasca y con las manos en los bolsillos, en el centro de la fila posterior) y a Luis Mondino (de boina, reclinado sobre el muro de la escalera).



Julio de 1947. Santiago Vázquez. 80 años de Alfonso Lamas y de Luis Mondino (ambos con sombrero). Abel Chifflet está a la derecha de Mondino. Entre ambos asoman Juan C. Del Campo y detrás de éste H. Ardao. En el extremo derecho de la primera fila, D. Prat.

## 4.- MÉDICO ADJUNTO DE SALA (1930-1931)

Chifflet desempeñó este cargo de carácter honorario desde 1930 hasta fines de febrero de 1932, en forma simultánea con sus dos últimos años de Disector del Instituto de Anatomía.

Cuando a principios de 1932 estaba próximo a finalizarlo y acceder al de Jefe de Clínica, en el Hospital se produjo un sonado incidente entre la esposa del ex Presidente de la República Baltasar Brum y el Practicante Interno Hamlet Suárez, a propósito de la asistencia de una paciente, amiga de la primera, que estaba internada en la Sala de Cirugía B en la que trabajaba Chifflet.

Rápidamente este incidente se transformó en un entredicho que implicó dudas de los involucrados sobre el proceder del otro, y luego en un ruidoso diferendo que tomó estado público, entre dos instituciones: el Sindicato Médico del Uruguay que entonces tenía 12 años de fundado, y el Consejo de Salud Pública que dos años después por el Decreto-ley 9.202 del 12 de enero de 1934 del gobierno dictatorial de Terra sería transformado en Ministerio de Salud Pública [21].

Los principales protagonistas del entredicho, Abel Chifflet y Eduardo Blanco Acevedo, tenían una fuerza muy desigual.

Chifflet tenía 27 años. Se vio envuelto involuntariamente en este episodio. Tenía el apoyo y el consejo de buenos amigos, pero lo enfrentó directamente, poniendo de su parte todo lo posible para mantenerlo fuera de la consideración pública, y mostrándose indoblegable en su posición basada en sólidas razones. Con ello, más allá de los desbordes propios del estilo vehemente de su juventud, y con plena conciencia de su debilidad, defendió con firmeza importantes principios éticos del ejercicio profesional.

Blanco Acevedo tenía 48 años, antecedentes impresionantes y considerable poder.

### LOS ANTECEDENTES Y EL PODER DE BLANCO ACEVEDO, Y SUS RELACIONES CON LA FACULTAD DE MEDICINA, EL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY Y CHIFFLET EN LAS DÉCADAS DE 1930 Y 1940

Los antecedentes de Blanco Acevedo incluían el perfeccionamiento en Cirugía en París y la Jefatura del Servicio de Cirugía de dos importantes hospitales de esa ciudad durante la Primera Guerra Mundial, lo que ulteriormente le mereció altas distinciones del Gobierno de Francia.

Había sido Jefe de Cirugía (1919-1921) y luego director (1921-1925) del Hospital Militar [20] y uno de los primeros presidentes de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay [19].

Reunía considerable poder.

En la Facultad de Medicina, en 1929 había sido nombrado Profesor de Clínica Terapéutica Quirúrgica. Un año después, la muerte inesperada del Profesor de Clínica Quirúrgica del Hospital Maciel Gerardo Arrizabalaga, produjo movimientos en serie. El Profesor Horacio García Lagos trasladó su clínica desde el Hospital Pasteur a las salas que Arrizabalaga había ocupado en el Maciel, y Blanco Acevedo pasó a ocupar las salas del Pasteur que dejó García Lagos y se transformó en Profesor de Clínica Quirúrgica, cargo en el que fue sucesivamente reelecto hasta su retiro en 1952 con 68 años.

Además tenía un servicio de Ginecología en el Hospital Pereira Rossell.

En el aspecto político tenía parentesco y mucha proximidad con el presidente Gabriel Terra [21]. Presidía el Consejo de Salud Pública y fue el redactor del Decreto-Ley 9.202 del 12 de enero de 1934, que lo transformó en Ministerio de Salud Pública, del cual fue el primer ministro [21].

Además presidía la Comisión Honoraria encargada de la construcción de edificios para el Hospital de Clínicas, el Instituto Experimental de Higiene y la Escuela de Odontología [24].

— — —

Blanco Acevedo tuvo varias actitudes con la Facultad de Medicina, sus profesionales y sus estudiantes, que fueron muy cuestionadas y le generaron numerosos enemigos y un rechazo fuerte y duradero.

En 1932 participó con Chifflet en el episodio referido en este capítulo, que motivó que fuera suspendido temporariamente como socio del Sindicato Médico del Uruguay.

En su gestión ministerial reemplazó a diez y ocho médicos que habían ganado un concurso para cargos en la Asistencia Externa, por otros de su confianza. El Sindicato Médico del Uruguay rechazó enérgicamente esa decisión y la Asociación de los Estudiantes de Medicina personificó en Blanco Acevedo todos los graves defectos que veía en el sistema político en materia de gestión asistencial pública, y lo hizo blanco de las duras críticas que le formuló en los años siguientes en sus movilizaciones por la pertenencia del Hospital de Clínicas.

— — —

A fines de 1945 correspondía que el Consejo de la Facultad de Medicina reeligiera a Blanco Acevedo en su cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica. El asunto se trató en la sesión del 1 de diciembre [10]. Chifflet era delegado del Orden Docente, pero no estuvo presente en esa sesión.

Pese a que la discusión se hizo en régimen de sesión secreta, tres consejeros presentaron por escrito el fundamento de su voto para que constara en actas. Ellas reflejan muy bien que trece años después de producidas, persistía el recuerdo de las actitudes negativas asumidas por Blanco Acevedo.

La nota del Dr. Eugenio Fulquet decía que él en la Comisión de Enseñanza consideró que correspondía que se aconsejara dicha confirmación, porque por los reglamentos era una comisión técnica que debía informar al Consejo sobre la capacidad y dedicación de Blanco Acevedo en el quinquenio, y con los elementos de juicio que disponía correspondía hacerlo.

Pero como consejero no podía tener la misma posición. Si bien debía atenerse a los mismos reglamentos, el concepto de un Profesor rebasaba los estrechos límites de éstos y debía abarcar todos los aspectos de su personalidad, algunos de los que debían primar sobre la preparación y dedicación. Estos aspectos eran los éticos que orientaban y daban sentido moral a su actuación cívica, universitaria, funcional y profesional. Porque las sociedades en gestación como la nuestra, daban a los Profesores una función social ejemplarizante.

El juicio que le merecía la historia viva en la memoria de todos de la actuación de la tan discutida personalidad del Profesor Blanco Acevedo como ciudadano, universitario, funcionario y profesional, le comportaban reparos de tal entidad que hacían carecer de sentido las rígidas limitaciones de un reglamento. Sus actitudes como profesional y Ministro de Salud Pública en una época ya pasada, fueron desconsideradas y agraviantes para la Facultad.

Si bien reconoció que su actuación en la Presidencia de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas se cumplía en un plano de alta jerarquía, de enorme labor de gran contenido social y alto patriotismo, para emitir su juicio tenía en cuenta todos esos factores tan dispares y hasta contradictorios y no podía prescindir de los reparos éticos.

Como el voto de los Consejeros era obligatorio, en el momento de votar se iba a retirar de sala.

La nota del Dr. Carlos Murguía argumentó en forma similar pero, ateniéndose a los reglamentos debía juzgar los cinco años de actuación de Blanco Acevedo como Profesor, que no sólo no habían merecido ningún reparo, sino que habían sido muy positivos. No se estaban juzgando sus actuaciones anteriores que merecieron amplios y fundados reparos por el perjuicio a los intereses de la Facultad, de la clase médica y de los estudiantes, y que ya habían sido juzgadas. Por eso votaba afirmativamente la reelección.

El Dr. Ernesto Stirling votó afirmativamente aunque dejando en claro que lo hacía sin el entusiasmo con que se vota a quienes están libres de objeciones para el ejercicio del profesorado. Que era evidente que Blanco Acevedo presentaba, o mejor había presentado aspectos que merecían reparos importantes: su colaboración con la dictadura; su falta de consideración hacia la Facultad y hacia colegas dignos de respeto como Ministro de Salud Pública; y una actuación docente que no había estado a la altura que correspondía.

Pero que había indicios de recuperación, especialmente en la gestión como Presidente de la Comisión Honoraria del Hospital de Clínicas.

Su voto era afirmativo en el sentido de la tolerancia y de la buena voluntad para el entendimiento entre los hombres

Se resolvió confirmarlo por ocho votos. El Consejero Tiscornia votó en contra.

— — —

Entre 1946 y 1949 Chifflet como Decano tuvo contactos con Blanco Acevedo por el Hospital de Clínicas (ver capítulo 10), pero ambos estaban en posiciones diferentes respecto a la pertenencia de éste.

— — —

Blanco Acevedo tuvo también una intensa actividad política. Lideraba una fracción del Partido Colorado, hacia 1946 llamada blancoacevedismo. En 1934 fue electo senador pero se incorporó a su banca dos años después. En 1938 fue uno de los candidatos a la Presidencia de la República por el Partido Colorado, pero no fue elegido. En 1946 fue electo nuevamente senador. En 1950 participó en la sesión de la Asamblea General en que se aprobó la ley de pertenencia del Hospital de Clínicas a la Universidad, ley a la que apoyó. En 1951 fue Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social, en 1952 integró el Consejo Nacional de Gobierno, y luego fue nuevamente senador hasta 1959.

Este episodio ocurrido en 1932, es importante porque constituye un claro ejemplo de la firmeza con que el joven Chifflet defendía sus convicciones. Por esa razón en el capítulo 19, apéndice 5, se incluye un resumen detallado del mismo y de sus consecuencias.

Este capítulo se limita a señalar que constituyó una confrontación entre los dos paradigmas asistenciales, éticos e institucionales en que estaban colocados Chifflet y Blanco Acevedo, en un período en el que ya eran evidentes las consecuencias sociales de las rispideces políticas que precedieron al Golpe de Estado de 1933.

## 5.- JEFE DE CLÍNICA TITULAR (1932 -1934)

Desde el primer Decanato de Navarro (1905-1907), para atraer y ligar a la Facultad al mayor número posible de jóvenes profesionales, la Jefatura de Clínica había dejado de ser un cargo vitalicio [7].

También había dejado de proveerse por designación directa, y se accedía a él por una prueba de admisibilidad.

Chifflet realizó esta prueba, y en su relación de Títulos, Méritos y Trabajos de 1944 señaló: *"Primer puesto entre nueve aspirantes. Obtuve 20 puntos por la prueba clínica, 10 puntos por actuación, 10 puntos por trabajos científicos, los que sumados a los 9,87 de mi escolaridad llegan a 49,87. Sobre un máximo posible de 50, ha sido mi resultado el más elevado que se obtuvo en la Facultad de Medicina".*

En su Legajo Personal de la Facultad de Medicina consta que fue nombrado en marzo de 1932 por un año, y confirmado también por un año en febrero de 1933 y de 1934.

En la referida relación Chifflet señaló que los tres años trabajó en la Sala Maciel.

En el último año superpuso o complementó sus funciones con las clínicas (honorarias) inherentes a su condición de novel Profesor Agregado de Cirugía.

En el discurso pronunciado por Román Arana Iñiguez en 1959 cuando asumió los cargos de Profesor de Neurocirugía y Director del Instituto de Neurología, recordó que, cuando estudiante de Medicina, su primer curso de Clínica Quirúrgica lo hizo en el Servicio de Alfonso Lamas cuyos Jefes de Clínica eran Emilio Andreón (unas frases más adelante Arana dijo que le tocó trabajar con él y dio testimonio de que era un hombre excepcional por su fineza, bondad y preparación), Abel Chifflet, y Mario Grolero [23].

Esta referencia muestra quienes acompañaban a Chifflet en esa etapa de su vida académica. Pero la vinculación entre Chifflet y Arana se estableció más adelante (ver capítulo 16).

## 6.- ACTIVIDADES EN EL SERVICIO DE PUERTA DEL HOSPITAL MACIEL

No ha quedado un legajo personal de esta actividad de Chifflet.

En esos años de comienzos de la década de 1930, el primer "Cuarteto de Urgencia" [11] se había desmembrando por renuncia de sus integrantes:

- Manuel Albo en 1924 por haber sido nombrado Jefe de Servicio en el Hospital Pasteur.
- Domingo Prat en 1929 por haber sido nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica.
- José Iraola en 1932 por haber sido nombrado sustituto de José P. Lenguas como Jefe de Servicio en el Hospital Maciel.
- Garibaldi Devincenzi que dejó de ejercerlo y se jubiló en 1942.

De modo que desde que Chifflet se graduó como médico y comenzó a concurrir al Servicio de Puerta del Hospital Maciel en calidad de tal, del cuarteto original sólo quedaban Iraola y Devincenzi.

Pero poco a poco se había ido constituyendo un segundo "Cuarteto" de cirujanos de Puerta del Maciel, unos años mayores que Chifflet, que también fue famoso:

- Juan C. Del Campo (1896-1978) ocho años mayor que Chifflet que inició su actividad en Cirugía de Urgencia en 1921.
- Velarde Pérez Fontana (1894-1975) diez años mayor que Chifflet y cirujano titular desde 1935.
- Fernando Etchegorry (1895-1960) nueve años mayor que Chifflet.
- Pedro Larghero (1901-1962), tres años mayor que Chifflet.

En su descripción de Títulos Méritos y Trabajos de 1944 [3], Chifflet precisó que estuvo dos años como Médico Adjunto de este Servicio, con los Doctores Velarde Pérez Fontana y Juan Carlos Del Campo y como

suplente de otros titulares. Es muy probable que esos dos años hayan sido los mismos de Médico Adjunto en la Sala de Cirugía B.

Varios de sus primeros trabajos fueron hechos con observaciones clínicas de pacientes tratados en el Servicio de Puerta.

En cuanto a otras actividades en Cirugía de Urgencia, en la referida fuente Chifflet también relató que en un concurso de Méritos en Salud Pública accedió al cargo de primer suplente de Cirujano de Bureaux, pero no aclaró las fechas (es posible que hayan sido algo posteriores), a qué hospital u hospitales estuvo asignado y la frecuencia con que fue convocado.

## 7.- CONCURSO DE PROFESOR AGREGADO DE CIRUGÍA

Chifflet realizó este concurso en 1933, cuando tenía tres años de recibido, estaba en su segundo año de desempeño de la Jefatura de Clínica y era Delegado del Orden Estudiantil en el Consejo de la Facultad de Medicina (capítulo 13).

Los detalles del concurso y de cómo desempeñó el cargo se describen en el capítulo 7.

## Referencias bibliográficas

**1.- Bovie W, Cushing H.**
Electrosurgery as an aid to the removal of intracranial tumors with a preliminary note on a new surgical-current generator.
Surg Gynecol Obstet 1928; 47: 751–784.

**2.- Chifflet A.**
Discurso en memoria del Profesor Manuel Albo, como representante del Sindicato Médico del Uruguay en el homenaje tributado en la Facultad de Medicina el 6 de noviembre de 1936, al cumplirse un año de su fallecimiento.
Acción Sindical 1937: 17: 8-10.

**3.- Chifflet A.**
Títulos Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944. 46 págs.

**4.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**5.- Chifflet A.**
Equinococosis (quiste hidático).
Montevideo Imprenta Mercant. 1936. 62 páginas.

**6.- Chifflet A.**
Homenaje al Prof. Lamas.
Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 698-701.

**7.- Comité de Homenaje del "Día de Navarro".**
En: Alfredo Navarro. Investigaciones de Cirugía Clínica y Experimental.
Montevideo. Casa Barreiro y Ramos S.A. 1927. Prólogo IX-XVI.

**8.- Crestanello F.**
Historia de la iluminación en Cirugía.
Revista Médica del Uruguay 2011; 27: 175-186.

**9.- Decaro J, Lemos F, Magri M.**
Historia de la Medicina Transfusional.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. 2011. 226 págs.

**10.- Facultad de Medicina.**
Actas de la sesión del Consejo Directivo del 1 de diciembre de 1945.

**11.- Mañé Garzón F.**
El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay 1902 – 1952.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. 2005.

**12.- Palma E.**
Analgesia obstétrica con ciclopropano.
Arch Urug Med Cir Espec 1936; 9: 185-190.

**13.- Palma E.**
Consideraciones sobre la analgesia y anestesia obstétrica con gases.
Arch Urug Med Cir Espec 1937; 11: 190-223.

**14.- Palma E.**
Etileno, Ciclopropano, nuevos gases para la anestesia quirúrgica. Tesis de doctorado.
An Fac Med 1939; 26: 1-131.

**15.- Pernin A.**
Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Luis Mondino.
Rev Cir Uruguay 1966; 36: 91-93.

**16.- Pernin A.**
Alfonso Lamas.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares.
Tomo I Montevideo. Imprenta de la Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 64-67.

**17.- Praderi L.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**18.- Rizzi M.**
La Facultad de Medicina. Montevideo. 1951.
Ses. Soc. Urug. Hist. Med. V. XXII.
www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/rizzi.pdf

**19.- Sociedad Ginecotocológica del Uruguay.**
http://www.sguruguay.org/

**20.- Soiza A.**
La Sanidad Militar y el Hospital Militar Central 1918 - 1935 (1ª parte).
http://www.dnsffaa.gub.uy/revista/Vol2122/dns09.htm

**21.- Turnes A.**
El Ministerio de Salud Pública en el Uruguay. A 75 años de su fundación.
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/msp-75a.pdf

**22.- Wilson E.**
Orígenes de la influencia estadounidense en la cirugía uruguaya.
Cir. Urug 1995; 65: 71-78.

**23.- Wilson E.**
Creadores de la Neurocirugía Uruguaya. Alejandro H. Schroeder. Román Arana Iñíguez.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. 2006.

**24.- Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S, Sierra J.**
Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y realidad (1887-1974)
Montevideo. Bioerix. 2011.

CAPÍTULO 6

# VIAJE DE ESPECIALIZACIÓN A CENTROS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DE OTROS PAÍSES

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**
**3.- AMÉRICA LATINA**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- INTRODUCCIÓN

En 1935, cinco años después de recibido y obtenida la Beca de la Facultad de Medicina, Chifflet la utilizó para realizar un viaje de varios meses a centros médicos de desigual importancia de otros países.

Lo hizo *"en circunstancias nada favorables"*, que no enumeró ni describió, y que consideró *"un gran esfuerzo cuyo mérito no quiero silenciar. Fue el deseo de completar mi cultura científica y general en el momento que lo necesitaba, lo que me llevó a vencer todos los obstáculos."*(7)

Además de esos objetivos personales, Chifflet llevó una misión para la Caja de Jubilaciones, pedidos de colaboración de varias instituciones científicas y universitarias y, como se detalla más adelante, estando en la Clínica Mayo recibió una misión de estudios de la Facultad de Medicina.

## 2.- ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Fue el destino principal. Era una referencia obligada a conocer de primera mano para quien aspirara a cargos de responsabilidad o a destacarse en el ejercicio de la Cirugía, porque, como se ha señalado, Estados Unidos ejercía el liderazgo mundial de la especialidad y porque su modelo de clínicas quirúrgicas diferente al europeo había pasado a ser paradigmático.



1935. Fotografía de Abel Chifflet en su cédula de identidad.

El viaje Montevideo – Nueva York entonces se hacía en barco; le insumió diez y siete días.

Chifflet visitó centros quirúrgicos del nor-este y norte del país: Boston, Nueva York, Filadelfia y Rochester (Minnesota). En esta última ciudad estuvo en la Mayo Clinic cuando aún vivían los dos hermanos Mayo (William James y Charles Horace), que ya tenían deteriorada su salud y morirían cuatro años después.

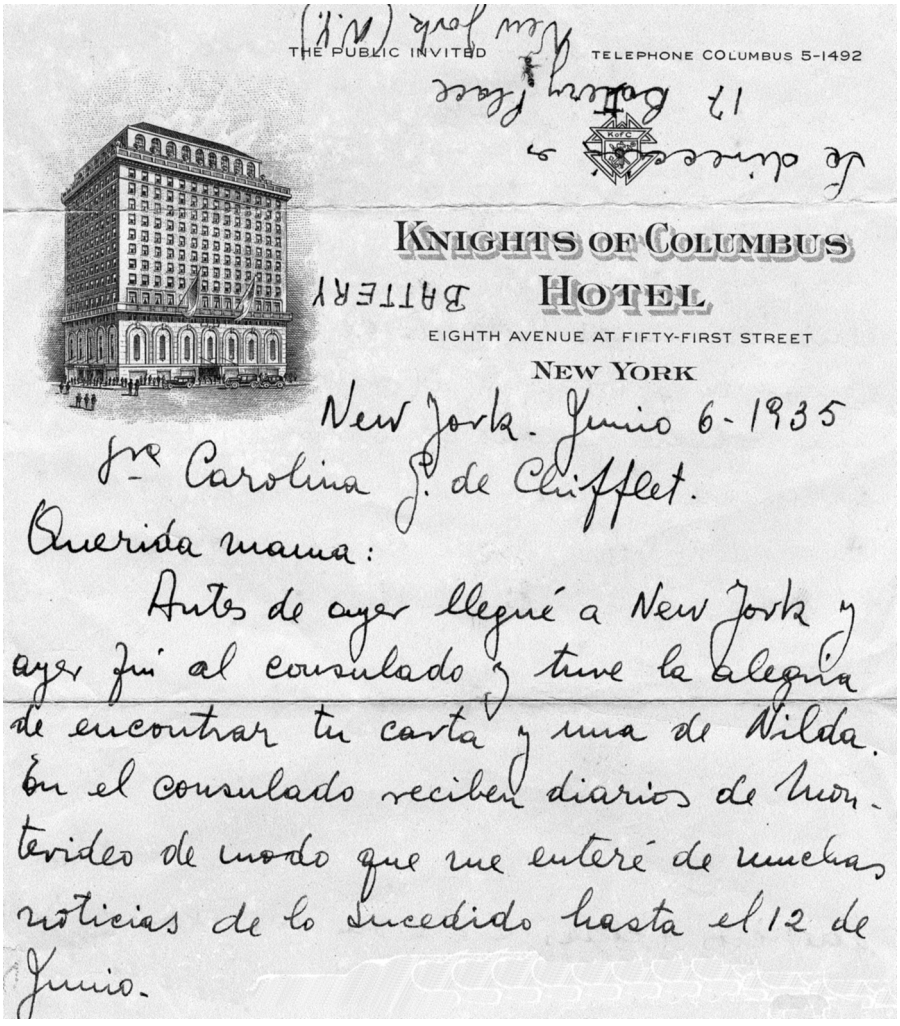
Esta clínica era una de las dos "Supremas Cortes" de la Medicina estadounidense. No dejó constancia de que haya visitado otras clínicas importantes, especialmente la otra Suprema Corte de la Medicina estadounidense, el famoso Hospital de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, cuyo Profesor de Cirugía en el año 1935 era Dean Lewis el segundo sucesor de William Halsted.

Según Chifflet precisó nueve años después [7] , en su visita recabó información y se perfeccionó en cinco áreas:

## A.- ENSEÑANZA

En la lectura de los programas de estudio y la concurrencia a clases en varias de estas Universidades, se informó sobre su organización y recogió *"útiles enseñanzas sobre Anatomía, Cirugía y Patología Quirúrgica".*

Además tuvo varias oportunidades para cambiar ideas con varios profesores, entre los que en su informe mencionó específicamente a:



1935. Carta de Abel Chifflet a su madre desde Nueva York.

- **Dudley J. Morton.** Era profesor del Departamento de Anatomía del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York. En las décadas de 1930 a 1950 publicó estudios originales sobre la anatomía, fisiología y patología del pie, así como sobre la locomoción.

- **Chevalier Jackson.** Fue un famoso laringólogo y broncoscopista estadounidense profesor de laringología y broncoesfagología en el Jefferson Medical College, y en las Universidades Temple y de Pennsylvania en Filadelfia. Se había formado en Inglaterra con Morell McKenzie; diseñó endoscopios; introdujo muchas técni-



1935. Abel Chifflet (con bigote), observando la isla de Manhattan desde el mirador del edificio Empire State de Nueva York.

cas nuevas de broncoscopía, esofagoscopía, gastroscopía y extracción de cuerpos extraños. Fue impulsor de una ley que obligó a rotular adecuadamente los envases de sustancias cáusticas, y de campañas para evitar que los niños ingirieran o inhalaran cuerpos extraños.

Ese año estaba a punto de retirarse.

Más tarde, en uno de sus trabajos sobre Equinococosis Pulmonar, Chifflet señaló que discutió con Jackson la posibilidad de extraer por broncoscopía la membrana hidática retenida en los quistes hidáticos de pulmón parcialmente vomicados [8].

- **Isidor S. Ravdin.** Fue una figura dominante en la Cirugía académica de Estados Unidos. Como jefe de Cirugía implantó en la Universidad de Pennsylvania un fértil programa de residencias quirúrgicas. Y más tarde, durante la Segunda Guerra Mundial, organizó en el frente China-Burma-India el 20th General Hospital que se hizo famoso.
- **Leland Franz** de la Columbia University de Nueva York.

## B.- TÉCNICA OPERATORIA

Señaló que la liberalidad de los cirujanos americanos y su interés en mostrar lo que hacen y en justificar su conducta, hacían de las salas de operaciones verdaderos centros de enseñanza de la técnica quirúrgica. Y destacó que conservaba resumidas en sus libretas, la descripción y comentarios personales de 600 intervenciones que había presenciado, un número verdaderamente asombroso.

## C.- CLÍNICA QUIRÚRGICA

Concurrió asiduamente a varios Servicios, en los que fue recibido con amplitud y benevolencia pudiendo así entrar en contacto con la forma en que en esa época se hacía el diagnóstico y la terapéutica quirúrgica en aquel país.

Destacó especialmente la visita a la Mayo Clinic de Rochester Minnesota en la que mencionó a los profesores **Álvarez**, y *"a los que llegaron a ser sus amigos"* **Hartman** y **Gray**.

También su visita al Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Harvard, en el que su Profesor **Oliver Cope,** a su vez Cirujano en el Massachusetts General Hospital, y autor de trabajos sobre cirugía paratiroidea, cáncer de mama y quemaduras, le invitó a dar una clase elemental sobre equinococosis.

En Nueva York visitó a **Adair**, a **Colley** y a **Pol N. Coryllos.** Este último, graduado en Francia, luego Profesor de Cirugía y Cirujano militar en Grecia y finalmente Profesor de Cirugía Clínica en la Facultad de Medicina de la Cornell University, se dedicó a la Cirugía torácica y escribió el libro *"La Cirugía de la Tuberculosis Pulmonar"* y numerosos trabajos de la especialidad.

Finalmente, más al sur pero siempre en la Costa Este estuvo en Filadelfia donde visitó a **Burnett.**

Más tarde señaló: *"Conservo documentos de mi asistencia a reuniones científicas donde he expuesto mi modo de pensar en ciertos problemas."* [7]

## D.- CIRUGÍA EXPERIMENTAL

Cuando Chifflet se encontraba en la Mayo Clinic recibió una nota del Decano Prof. Dr. Pablo Scremini en la que le comunicaba que el Consejo de la Facultad, en resolución tomada el 26 de marzo de 1935, manifestó su interés en que visitara los Centros de Cirugía Experimental, aspecto que también interesaba a Chifflet. A su regreso a Montevideo elevó un informe sobre este tema[1] que se analiza en el capítulo 16.

### E.- ASISTENCIA EN GENERAL. ASPECTO SOCIAL

La Medicina Social era entonces una nueva rama de la Medicina. Para conocerla, obtener enseñanzas sobre ella, y cumplir con la misión encomendada por la Caja de Jubilaciones, se puso en contacto directo con el Bureau of National Relief y estudió la obra social y el seguro de enfermedad de las Universidades que visitó.



1928. Clínica Mayo (Rochester. Minnesota). El edificio Plummer, al año siguiente a su inauguración, cinco años antes de la visita de Chifflet. (http://collections.mnhs.org/visualresources/details.cfm?im ageid=15940&Page=1)

## 3.- AMÉRICA LATINA

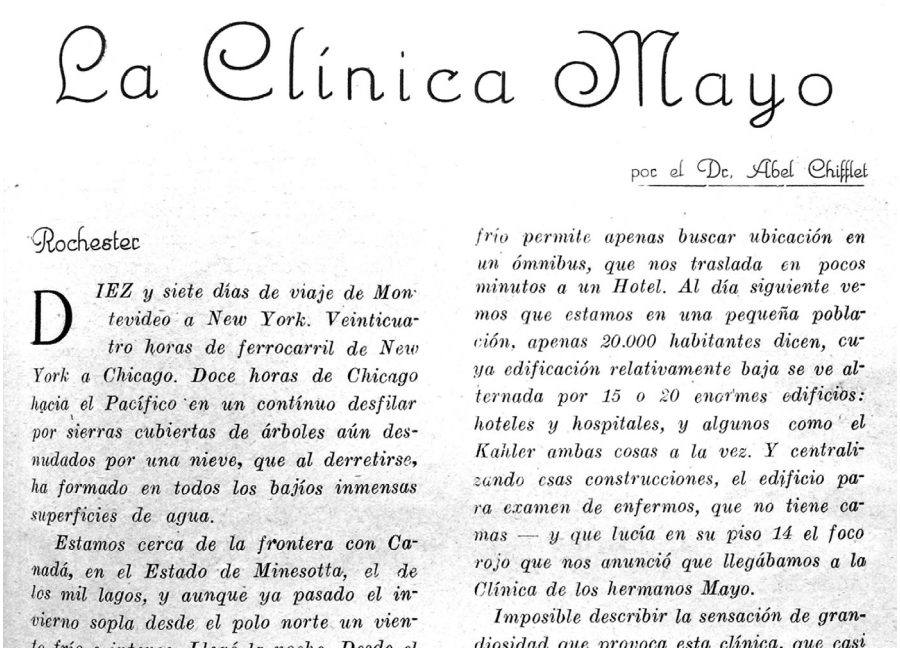
Chifflet visitó Cuba y señaló que allí fue cordialmente recibido por los profesores **Núñez Portuondo, Costales Latatú, Centurión, Banet, Lastra** y otros, quienes le brindaron muchas y útiles enseñanzas, que no enumeró.

Luego estuvo en Chile en una visita que parece haber estado sobre todo destinada a estudiar muy de cerca la organización del Seguro de Enfermedad, ya que era entonces el único país de la América Latina que lo tenía. Esta visita lo desvió mucho de la ruta marítima atlántica por la que llegó a Estados Unidos y Cuba. Es posible que haya viajado a través del Canal de Panamá y el océano Pacífico hasta Valparaíso.

– – –

A su regreso a Montevideo, Chifflet escribió en Acción Sindical varias agudas e interesantes crónicas sobre Nueva York, su locomoción, cómo vivían la clase media y las mujeres, y sobre los negros en Norteamérica [(2)(3)(4)(5)].

Por su valor testimonial y por constituir una muestra característica de la profundidad con que observaba la realidad y del estilo conciso con que la describía, en el capítulo 19, apéndice 6, se reproduce íntegramente la crónica de viaje sobre la Clínica Mayo [(6)].



# La Clínica Mayo

por el Dr. Abel Chifflet

Rochester

*DIEZ y siete días de viaje de Montevideo a New York. Veinticuatro horas de ferrocarril de New York a Chicago. Doce horas de Chicago hacia el Pacífico en un contínuo desfilar por sierras cubiertas de árboles aún desnudados por una nieve, que al derretirse, ha formado en todos los bajíos inmensas superficies de agua.*

*Estamos cerca de la frontera con Canadá, en el Estado de Minesotta, el de los mil lagos, y aunque ya pasado el invierno sopla desde el polo norte un viento frío e intenso. Llegué la noche. Desde el frío permite apenas buscar ubicación en un ómnibus, que nos traslada en pocos minutos a un Hotel. Al día siguiente vemos que estamos en una pequeña población, apenas 20.000 habitantes dicen, cuya edificación relativamente baja se ve alternada por 15 o 20 enormes edificios: hoteles y hospitales, y algunos como el Kahler ambas cosas a la vez. Y centralizando esas construcciones, el edificio para examen de enfermos, que no tiene camas — y que lucía en su piso 14 el foco rojo que nos anunció que llegábamos a la Clínica de los hermanos Mayo.*

*Imposible describir la sensación de grandiosidad que provoca esta clínica, que casi*

1936. Parte superior de la primera página de la Crónica de Viaje de Chifflet, en que describe la Clínica Mayo. Acción Sindical. 1936. Pág. 33.

– – –

Como suele ocurrir con las personas que viven con responsabilidad experiencias de este tipo, este viaje tuvo en Chifflet una influencia decisiva.

En general lo templó en su carácter, porque fue un contacto prolongado con diversas organizaciones, fue realizado en solitario y debió superar las dificultades inherentes a las barreras del idioma.

En lo cultural le permitió apreciar por primera vez y de primera mano el país más importante del primer mundo en esa época.

En lo específicamente profesional, le dio la oportunidad de interactuar con un medio profesional cuyas formas de concebir, organizar y ejercer la Cirugía eran muy distintas a las formas europeas que entonces se seguían en Montevideo, y guardar algunas de ellas para, años después, aplicarlas en la organización de su Clínica y del Sanatorio Americano.

Finalmente le permitió valorar en forma crítica su orientación y su nivel de formación en la especialidad, comparándolos directamente con una referencia de primer nivel mundial.

## Referencias bibliográficas

**1.- Chifflet A.**
Informe sobre Cirugía experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América.
An Fac Med 1936; 21: 485-506.

**2.- Chifflet A.**
Historia y particularidades de New York.
Acción Sindical. 1936.

**3.- Chifflet A.**
Cómo vive la clase media en New York.
Acción Sindical. 1936.

**4.- Chifflet A.**
Los negros en Norte América.
Acción Sindical. 1936.

**5.- Chifflet A.**
La mujer en New York.
Acción Sindical. 1936.

**6.- Chifflet A.**
La Clínica Mayo.
Acción Sindical. 1936.

**7.- Chifflet A.**
Títulos méritos y trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944.

**8.- Chifflet A, Purriel P.**
La retención seca de membrana.
Comunicación al 10º Congreso Argentino de Cirugía (1938).
Buenos Aires. Guido Buffarini. 1939.



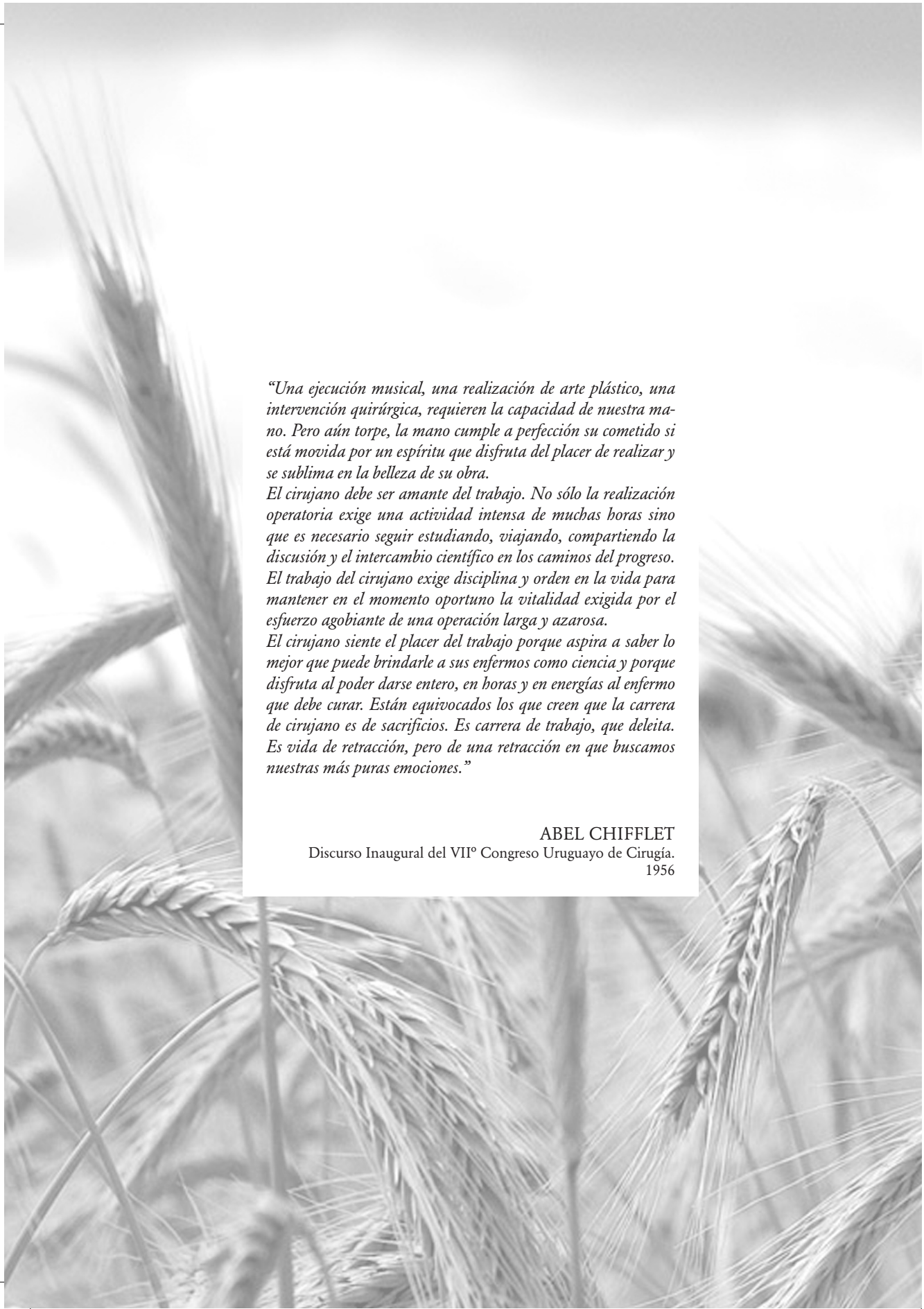




CUARTA PARTE

1936 – 1969

# FLORACIÓN Y FRUCTIFICACIÓN



*"Una ejecución musical, una realización de arte plástico, una intervención quirúrgica, requieren la capacidad de nuestra mano. Pero aún torpe, la mano cumple a perfección su cometido si está movida por un espíritu que disfruta del placer de realizar y se sublima en la belleza de su obra.*
*El cirujano debe ser amante del trabajo. No sólo la realización operatoria exige una actividad intensa de muchas horas sino que es necesario seguir estudiando, viajando, compartiendo la discusión y el intercambio científico en los caminos del progreso.*
*El trabajo del cirujano exige disciplina y orden en la vida para mantener en el momento oportuno la vitalidad exigida por el esfuerzo agobiante de una operación larga y azarosa.*
*El cirujano siente el placer del trabajo porque aspira a saber lo mejor que puede brindarle a sus enfermos como ciencia y porque disfruta al poder darse entero, en horas y en energías al enfermo que debe curar. Están equivocados los que creen que la carrera de cirujano es de sacrificios. Es carrera de trabajo, que deleita. Es vida de retracción, pero de una retracción en que buscamos nuestras más puras emociones."*

ABEL CHIFFLET
Discurso Inaugural del VIIº Congreso Uruguayo de Cirugía.
1956

CAPÍTULO 7

# PROFESOR AGREGADO DE CIRUGÍA

**Sumario**

**1.- LOS PROFESORES AGREGADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA.**
**2.- EL CONCURSO**
**3.- DESEMPEÑO DEL CARGO**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- LOS PROFESORES AGREGADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

La creación de las Agregaturas en la Facultad de Medicina fue resultado de una iniciativa de Alfredo Navarro en su primer Decanato (1905-1907).

Su propósito, claro y lúcido, fue: *"… acercar al único centro de ciencias médicas que existe en nuestro país los elementos jóvenes que al salir de la Facultad, no encontrando jamás camino abierto para satisfacer grandes aspiraciones científicas, se alejan y esterilizan: son fuerzas perdidas para la producción intelectual que nosotros tenemos el deber de proteger, de alentar, si queremos crear una verdadera escuela nacional" …. "y también esa inmovilidad puede tener consecuencias funestas para el mismo cuerpo de profesores actuales que no sienten detrás de sí una generación nueva, que trayendo más entusiasmo los obligue a un mayor esfuerzo que redundará en provecho de la enseñanza y de la ciencia."* (5)

Además de condiciones docentes apropiadas, profundo nivel de conocimientos de la especialidad y las disciplinas relacionadas, disponibilidad de espíritu y de tiempo para brindar sus conocimientos, y antecedentes de actuación en la Facultad, los Profesores Agregados de Cirugía debían poseer experiencia operatoria personal amplia y bien fundada.

Esta condición los habilitaba y los comprometía a actuar en forma rotativa en las Clínicas Quirúrgicas de la Facultad y en las Cátedras de Materias relacionadas con la Cirugía, como una suerte de comodines sabelotodo, característica posible entonces porque el todavía incipiente desarrollo de la Cirugía hacía que sus contenidos fueran abarcables, y no se había reflejado

aún en la aparición de las especialidades quirúrgicas que se produjo años después.

En la época en que Chifflet fue Profesor Agregado, era un cargo honorario. En la Ficha de Cargos Honorarios de su legajo personal en la Facultad de Medicina, hay catorce anotaciones a propósito de este cargo que se extienden desde 1936 a 1945.

El atractivo de tener una posición de Profesor Agregado no remunerado y con funciones tan exigentes se basaba por lo menos en tres razones: la intensidad de la vocación docente, la aspiración a ocupar en el futuro la posición de Profesor, y finalmente, el prestigio, la consideración social y, consecuentemente, la expectativa de demanda asistencial quirúrgica por parte de una numerosa clientela privada potencial.

## 2.- EL CONCURSO

Inicialmente la Agregatura se llenaba por designación Directa.

El 29 de Julio de 1915 el Poder Ejecutivo aprobó el Reglamento de provisión de Cátedras y Agregaturas que estaba vigente cuando Chifflet aspiró a este cargo. Establecía el ingreso por un concurso que tenía dos componentes:

1. Las pruebas de admisibilidad consistentes en una exposición de títulos, méritos y trabajos, y un examen teórico, de carácter eliminatorio, sobre uno o más temas de patología general y quirúrgica que se sorteaban, examen que podía ser oral o escrito, en este caso en no más de tres horas, sin abreviaturas.
   Los admitidos permanecían cinco años en esa categoría.
2. Las pruebas de admisión definitiva integradas por una lección oral de cuarenta minutos, para la que se concedían 24 horas de preparación, y la presentación y defensa de una tesis de agregación.

Durante la década de 1930 en la Facultad hubo arduas discusiones desde posiciones encontradas sobre un método más honesto y cristalino para la designación de Profesores Agregados. Finalizó en 1940 cuando el Consejo aprobó el Reglamento General de Agregaciones [14][15].

Este nuevo régimen de acceso a la posición de Profesor Agregado se mantuvo hasta 1945 en que el Consejo aprobó el proyecto de Adscripción presentado por el Decano Julio García Otero.

– – –

Chifflet se preparó para el concurso, que fue muy recordado.


ABEL CHIFFLET

LA FISIOLOGIA
DEL
TARSO POSTERIOR

SU EQUILIBRIO TRANSVERSAL

MONTEVIDEO
«Impresora Uruguaya» S. A.
Cerrito esq. Juncal
1938

1933. Tapa de la Tesis de Chifflet para su concurso de Profesor Agregado de Cirugía. Montevideo. Impresora Uruguaya. 1938. 60 págs.

Debió escribir una tesis, la segunda y última de su producción científica. Su tema, *"Fisiología del tarso posterior. Su equilibrio transversal"* (2), es propio de una época en que una parte importante de la Cirugía aún era superficial y de los miembros, y no se habían constituido sólidamente las especialidades quirúrgicas.

Fue hecha con el concepto de *"la morfología como base de la fisiología y la patología como enseñanza de la fisiopatología"*.

Es un trabajo curioso e interesante. En su prólogo aclara que la creación científica necesita la observación meticulosa de los hechos, tiempo y más tiempo porque no se puede hacer a plazo fijo, y el chispazo del artista, que surge cuando menos se le espera y se va, dejando muchas veces sólo su huella. Este trabajo – se refiere a la Tesis - no le satisface porque es un texto lacónico con notorias dificultades de comprensión debidas a que la complejidad del tema lo obligó a eliminar comentarios, aclaraciones y citas.

Es un *"estudio de conjunto"*, en el que expone ideas resultantes de la reflexión *"junto a huesos secos, a cadáveres, a radiografías y a personas de cuello de pie delgado"*, sobre el proceso de desarrollo y sobre aspectos anatómicos (descriptivos y comparados) y funcionales poco señalados. Las ilustra con radiografías, esquemas, cortes anatómicos, fotografías de disecciones y de un pie.

*"Podría ser un simple entretenimiento"*, pero la conclusión a que llega es que si bien el astrágalo humano tiene un recubrimiento cartilaginoso más reducido que en los vacunos, tiene tres articulaciones anatómicamente independientes que funcionalmente se comportan como una, transformándolo en un hueso intra-articular, confinado en una logia osteo-ligamentosa, que no recibe ninguna inserción tendinosa, y que oficia de simple comodín que ni siquiera es la llave de la bóveda del pie. Sus movimientos son el resultado del de los huesos vecinos (de la pierna y del tarso subastragalino), y da solidez y equilibrio al tarso en cualquier posición.

Años más tarde, en su relación de Méritos, Títulos y Trabajos de 1944, Chifflet señaló que *"es un concepto que explica muchos problemas de la patología*

*congénita o adquirida, traumática, o no de esa región y que da bases para el tratamiento racional de todas esas afecciones"*[3], y hace referencia a comentarios elogiosos y discrepantes que sobre el mismo hizo el Profesor Alfredo Navarro, y a otros en varias revistas nacionales y extranjeras.

Los ejemplos de la anatomía comparada y del astrágalo vacuno sugieren que el elemento inspirador inicial de este trabajo puede haber sido este hueso de vacuno usado en el juego de la taba en su Soriano natal.

– – –

En las actas del Consejo de la Facultad de Medicina [7], consta que se llamó a concurso para proveer cuatro cargos de Profesor Agregado de Cirugía. Se presentaron seis aspirantes.

Las pruebas se espaciaron durante cuatro meses y medio.

De acuerdo a los votos otorgados por el *"jurado"* a los aspirantes, fueron designados Abel Chifflet y Pedro Larghero, ambos con 7 votos, y Enrique Lamas Pouey y Juan Soto Blanco ambos con 4 votos.

Los otros dos concursantes fueron Víctor Armand Ugón y Gerardo Caprio.

El Consejo decidió nombrar a los ganadores en un acto público al inicio de los cursos del siguiente año escolar. Y, como aspecto interesante, se señaló que a pesar de lo espaciado de las pruebas, los miembros del jurado confiando en su memoria no tomaron notas. Por ello el Decano propuso indicar a la Comisión encargada de reglamentar los fallos, que el concurso no durara más de tres meses y que al final de cada prueba se diera su resultado.

Anales de la Facultad de Medicina divulgó el resultado de este concurso con un breve texto [1]:

**NUEVOS PROFESORES AGREGADOS DE CIRUGÍA**

Acaban de ser designados después de un laborioso concurso los Dres. Chifflet A., Larghero P., Lamas E., y Soto Blanco J. Se beneficia así el cuerpo docente de nuestra Facultad con el ingreso de tan brillantes universitarios.

Como ocho años antes ocurriera con Juan Carlos Del Campo, Chifflet accedió a Profesor Agregado de Cirugía a los 29 años de edad. Otros docentes que en las décadas de 1950 y 1960 ocuparon posiciones de Profesor titular de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina accedieron a la posición de Profesor Agregado a mayor edad: 32 años (Pedro Larghero), 39 años (Eduardo Palma y Oscar Bermúdez), 41 años (Héctor Ardao).

## 3.- DESEMPEÑO DEL CARGO

El cargo de Profesor Agregado duraba cinco años y era renovable. Chifflet fue nombrado para el período 1933-1937, y fue confirmado en dos oportunidades (1937 y 1943). Renunció a él a fines de 1944 cuando fue nombrado Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

El desempeño del cargo era muy exigente. Los Profesores Agregados de Cirugía debían actuar por la mañana en una Clínica Quirúrgica y por la tarde en forma rotativa, en salas y anfiteatros de las cátedras de materias básicas: Anatomía, Patología Quirúrgica y Medicina Operatoria, colaborando con la docencia específica de estas materias, de acuerdo a las directivas y la programación del Profesor.

Chifflet apoyó a los profesores con dedicación y entusiasmo. Trabajó con ellos en forma coordinada y muchas veces conjunta, como fue reconocido por ejemplo por Stajano.

Y fue innovador. No sólo en el encare particular de los temas, sino sobre todo porque rompió con el modelo de clase magistral frente a un auditorio pasivo [12].



1933 ó 1934. La Clínica de Alfonso Lamas posando en uno de los patios del Hospital Maciel. Chifflet, novel Profesor Agregado, está sentado a la izquierda de Lamas.

## A.- ACTUACIÓN EN LAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS

Como Profesor Agregado, Chifflet actuó en dos Clínicas Quirúrgicas:

### *a.- Clínica del Profesor Alfonso Lamas (Hospital Maciel)*

Como se ha visto, en esta clínica Chifflet había sido estudiante, practicante interno, médico adjunto y Jefe de Clínica.

En el año 1934 superpuso el desempeño del último tercio de su cargo de Jefe de Clínica, con el de Profesor Agregado de Cirugía.

Chifflet estuvo a cargo del Servicio en las vacaciones 1933-34.



1933 ó 1934. Abel Chifflet Profesor Agregado, en una visita de sala en el Hospital Maciel.

### *b.- Clínica Quirúrgica del Profesor Carlos V. Stajano (Hospital Pasteur)*

**CARLOS V. STAJANO** [6]

Fue uno de los discípulos más cercanos de Enrique Pouey, y uno de los dos que fue Ginecólogo y Cirujano.

Nació en 1891. Su padre era un médico nacido en Nápoles.

Ingresó a la Facultad en 1910. Fue ayudante de clase de Anatomía en 1913, practicante interno en el Hospital Vilardebó, y luego en el servicio del Profesor Enrique Pouey en las salas Santa Rosa y Padre Ramón del Hospital Maciel.

Se recibió en 1916 a la edad de 25 años

Entre 1916 y 1919 fue Jefe de Clínica de Enrique Pouey y luego Asistente hasta 1923.

Enrique Pouey hizo dos veces la carrera de Medicina: la primera en Montevideo y la segunda en París, de donde vino especializado en "enfermedades de mujeres y afecciones quirúrgicas". En su Clínica se hacía un porcentaje llamativamente alto de operaciones abdominales no ginecológicas [11] . Stajano se formó en Ginecología con Pouey y dio con él los pasos iniciales en Cirugía General. Pero consideraba que su maestro en esta especialidad era el Prof. Lorenzo Mérola, jefe de las Salas Aicardi y Sanguinetti del Hospital Italiano, con el que trabajó entre 1918 y 1935.



Carlos Stajano (1891 - 1976). Profesor de Patología Quirúrgica y de Clínica Quirúrgica.

Stajano era delgado, muy inquieto (los estudiantes lo llamaban cariñosamente "la langosta saltarina"), innovador, emprendedor, sabía acercar a los hombres, desterrar el individualismo y luchar contra la indiferencia y la incomprensión.

Su carrera fue muy destacada y progresivamente su centro de interés se fue desplazando hacia la Cirugía.

- Setiembre de 1920: bajo su impulso se fundó la Sociedad de Cirugía de Montevideo.
- 1923-1935: Asistente y Jefe de la sala 4 de Ginecología en el Servicio de Ginecología de Enrique Pouey en el Hospital Pereira Rosell.
- 1931-32: Cirujano en el Hospital Español.
- 1925: Profesor Agregado de Cirugía por concurso, con una tesis sobre "El cuadro agudo de vientre".
- 1927: Profesor titular de Patología Quirúrgica.
- 1933: Profesor Interino de Clínica Ginecológica.
- 1936: Profesor de Clínica Quirúrgica (sustituyó a Manuel Albo), con Abel Chifflet como Profesor Agregado.
- 1941: Fundador de la Agrupación Universitaria.
- 1953: Miembro de la Academia de Cirugía de París.
- 1957: Se retiró de la Cátedra de Clínica Quirúrgica.
- 1959: Ministro de Salud Pública.

Fue un constante investigador en fisiopatología, clínica y cáncer.

Y fue un maestro, cuyos discípulos más destacados fueron:

- Walter Suiffet
- José Suárez Meléndez
- Romeo Musso
- Arturo Durante
- Juan Carlos Lorenzo
- Hamlet Suárez
- Y por supuesto, Abel Chifflet.

Stajano conoció a Chifflet cuando éste fue interno suyo en el Servicio de Enrique Pouey. *"Fue distinguido practicante interno del Servicio a mi cargo, donde algo de esas tendencias pudo haber fructificado en su mentalidad joven y vigorosa."*

En 1935 ocurrieron dos hechos que influyeron en la carrera académica de Chifflet.

a. Lamas, con 68 años de edad, se retiró para dejar lugar a los jóvenes. Domingo Prat que en 1929, luego de haber sido Profesor de Medicina Operatoria (1921), de Patología quirúrgica (1924), y de Terapéutica Quirúrgica (1926), había sido nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur, rotó al Hospital Maciel a dirigir la Clínica que dejó libre su maestro Lamas [10][13].
b. Y a fines de 1935, Manuel Albo que estaba esplenectomizado, mientras operaba se hirió en la mano y rápidamente desarrolló una sepsis grave que terminó con su vida. En su lugar Carlos Stajano fue designado Profesor de Clínica Quirúrgica.

Como se describe más adelante, Chifflet ya había trabajado a satisfacción mutua y con eficacia con Stajano en la cátedra de Patología Quirúrgica.

Entonces, de regreso de su viaje de estudios a Estado Unidos de América, rotó a su Clínica y durante los ocho años siguientes fue su Profesor Agregado.

Colaboró directamente *"en todos los aspectos de la enseñanza y la asistencia y reemplazando al titular en cualquier emergencia"* [3]: en 1936 durante una enfermedad que impidió a Stajano concurrir durante varios meses, en 1937 en ocasión de que éste viajó a Brasil, y durante los meses de vacaciones [3].

– – –

En su relación de títulos, méritos y trabajos de 1944, se aprecia que en esta función Chifflet estuvo muy activo. Conocía los enfermos y operó cirugía corriente, gastrectomías, tiroidectomías, paratirodectomías, simpaticectomías lumbares y dorsolumbares por hipertensión, colectomías, hepatectomías parciales, esplenectomías, amputaciones de recto, cirugía ginecológica, 39 trepanaciones, laminectomías, sacralizaciones y espinas bífidas, nefrectomías, cirugía hepatobiliar y escalenectomías, y hasta la ligadura del conducto arterioso persistente [3], operación que el Dr. Robert E. Gross de Boston había hecho por primera vez en el mundo pocos años antes (el 26 de agosto de 1938) [8].

No hay que olvidar que la capacitación y competencia más fuerte de Stajano era en Ginecología y que, por lo tanto, las posibilidades que aportaba Chifflet en Cirugía General eran muy importantes para que el Servicio pudiera cubrir todas las prestaciones quirúrgicas esperables.



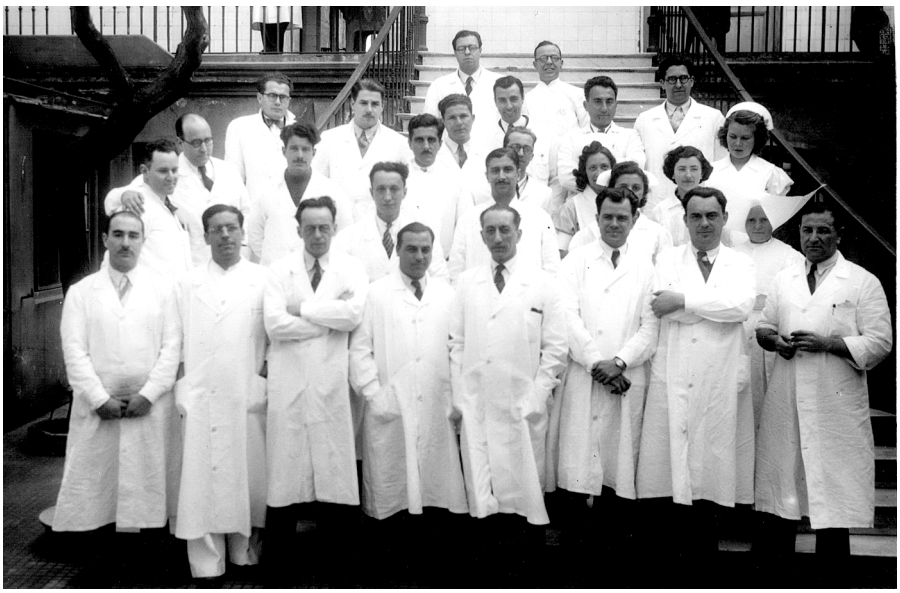
Fines de la década de 1930. Abel Chifflet Profesor Agregado de la Clínica del Profesor Carlos Stajano en el Hospital Pasteur.

Quienes en esa época hicieron una pasantía por la Clínica de Stajano como practicantes conocieron a Chifflet, hicieron anestesia con el aparato de Ombredanne a los pacientes que él operaba y ocasionalmente oficiaron de instrumentistas, recuerdan que ya entonces daba la impresión de ser especialmente activo, seguro, eficaz y rápido pero no precipitado, características que se acentuaron en su madurez [9].

Además:

- Organizó el fichero de historias clínicas, desde el inicio de la Clínica.
- Se encargó de las funciones docentes todos los miércoles del año. Intercaló con las clases regulares otros dos tipos de reuniones docentes, que con otro diseño pero con similar concepto mantuvo en la organización de su clínica cuando fue Profesor:
  - clases de colaboración en que se enfocaban determinados tipos de enfermos desde diferentes ángulos contando con la presencia de numerosos especialistas.
  - clases de profundización destinadas al desarrollo de ciertos temas como quiste hidático en general, quiste hidático del hígado, insuficiencia hepática, cirugía del colon, cáncer gástrico, a veces insumiendo hasta diez reuniones, y contando con la

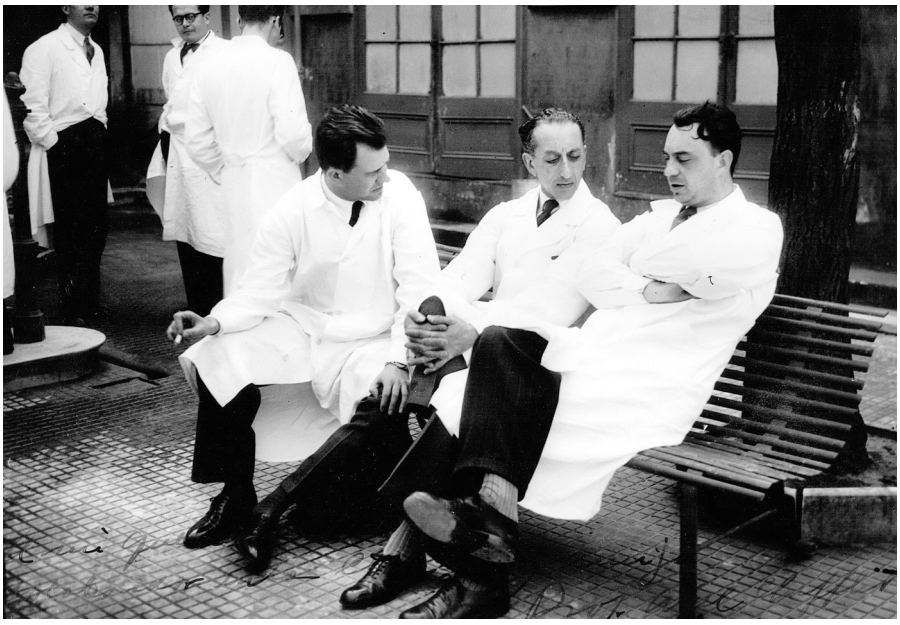
colaboración de numerosos colegas de distintas especialidades como Piaggio Blanco, Larghero, Cassinoni, Zerboni, Astiazarán, Martínez Prado, Lorenzo y Lozada, Muñoz Monteavaro, etc.
- Proyectó el concurso anual para la Beca Colamonici, y estableció su reglamentación.
- Integró Tribunales de examen y de concurso de Jefe de Clínica Quirúrgica.



Fines de la década de 1930. Abel Chifflet Profesor Agregado de la Clínica del Profesor Carlos Stajano en la escalera del patio interior del Hospital Pasteur.

En su informe de actuación de la Clínica a la Facultad correspondiente a 1936 Stajano, señaló el esmero puesto por Chifflet en esta tarea [3]:

*"Los meses de junio y julio de este año fueron a pesar de todo utilizados, por cuanto el plan general de organización de la Clínica en lo que atañe al régimen interno, fue lenta y pacientemente estudiado en todos sus detalles, desde mi permanencia en cama, pudiendo ver realizados mis deseos y cumplir mis proyectos de mejoramiento, merced a la colaboración invalorable de mi distinguido asistente Prof. Agreg. Abel Chifflet, al cual nunca agradeceré lo bastante su comprensión para conmigo en mi calidad de enfermo, al sentir solidariamente el mismo ideal de superación y perfección que hondamente anhelamos para el Servicio. El Prof. Chifflet durante esos dos meses dirigió el Servicio y puedo asegurar que merced a su colaboración estuve al tanto diariamente de todas las incidencias, disposiciones y movimiento de mis Salas, viendo la progresiva organización del nuevo mecanismo".*



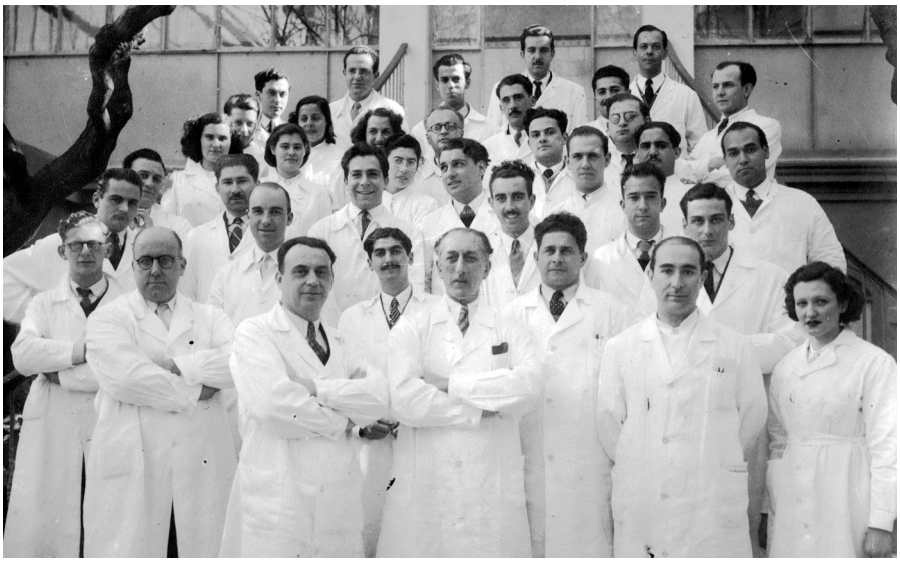
1939. Abel Chifflet con Carlos Stajano en el patio interior del Hospital Pasteur.

Y en del año 1937: *"El Dr. A. Chifflet, Profesor Agregado, ha sido un elemento de quien nos corresponde reconocer sus altas virtudes morales, su honda y sólida preparación técnica en realizar los postulados básicos de nuestra clínica, que defiende con todo calor. Ha hecho, aparte de su tarea diaria, una clase semanal en los días que corresponde al Profesor. Ha sido Jefe del Servicio en los períodos de vacaciones, de enfermedad o ausencia por viajes al extranjero, del titular. Es invalorable la eficacia de la obra realizada en nuestro Servicio por este colaborador, al cual le reconocemos excepcionales aptitudes como hombre, como universitario, y como figura saliente y descollante dentro del grupo de los Profesores Agregados de la Facultad, a la cual honra y prestigia".*



Abel Chifflet en 1940.

Chifflet respondió a este elogio señalando que el motivo de su elección e intensa actuación en la Clínica de Stajano fue que éste siempre estuvo abierto a todo lo que fuera apoyo a su gestión en la cátedra y colaboración desde su lugar al éxito de todos,



1943. Abel Chifflet Profesor Agregado de Cirugía en la Clínica del Profesor Carlos Stajano.

y esta libertad de acción es el mejor aliciente para los que luchan para hacer algo.

Y cuando asumió la Cátedra de Anatomía topográfica y Medicina Operatoria en su clase inaugural Chifflet hizo un explícito reconocimiento público a Stajano [4].

*"Durante diez años he actuado intensamente junto al Prof. Carlos Stajano en su Clínica Quirúrgica y hemos aprendido allí, que la cátedra es el conjunto de los colaboradores, siendo el Profesor el guía, el timonel, el consejero, pero sin llegar a insinuar la pretensión de ahogar una orientación del colaborador que se ha consustanciado en el esfuerzo común.*

*Estos diez años fecundos de mi carrera quedarán para siempre ligados a Stajano y quedarán también los diez años que vienen, aunque el destino me separe de su lado, y ambiciono que muchos más años, vayan marcando etapas de nuestro camino, manteniéndome firme en la conducta del respeto mutuo, consideración y elevación moral, conducta por la que él rompe, todos los días, una lanza. No podía, Dr. Stajano, en mis pretensiones de hacer una exposición impersonal, dejar de reconocer, públicamente, todo lo que para mí significó estar en su clínica."*

## B.- EN OTRAS CLÍNICAS

En su relación de títulos méritos y trabajos de 1944, a continuación del nombre del cargo de Profesor Agregado Chifflet puso *"(Anatomía, Operaciones, Patología Quirúrgica, Ortopedia, Vías Urinarias, etc.)."* [3]

No se han encontrado datos de su actuación en las dos últimas.

## C.- EN CÁTEDRAS DE MATERIAS BÁSICAS RELACIONADAS CON LA CIRUGÍA

### *a.- Cátedra de Anatomía del Instituto de Ciencias Morfológicas*

El Profesor era Humberto May Ruggia, cuya madre era cuñada de Donato Chifflet, el tío de Abel.

Chifflet actuó en los bienios 1937-1938 y 1942-1943.

Su actividad dominante se desarrolló en las Salas de Disección. Fue cotidiana, dirigida a enseñar cosas simples e importantes, *"tratando de llevar la Anatomía hacia caminos de simplificación, más que la de hacer exposiciones de erudición que perjudicaran a los estudiantes".*

Las actividades de anfiteatro fueron muy limitadas porque en la cátedra se prefería la enseñanza individual en las salas. Pero dictó diversos tipos de clases de conjunto:

- una semanal para estudiantes (bienio 1937-1938 , y año 1943).
- las de un Curso de Anatomía Quirúrgica para jefes de clínica y cirujanos aspirantes a la Agregación (año 1942).
- reuniones de prosectores y disectores (año 1937) para el estudio de la Anatomía del cuello del pie con sus derivaciones funcionales y clínicas. Posiblemente constituyeron una continuación de las investigaciones sobre los conceptos que sostuvo en su tesis de Agregación de 1933.
- clases semanales para disectores sobre temas de abdomen, a pedido de éstos, durante el año 1944 en que oficialmente no estaba actuando en Anatomía.

Finalmente Chifflet actuó regularmente en los Tribunales Examinadores y, salvo en dos oportunidades, integró todos los Tribunales para Concurso de Ayudante de Anatomía.

### *b.- Cátedra de Patología Quirúrgica*

Chifflet actuó entre 1934 y 1936 y entre 1938 y 1944.

Su enseñanza se realizaba fuera del hospital, pero con el concepto de que era una disciplina inseparable de la clínica.

En 1934, el Profesor Titular era Stajano que ocupaba el cargo desde el año 1927.

En su informe a la Facultad Stajano destacó que Chifflet fue *"el primer Profesor Agregado de los que me han acompañado hasta hoy en la enseñanza, que se ha compenetrado de su verdadera misión, y ha concurrido asiduamente a mis clases, con el fin de sintonizar con el Profesor el ritmo de la enseñanza de una misma asignatura..."* y más adelante *"…tanto el Profesor Titular, como el Profesor Agregado, no han faltado un solo día de clase durante todo el año."*

Y más adelante aún *"Por vez primera me siento acompañado espiritualmente por el Profesor Agregado que me ha tocado en suerte en el ejercicio 1934. El Dr. Chifflet, que honra a nuestra Facultad, es un Profesor Agregado de la nueva generación, y con él he realizado la labor armónica que se detalla en el informe. Si se leen los informes anuales que constan en carpetas respectivas, se verá la firmeza de la orientación que hemos impreso a nuestro curso y tal vez esa persistencia haya influido en la orientación espiritual dentro de la Patología que anima al Dr. Chifflet… "*

En 1936 la cátedra de Patología Quirúrgica quedó vacante porque Stajano accedió a la Clínica Quirúrgica. Chifflet continuó dictando el curso.

En 1938 el Consejo de la Facultad designó a Chifflet para ocupar interinamente la Cátedra de Patología Quirúrgica por seis meses.

Y en 1944, con el Profesor titular que era Juan Carlos Del Campo, como en otras oportunidades hicieron un curso en el que el Profesor y su Agregado asistían conjuntamente a todas las clases y las dictaban en un *"hábil entrelazamiento"* [3].

### *c.- Cátedra de Medicina Operatoria*

Chifflet estuvo en ella en el bienio 1940-1941.

El profesor era el Dr. Velarde Pérez Fontana. Cumplió las actividades docentes encomendadas, e integró regularmente las mesas de exámenes y el Tribunal para el concurso de Ayudante de la cátedra.

En esta Cátedra poco a poco Chifflet desarrolló sus conceptos de anatomía funcional dinámica de la pared abdominal que fueron la base de su técnica de cura de la hernia inguinal, y los primeros esbozos de la anatomía funcional dinámica de la pelvis que desarrollaría luego cuando fue profesor titular y determinaron muchos de sus conceptos y sus técnicas para el tratamiento del cáncer rectal. Todo esto lo fortaleció como cirujano.

Y además bosquejó cambios en los planes de enseñanza y el temario, que pondría en marcha cuando fue Profesor.

En 1944 Chifflet se presentó al llamado para el cargo de Profesor para lo que hizo un detallado informe de títulos, méritos y trabajos que constituye una valiosa fuente de datos de su vida académica hasta entonces [3].

En septiembre de ese año el Consejo lo encargó interinamente de su dirección y el 28 de diciembre lo nombró Profesor Titular de la cátedra.

## Referencias bibliográficas

**1.- Anónimo.**
Nuevos Profesores Agregados de Cirugía.
An Fac Med 1933; 18: 808.

**2.- Chifflet A.**
Fisiología del tarso posterior. Su equilibrio transversal.
Tesis de Agregación en Cirugía.
Montevideo Impresora Uruguaya. 1933. 60 páginas.

**3.- Chifflet A.**
Títulos, Méritos y Trabajos.
Montevideo. Imprenta Rosgal. 1944. 46 págs.

**4.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med Mont 1945; 30: 597 -611.

**5.- Comité de Homenaje del "Día de Navarro".**
En: Investigaciones de Cirugía Clínica y Experimental.
Montevideo. Casa Barreiro y Ramos S.A. 1927. Prólogo. IX-XVI.

**6.- Crestanello F.**
Un relato de los inicios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.
http://www.cirugia-uy.com/noticias/conferencia-francisco_crestanello.pdf

**7.- Facultad de Medicina.**
Acta de la sesión del Consejo del 8 de diciembre de 1933.

**8.- Gross, R.**
Harvard Medical School and Harvard School of Dental Medicine. Office of Faculty Affairs.
http://www.fa.hms.harvard.edu/about-our-faculty/memorial-minutes/g/robert-e-gross/

**9.- Latourrette F.**
Testimonio.

**10.- Mañé Garzón F.**
El Cuarteto de Urgencia.
Montevideo. Ediciones de la Plaza.

**11.- Pou Ferrari R.**
El Profesor Enrique Pouey y su época.
Montevideo. Ediciones Plus Ultra. 2011.

**12.- Praderi L.**
Abel Chifflet.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Imprenta Rosgal. 1989. Págs 401-408.

**13 .- Prat (h) D.**
Domingo Prat.
En: Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs 113-115.

**14.- Rizzi M.**
Historia de la enseñanza de la Otorrinolaringología en Uruguay.
Rev. Med Uruguay 2000; 16: 174-192.
http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2000v3/art2.pdf

**15.- Rizzi M, Borrás A.**
Historia de la Oftalmología en Uruguay.
Montevideo. Poen. 2010.

CAPÍTULO 8

# PRÁCTICA PRIVADA DE LA CIRUGÍA

**Sumario**


**1.- GENERALIDADES**
**2.- PRÁCTICA QUIRÚRGICA PRIVADA**
**3.- LOS SANATORIOS PRIVADOS DE MONTEVIDEO**
**4.- EL SANATORIO AMERICANO**
**5.- ACTIVIDADES DE CHIFFLET COMO CIRUJANO EN EL SANATORIO AMERICANO**
**6.- LA EVOLUCIÓN DEL SANATORIO AMERICANO**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


## 1.- GENERALIDADES

Como Juan Carlos Del Campo, Pedro Larghero y otros cirujanos de su época que brillaron en la práctica y la docencia de la Cirugía, Abel Chifflet la ejerció en forma casi exclusiva en ámbitos hospitalarios y en ámbitos privados.

El primero duró toda su vida profesional, y en los años iniciales fue exclusivo. *"Durante seis años después de egresado, no acepté clientes particulares, para dedicar todo mi tiempo al estudio de la cirugía y a la docencia."* (7)

Chifflet comenzó su práctica privada hacia 1936, luego de su viaje a Estados Unidos y de ejercer tres años el cargo de Profesor Agregado de Cirugía, momento en que se sintió suficientemente capacitado para ella.

Su práctica en ámbitos mutuales fue muy reducida. Consistió en organizar y dirigir la Cirugía en la Sociedad Israelita Primera Cooperativa Israelita Mutual del Uruguay. En 1937, sobre el final de su presidencia del Sindicato Médico del Uruguay, cumpliendo con lo establecido en los Estatutos de la institución, Chifflet y el Dr. José Suárez Meléndez presentaron al Comité Ejecutivo una nota en que comunicaban *"su aceptación de cargos médicos"* en la misma (22).

Además ocasionalmente fue autorizado a operar algunos pacientes en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, pero no perteneció al cuerpo profesional de la institución.

## 2.- PRÁCTICA QUIRÚRGICA PRIVADA

### A.- CONSULTA

En los primeros años de su práctica privada Chifflet atendía a sus pacientes en un consultorio que instaló en las habitaciones del frente de la casa que alquilaba en la calle Sierra 2076, en la que vivió los primeros años de su matrimonio.

Luego instaló su primer consultorio importante en la calle Colonia 1189 entre Rondeau y Cuareim, en una casa también alquilada, hoy desaparecida [9]. La casa tenía al frente un patio interior donde esperaban los pacientes. Estaba pavimentado con baldosas blancas y negras dispuestas en damero, y tenía varios sólidos sillones de madera tallada. En dos habitaciones anexas al patio estaba el escritorio de Chifflet y el lugar para exámenes y pequeñas maniobras quirúrgicas.

Chifflet tenía una enfermera Luisa Martínez Nieto de Britos, que había conocido en el Servicio de Radiología del Hospital Pasteur. Vivía con su esposo en las habitaciones del fondo de la casa y oficiaban de cuidadores. El matrimonio, que no tenía hijos, tenía mucho afecto por los hijos de Abel, a quienes Luisa preparaba grandes potes de una exquisita crema de café, que éstos aún recuerdan nítidamente [9].

Hacia 1950, cuando con su familia pasó a vivir en su nueva casa de Bulevar España 2600, en su planta baja instaló un amplio consultorio.

Su entrada, independiente de la de la residencia, daba acceso a una sala de espera, dominada por un cuadro cuyo tema era la rambla de Mercedes. La sala no era grande, pero no se aglomeraban los pacientes porque se los citaba en forma suficientemente espaciada.

Cuando se accedía a su interior, el primer ambiente, de distribución, tenía el escritorio para la recepcionista-secretaria, la Sra. Tessa de Russomando.

A la izquierda se abría un espacio con acceso a dos salas para consultas, exámenes, curaciones o pequeños procedimientos, un baño, y un escritorio para el cirujano colaborador.

A la derecha una puerta daba entrada al escritorio de Chifflet. Era muy amplio, tenía una gran biblioteca de madera tallada y un ventanal que daba al patio interior por el que recibía luz natural. Comunicaba con una



Abel Chifflet joven, en uno de sus primeros consultorios privados.



Chifflet en su consultorio privado asesorando a su colaborador Mario Bossano Bozzo sobre un trabajo científico.

habitación anexa donde había otra biblioteca con anaqueles de piso a techo en todas las paredes y una góndola central también con anaqueles de piso a techo por ambas caras [9].

– – –

Chifflet llevó a varios cirujanos jóvenes a colaborar con él en su consulta privada. Los primeros fueron familiares (uno de sus sobrinos el Dr. Juan Antonio Ubillos que luego se dedicó a la Traumatología), y cirujanos del interior (los Doctores Rímini de Mercedes y Buscazzo de Treinta y Tres).

Les sucedieron sus colaboradores de nivel Jefe de Clínica o Asistente. Entre éstos el primero fue Mario Bossano Bozzo.

Luego fueron Ruben Varela Soto y Carlos Ormaechea. Cuando éstos fueron nombrados cirujanos en Casa de Galicia y no pudieron continuar colaborando, se incorporaron tres Jefes de Clínica que en esa época habían ingresado en la Clínica del piso 9 como resultado de un mismo concurso: José Lucas, Bolívar Delgado y Gonzalo Maquieira.

Años después, al terminar la Jefatura de Clínica, Lucas se fue a ejercer a Melo, Delgado por motivos laborales no pudo continuar colaborando con Chifflet en el consultorio, y durante muchos de los años que siguieron Maquieira se ocupó de esta tarea.

Cerca del final de la vida de Chifflet, las crecientes ocupaciones de Maquieira hicieron que éste también tuviera limitaciones para cumplirla. Lo sustituyeron el hijo mayor (Juan) y el yerno de Chifflet (José Garat que luego se dedicó a la Urología); en esa época ambos daban sus primeros pasos en Cirugía.

– – –

En cada consulta, los pacientes inicialmente eran vistos por el cirujano colaborador que les hacía un interrogatorio preliminar, y anotaba en una ficha un breve resumen de los datos obtenidos y su impresión clínica primaria.

A continuación pasaban a ser vistos por Chifflet, quien leía las anotaciones, corroboraba, completaba o corregía los datos, y realizaba los restantes pasos de la consulta y el examen. Esta etapa se hacía sin la presencia del colaborador, excepto que el caso tuviera algún aspecto de interés.

Una vez retirado el paciente, Chifflet comentaba con el colaborador los aspectos particulares de interés del caso, los estudios complementarios y el plan terapéutico.

Esta actividad en el consultorio, se complementaba con las ayudantías en las operaciones y, cuando Chifflet estaba ausente o no podía hacerlas,

con las visitas y curaciones sanatoriales o domiciliarias a los pacientes en tratamiento.

Este conjunto de actividades no sólo constituía un trabajo sino, sobre todo, una invalorable experiencia de aprendizaje directo nada menos que con el Profesor [13]. Chifflet pudo haber elegido cirujanos más formados que le alivianaran la tarea delegándole funciones de mayor responsabilidad; pero no lo hizo, lo que es una evidencia de su propósito docente y, a la vez, una fuerte señal de confianza hacia el colaborador circunstancial.

### B.- OPERACIONES

Hasta 1948 Chifflet operaba sus pacientes privados en los Sanatorios existentes en la capital, especialmente en el Sanatorio del Hospital Italiano.

Y desde ese año, hasta su muerte algo más de dos décadas después, los operó exclusivamente en el Sanatorio Americano.

Chifflet tuvo un importante papel en la gestación de este sanatorio, en la sociedad anónima propietaria, y en su elenco profesional.

## 3.- LOS SANATORIOS PRIVADOS DE MONTEVIDEO

En la historia de estas instituciones hubo tres épocas.

#### *a.- Primera época*

Es la más remota y poco conocida.

Ha quedado constancia de que durante la Guerra Grande (1843-1851) existieron dos sanatorios privados:

- uno establecido por un boticario en la Villa Restauración (la Unión); estuvo a cargo de los médicos Pedro Capdehourat, Pierre Vavasseur y otros.
- otro en la sitiada Montevideo; era propiedad de un médico de apellido Peixoto, que por su forma de actuar fue objeto de duras críticas.

Después de estos primeros intentos, por muchos años la asistencia extrahospitalaria se practicó en los consultorios de los médicos y en los domicilios de los pacientes.

#### *b.- Segunda época*

Se inició con el Sanatorio fundado por Amelia Ruano de Schiaffino, madre del médico, higienista e historiador Rafael Schiaffino. Esta señora

tenía una hija con graves secuelas de encefalitis y presidía una comisión de damas católicas. Adquirió la casa-quinta de Pedro Piñeyrúa en la calle Trápani (Barrio Aires Puros), y transformó la vivienda en un sanatorio donde, con la ayuda de monjas capuchinas, se asistía a mujeres con retardo mental.

A fines del siglo XIX y primeras décadas del XX Montevideo tenía una franja socio-económica de la población que no era aceptada, o rechazaba internarse en hospitales públicos, y no podía afiliarse a las incipientes mutualistas por el espíritu de ayuda mutua que entonces las inspiraba.

La Cirugía avanzaba, pero todavía era poco sofisticada y poco onerosa. Los pequeños procedimientos se hacían en los consultorios de los médicos-cirujanos.

Las operaciones mayores preferentemente se realizaban en los domicilios de los pacientes, a los que una enfermera idónea trasladaba valijas con el instrumental, el material estéril y el aparato de anestesia. Hacía vaciar y limpiar especialmente una habitación apropiada, usualmente el comedor.

El paciente era colocado sobre una mesa, era anestesiado por la enfermera u otra persona y era operado por cirujano, asistido por un practicante.

Pero los avances de la Cirugía limitaron las operaciones domiciliarias en favor de las realizadas en los nuevos sanatorios "quirúrgicos" o "médico-quirúrgicos" que se iban instalando en Montevideo.

**LISTADO NO CRONOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES SANATORIOS PRIVADOS QUIRÚRGICOS, MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y GINECO-TOCOLÓGICOS DE MONTEVIDEO (Hasta mediados de la década de 1940) [12]**

- De Lenguas y Veiga. (1892). En la calle Nueva Palmira (hoy Luis P. Lenguas). Se cree que fue el primero destinado a Cirugía. Estaba asistido por monjas capuchinas y allí Lenguas operaba a sus pacientes privados, a los miembros del clero, y a los asociados al Círculo Católico de Obreros que hasta 1935 no tuvo sanatorio propio.
- De Lamas y Mondino. (1898). En "un cuarto de manzana en las Tres Cruces", 8 de Octubre entre Morales y Flores, aproximadamente donde hoy está la Plaza de la Bandera. Antes estuvo en otras localizaciones más céntricas en la calle Canelones y en la calle Durazno. Se considera que fue el primer edificio sanatorial privado construido especialmente para esa finalidad [20].
  Después de Lamas y Mondino, el sanatorio pasó a estar a cargo de Lorenzo Mérola y desapareció cuando se rediseñó el cruce de Bulevar Artigas y 8 de Octubre.
- De Navarro, Eduardo Blanco Acevedo y Ángel Gaminara en Canelones entre Ejido y Santa Lucía (hoy Santiago de Chile). Tuvo corta vida.

- De Navarro II. En Agraciada y Asencio, donde también operaba Pedro Larghero.
- De Enrique Pouey. En Uruguay y Cuareim frente a su domicilio.
- De Prudencio de Pena. En la planta baja de su residencia en la calle Cerrito.
- De Blanco Acevedo, Mañé y Rossi. (Sanatorio Modelo) (1922 -1955). En Bulevar Artigas y Maldonado.
- De Nogueira e Iraola (1922 – 1956). En Bulevar Artigas entre Palmar y Ana Monterroso.
- De Vigil, Mateo, Piñeyrúa y Grasso. (Sanatorio Médico-Quirúrgico). En 8 de Octubre y Abreu.
- De Manuel Nieto y Antuñez Saravia. En Morales y 8 de Octubre.
- De Manuel Nieto y Domigo Prat. Primero estuvo en Misiones y luego en Mercedes entre Tacuarembó y Vázquez.
- De Bottaro, Pou, Tarigo, Fossati y Vázquez (Sanatorio Uruguay). En Médanos (hoy Barrios Amorín) y Uruguay, donde operaba Juan Carlos Del Campo.
- De Manuel y Ernesto Quintela. En Mercedes y Queguay (hoy Julio Herrera).
- De Carnelli, Ruvertoni, Pérez Fontana, Larghero y Vázquez. (Sanatorio de Cirugía).
- De Mario Artagaveyta. (Sanatorio Eduardo VII).
- Sanatorio Vera. En 8 de Octubre y Cibils.
- Sanatorio 8 de Octubre. En 8 de Octubre y Estero Bellaco.
- De las Hermanas de la Sagrada Familia. Anexo a la Iglesia del Reducto.
- De Américo Ricaldoni, Alfredo Navarro, Francisco Ravecca (dueño de la Botica El Romano). (Sanatorio Montevideo). En la calle Avellaneda.
- Sanatorios anexos a los Hospitales de las colectividades: Británico, Italiano y Español.
- Sanatorios Gineco-tocológicos:
    1. De Alfredo Canzani (década de 1930). En Martín García y San Martín.
    2. De Manuel Pacheco. En Agraciada y Asencio al lado del Sanatorio de Navarro.
    3. De Rodríguez López. En Garibaldi y J.C.Gómez.
    4. De Arturo Achard y Eduardo Gortari. En 8 de Octubre y Presidente Berro.
    5. De Colistro. En 8 de Octubre y 18 de Julio.

En esta época además hubo por lo menos cinco sanatorios privados destinados a pacientes psiquiátricos (de Walter Martínez, de Lamas y Villamil, de Etchepare, Villa Carmen y Las Acacias) y tres destinados a tuberculosos en Tres Cruces (de Piegas Riet y Almanzor), Malvín (de Lussich y Rosello: Sanatorio Marítimo o Villa del Mar) y Colón (de Terra Urioste: Sanatorio Colón).

*c.- Tercera época*

En el decenio 1945-1955, de gran pujanza económica, numerosos pacientes podían asumir los gastos de la Cirugía privada. Pero el avance de la especialidad volvía obsoletos los sanatorios existentes y exigía modificaciones y actualizaciones de costo elevado.

El escenario asistencial montevideano estaba dominado por el gigantesco proyecto público del Hospital de Clínicas, cuyo edificio se había iniciado en 1931 y se habilitaría en la primavera de 1953. Las instituciones de asistencia médica colectiva ampliaban sus instalaciones sanatoriales.

En ese contexto surgieron dos importantes sanatorios privados: en 1948 el Sanatorio Americano y, un año después, el Sanatorio de Larghero, Bado y Vázquez (Instituto Quirúrgico Traumatológico) en Bulevar Artigas y Monte Caseros.

– – –

Conviene destacar que en esos años de la segunda mitad de la década de 1940, Abel Chifflet estuvo directamente involucrado con dos de estos tres emprendimientos edilicios sanitarios de la capital:

a.- como Decano de la Facultad de Medicina, con la pertenencia del Hospital de Clínicas a la misma y con su inminente habilitación, aspectos que se describen en el capítulo 10.

b.- con la construcción y puesta en marcha del Sanatorio Americano.

## 4.- EL SANATORIO AMERICANO

### A.- HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN

Según señaló su director de siempre, el Dr. Julio Raúl Mezzera Álvarez, para comprender su concepción y realización se deben conocer algunos datos sobre Alberto A. Dodero [15].

**ALBERTO A. DODERO (1887-1951) [2]**

Era uruguayo, descendía de una familia genovesa de armadores navales. Se hizo ciudadano argentino y a la muerte de Nicolás Mihanovich, propietario del emporio naviero fluvial de la Cuenca del Río de la Plata que había creado comprando la empresa salteña de Saturnino Ribes y absorbiendo poco a poco las otras pequeñas compañías fluviales, los capitalistas ingleses nombraron a Dodero presidente del directorio argentino del mismo, y con su talento, su experiencia, su espíritu emprendedor y sus vinculaciones (tenía cercanía con Juan Perón y Eva Duarte, era amigo de Aristóteles Onassis y se dice que fue su brazo derecho en el Río de la Plata), en las dos décadas vecinas a la Segunda Guerra Mundial se transformó en el armador naviero fluvial y de ultramar más importante de la Argentina.

— — —

En la década de 1940 Alberto A. Dodero tenía dos compañías una con sede en Argentina y otra en Uruguay. Esta última, la Compañía Uruguaya de Navegación, era presidida por el Dr. Rodolfo Mezzera Scaglia destacado abogado, profesor de Derecho Comercial en la Facultad correspondiente, hombre público y de gobierno.

Por su profundo conocimiento del derecho marítimo y por su fidelidad, gozaba de la confianza ilimitada de Dodero.

Alberto Dodero pasaba parte del año en su casa de Carrasco. Con frecuencia requería los servicios del hijo del Dr. Rodolfo Mezzera Scaglia, Julio Raúl Mezzera Álvarez entonces estudiante y practicante de Medicina, para él o sus huéspedes, entre los que estaba Onassis.

El 28 de agosto de 1943 Julio Mezzera rindió examen de Clínica Quirúrgica en el Servicio de Stajano en el Hospital Pasteur y obtuvo su título de médico-cirujano.

Dodero toda vez que lo encontraba le preguntaba, en forma insistente, a qué se iba a dedicar [(15)].

En uno de los primeros encuentros Mezzera respondió que lo pensaría durante los varios meses de trabajo que le quedaban en el Ministerio de Salud Pública. En otro encuentro Dodero le ofreció regalarle una casa en Colonia y Convención (en la que Luis Surraco, el famoso Profesor de Urología, había tenido su consultorio privado), para que Mezzera instalara allí el suyo; éste la rechazó porque la consideró excesiva para un médico recién recibido.

En un encuentro posterior Mezzera le comentó a Dodero que tenía ofrecimientos de trabajo como médico de guardia interno en dos sanatorios: en el "Modelo" de Eduardo Blanco Acevedo, y en el que Manuel Rodríguez López estaba construyendo en la calle Garibaldi, para Obstetricia y Ginecología. Debe señalarse que en esa época Mezzera pensaba dedicarse a la Ginecología, idea que luego desechó cuando en la Facultad de Medicina a ésta se le agregó la Obstetricia.

Finalmente, un tiempo después, Dodero citó a Mezzera y le dijo: *"El sanatorio lo harás tú. Yo ya he arreglado con tu padre todos los pasos a seguir. Seguramente buscarás quien te acompañe en esta nueva oportunidad y te aconseje, es decir lo haces todo tú, yo lo pago.*

*He de pedirte, Julio, una sola cosa: que le pongas de nombre "Sanatorio Americano" en honor a los jóvenes que en estos momentos mueren por nosotros frente a los ataques japoneses."* [(15)]

— — —

Julio Mezzera pidió consejo a su padre, en cuyo estudio trabajaba un abogado hermano del Dr. José Luis Bado. Este último junto con Pedro

Larghero, que a partir de 1944 sería Profesor de Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur, y Domingo Vázquez Rolfi, tenían en marcha su propio proyecto de un nuevo sanatorio privado.

Mezzera contactó con ellos, comentaron los planos, pero ante lo increíble del ofrecimiento sospecharon de las intenciones de Dodero, desecharon la idea de un emprendimiento conjunto y siguieron adelante con el suyo.

Entonces Mezzera, con la ayuda de su amigo Gilberto Martínez Prado, se puso a elegir a otros médicos que pudieran acompañarlos en este emprendimiento. Los buscó entre los que en ese momento ya tenían la mejor capacitación y el mayor prestigio profesional en su especialidad en Montevideo, o por sus antecedentes estaban cercanos a alcanzarlos.

**GILBERTO MARTÍNEZ PRADO [14]**

Era un médico amigo, y compañero de estudios de Mezzera. Desde su etapa de estudiante se interesó por el Laboratorio Clínico y junto con otros fundó el primero privado, en las cercanías de Colonia y Andes, próximo a la casa de Mezzera y a las primeras oficinas del CASMU.

Fue Profesor Agregado de Clínica Médica y de Gastroenterología. En los inicios del Sanatorio Americano instaló un gran laboratorio en la planta baja, pero lo sub-utilizada porque remitía gran parte del trabajo a su laboratorio principal.

Poco a poco Mezzera y Martínez Prado integraron al proyecto a ocho colegas con los que formaron el grupo inicial de diez socios fundadores del Sanatorio Americano, que integraron su plana mayor, y aportaron su prestigio, su solvencia profesional, en muchos casos su alto nivel académico en la Facultad de Medicina, y su vasta clientela privada.

– – –

El primero fue Abel Chifflet.

Mezzera conoció al Profesor Agregado Abel Chifflet cuando siendo 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.

Entre ambos se estableció un vínculo; más tarde, cuando Mezzera desistió de hacer Ginecología, Chifflet lo llevó al Servicio de Víctor Armand Ugón en la Colonia Saint Bois para que se entrenara en Cirugía de Tórax.

– – –

Los dos siguientes fueron Rogelio A. Belloso y Julio C. Goldie. Ambos estaban en el Servicio de Blanco Acevedo cuando Mezzera fue Practicante Interno.

**ROGELIO A. BELLOSO**

Era un año menor que Chifflet y tenía una sólida formación en Ginecotocología. Había sido interno un año en el Servicio de Blanco Acevedo en el Hospital Pereira Rossell, Jefe de Clínica Adjunto y Asistente - equivalente a Jefe de Sala - en la Clínica Ginecológica. Luego sería Jefe de Servicio de Ginecología en los Hospitales Pereira Rossell y Pasteur.

Hombre muy culto, refinado y de trato amable, tenía un bien ganado prestigio profesional y una larga actuación en sociedades científicas y en el Sindicato Médico del Uruguay.

– – –

El cuarto fue Germán Mernies, que era cirujano de guardia del Hospital Pasteur y ayudó mucho a Mezzera en sus primeras operaciones.

**GERMÁN MERNIES**

Era mercedario. Inicialmente se templó en el trabajo del campo. Luego se hizo estudiante de Medicina, practicante interno, médico, y entre 1937 y 1940, gracias a que por su origen y el uso de golilla un profesor de Cirugía no lo aceptara como Grado II por temor a que alterara el orden y refinamiento de su servicio, ejerció su cargo en la Clínica de Carlos Stajano en el Hospital Pasteur. Simultáneamente fue cirujano de guardia en ese hospital.

Luego, designado Cirujano y Director del Hospital de San José, se trasladó a esa ciudad acompañado por toda la Clínica de Stajano.

Tuvo una activa e innovadora actuación profesional apoyada permanentemente por sus múltiples amigos de Montevideo, entre ellos Chifflet, que le ganó prestigio en el departamento y en el interior, siendo por ello nombrado delegado de los profesionales al Consejo de la Facultad de Medicina.

– – –

Los tres que le siguieron fueron Hermógenes Álvarez, Frank A. Hughes y Eduardo C. Palma, que eran amigos de Martínez Prado.

**HERMÓGENES ÁLVAREZ [18][23]**

Según el mismo afirmaba, fue cirujano, luego ginecólogo, después obstetra y finalmente pediatra.

Esto último lo decía en relación con su idea, que concretó con Roberto Caldeyro Barcia y el equipo de colaboradores que ambos formaron, de relacionar durante las distintas fases del parto los latidos fetales con el patrón de las contracciones uterinas medidas con microbalones.

Arribó a conclusiones originales que se divulgaron por todo el mundo. Fue Profesor de Clínica Ginecotocológica, Decano de la Facultad de Medicina y obstetra de merecido renombre.

**FRANK A. HUGHES [4]**

Era un hombre fino, caballeresco, y un prestigioso urólogo de dilatada e intensa actuación. Había sido Grado II en el Servicio de Urología del Dr. Nogueira en el Hospital Maciel, desde 1943 Profesor Agregado de Urología en el Servicio del Prof. Surraco, y jefe de Urología del Hospital Militar. A partir de 1951 y durante 10 años sería colaborador honorario especializado de la Clínica de Chifflet y en 1960 Profesor de Urología compartiendo en perfecta armonía el piso 9 del Hospital de Clínicas con la Clínica de Chifflet, alcanzando grandes logros en la especialidad y dejando una escuela de destacados colaboradores.

**EDUARDO C. PALMA [8][16][17][19]**

Provenía de una familia de clase alta y tenía excelentes antecedentes: estudiante de Medicina brillante, Disector titular dos veces, Ayudante de Clase titular de Medicina Operatoria, Practicante Interno, Jefe de Clínica titular del Profesor García Lagos durante cinco años, introductor en el medio de la angiografía contrastada y de la anestesia general con etileno y ciclopropano.

En la época de formación el Sanatorio Americano era Profesor Agregado de Cirugía y, a partir de 1953, por diez y nueve años sería Profesor titular de Clínica Quirúrgica en el Hospital de Clínicas (1953-1962) y posteriormente en el Hospital Maciel.

Palma era un cirujano que con una realización técnica perfecta dominaba un espectro excepcional de áreas de la especialidad: cirugía digestiva, vascular periférica, torácica y neurológica. Además era un hombre infatigable, con muy buenas relaciones sociales y profesionales locales, regionales e internacionales.

– – –

El último fue Miguel Ángel Galli, que como Hughes era urólogo.

– – –

Mezzera comunicó a Dodero la integración del grupo, y acordaron que lo más conveniente para que pudieran concretar el proyecto era constituir una sociedad anónima.

Sus estatutos fueron aprobados por el Poder Ejecutivo el 17 de Julio de 1945. Chifflet fue el primer Presidente del Directorio, Belloso el primer Secretario y Mezzera el Director del futuro Sanatorio.

El papel de Chifflet en la gestación y construcción del Sanatorio Americano no se limitó a presidir la Sociedad Anónima propietaria. Participó en el diseño y en obtener componentes importantes para el edificio, como por ejemplo el sistema de calefacción centralizado por circulación de aire caliente.

– – –

Para ubicar el edificio del Sanatorio se buscó un lugar luminoso, ventilado, alegre y arbolado, relativamente aislado, pero de fácil acceso.

Se adquirieron cinco padrones en el Parque Batlle. Cuatro de ellos daban sobre la calle Isabelino Bosch; su frente principal estaba orientado al noreste para que las habitaciones del futuro sanatorio tuvieran luz en la mañana. El quinto padrón con acceso desde la calle Pedro Campbell, formaba una L con los anteriores y se destinó a acceso secundario y a estacionamientos.

Para financiar el proyecto, el 14 de febrero de 1946 Sanatorio Americano S.A. firmó un convenio con la South American Trading Corporation Uruguay S.A.

**LA SOUTH AMERICAN TRADING CORPORATION URUGUAY S.A.** [3]

Integraba el conglomerado de empresas de Alberto Dodero.

Hacia mediados de la década de 1940, éste concibió la idea de formar con el Estado Argentino un compañía aérea mixta para la explotación de rutas a Uruguay, Paraguay y Brasil sobre los ríos de la Cuenca del Plata, y de rutas internacionales a Europa y Estados Unidos. Constituyó la Compañía Argentina de Aeronavegación Dodero S.A. y para comprar los aviones fundó en los Estado Unidos de América la South American Trading Corporation, que tenía una filial uruguaya la South American Trading Corporation Uruguay S.A.

El Convenio establecía que con fecha 25 de abril de 1945, la South American Trading Corporation Uruguay S.A. y Sanatorio Americano S.A., convenían en que la primera suscribiría e integraría trescientos mil pesos uruguayos valor nominal de "acciones preferidas" y cincuenta mil pesos uruguayos valor nominal en acciones ordinarias de la segunda, que se harían efectivos en fecha que ésta lo solicitara y establecía condiciones obligatorias para ambas partes.

Es difícil valorar exactamente la magnitud de ese capital, pero sin duda era enorme. Como referencia se sabe que el Hospital de Clínicas que es considerablemente más grande (tiene 120.000 $m^2$ edificados), costó trece millones de pesos.

– – –

El proyecto edilicio se confió a Román Fresnedo Siri, amigo y compañero de yatching de Mezzera [15], arquitecto de vasta trayectoria, autor en Montevideo del edificio de la Facultad de Arquitectura y del Palacio de la Luz de las Usinas y Trasmisiones Eléctricas (UTE), y en Washington D.C. de la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fresnedo Siri diseñó un edificio de seis pisos con planta en forma de L cuyos planos fueron firmados por Mezzera, Belloso y Chifflet.

Originariamente planteó que su fachada curva sobre Isabelino Bosch fuera totalmente vidriada. Como hubiera permitido ver a los pacientes internados desde la calle o las edificaciones de enfrente, se la sustituyó por una de grandes ventanas con antepechos [15].

La piedra fundamental fue colocada en el lugar de la entrada del jardín interior donde hoy hay un gran árbol, el 30 de abril de 1945, el mismo día que en Berlín se suicidaron Adolfo Hitler y Eva Braum.

El edificio fue construido por la empresa de los ingenieros Gori, Salvo y Muraccioli. Las industrias proveedoras de suministros demoraban en entregarlos por las necesidades del inmenso proceso de reconstrucción que siguió al fin de la Segunda Guerra Mundial, y en consecuencia hubo dificultades de abastecimiento de ciertos insumos como los azulejos de los baños que debieron recubrirse con cerámicas más modestas de la época, y problemas y demoras con la adquisición de algunos equipos esenciales como la maquinaria de los ascensores.

Las habitaciones brindaban las mismas posibilidades asistenciales pero diferentes niveles de confort, incluyendo apartamentos o suites en el cuarto piso. Recibían abundante iluminación natural y daban vista al entorno natural del Parque Batlle.

Los corredores interiores vidriados, permitían ver el jardín interior con su elegante estanque característico.

Originalmente el sanatorio tuvo 44 camas. Comenzó a funcionar en octubre de 1948 con una apendicectomía de urgencia hecha por el Dr. Rogelio A. Belloso. No hubo un acto inaugural formal [15].

Desde su inauguración hasta su venta a la Federación Médica del Interior en 1993, el Dr. Julio Mezzera fue el director del Sanatorio. Prácticamente vivía en él.

## B.- LA GRAN FAMILIA DEL SANATORIO AMERICANO

Para que ese enorme nuevo edificio sanatorial cumpliera con los objetivos asistenciales que se habían marcado sus fundadores, fue necesario integrar de diferentes maneras a personas capaces de cumplir todos los roles con que la institución debía contar.

Por los paradigmas culturales, sociales y éticos prevalentes en esa época, en la mayoría de quienes entraron a trabajar en la institución en una relación de dependencia, ésta no consistió simplemente en acordar y cumplir con frías condiciones laborales establecidas con los propietarios, sino que sobre todo se caracterizó porque esa mayoría se involucró en la causa común de la institución por lo elevado de la misma, más allá de lo que marcaran los contratos.

Este involucramiento mayoritario llevó a que, sin perder la noción de los roles de cada uno ni la de las líneas de mando, el numeroso personal

del sanatorio trabajara a gusto, se sintiera importante y reconocido, y constituyera una suerte de gran familia.

Si bien en esta biografía de Abel Chifflet estrictamente no es de interés recordar a estas personas, aún a riesgo de olvidos no deseados es de justicia mencionar muchos nombres que desde aquellas primeras épocas y por muchos años dieron al Sanatorio Americano su calor vital institucional.

### *a.- Médicos*

Muchos destacados especialistas médicos encontraron en la institución libertad en la responsabilidad, la referencia de un equipo de alto nivel técnico, enfermería profesional, servicios auxiliares confiables y alojamiento de calidad, y por ello trajeron a ella su clientela privada.

- Fernando Herrera Ramos. Profesor de Clínica Médica de merecido prestigio nacional e internacional.
- Manuel Ambrosoni. Prestigioso ginecotocólogo, conocido por Chifflet y por Belloso por sus actuaciones en el Sindicato Médico del Uruguay, que en 1948 sería el 29º Presidente de esa institución gremial, en 1949 relator del tema "Colegiación Médica" en la Tercera Convención Médica Nacional, en 1955 corelator del mismo tema en la Cuarta Convención Médica Nacional, y en 1957-1958 Presidente de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay.
- Leandro Zubiaurre. Radiólogo que luego fue Profesor de la especialidad.
- Mario Rius Boutevilain. Otorrinolaringólogo de larga trayectoria, formado en Alemania, que llegó a posiciones académicas destacadas en la Facultad de Medicina, a la jefatura de Servicio en los Hospitales Fermín Ferreira y Maciel del Ministerio de Salud Pública, y fue miembro de numerosas sociedades internacionales y extranjeras de su especialidad.
- Raúl Di Bello, un reconocido cardiólogo.
- Juan Francisco Cassinelli un brillante anatomopatólogo.
- Horacio Gutiérrez Blanco un prestigioso gastroenterólogo.

Pero además en el Sanatorio Americano trabajaron otros médicos.

| **Médicos de Guardia** |
|---|
| Mario Bossano, Aquiles Lanza, Hernán Parodi, Luis Praderi, Hauser, Ruben Gary, Aguirre Vera, Gonzalo Maquieira, De León. |
| **Anestesistas** |
| Lucas, Villar, Antonio Cañellas que sobre todo hacía las anestesias a los pacientes de Frank Hughes, Moreira, y Carlos Chifflet que no sólo fue el anestesista de Abel Chifflet sino que con su excelente capacitación y generosidad formó en la especialidad a varios competentes colaboradores. |

**Médico y técnicos hemoterapeutas**

- Ricardo J. Magri.
  En sus inicios el Sanatorio trabajaba con un servicio externo de transfusiones de sangre, el de Gordon, Amoroso, Bazzano y Oliva que estaba en Colonia y Ejido. Cuando en 1949 el perfil institucional se hizo definidamente quirúrgico, Chifflet y Hughes exigieron que se instalara en el Sanatorio, pero no aceptaron. Entonces, en el espacio del laboratorio que Martínez Prado no utilizaba, el Dr. Magri instaló un Banco de sangre y plasma que él dirigía [11].
- Vinculados a la hemoterapia deben recordarse los nombres de Balabrega y Zulma.

### *b.- Personal de enfermería*

Cuando el Sanatorio Americano comenzó a funcionar, en el país no había suficientes enfermeras profesionales; sólo existía la Escuela Carlos Nery que no podía satisfacer la creciente demanda. La Escuela Universitaria de Enfermería comenzó sus actividades docentes en mayo de 1950 y sus primeras egresadas se graduaron de mayo de 1953 [21].

Entonces hubo que recurrir a enfermeras de menor capacitación.

Para que las capacitara y dirigiera, Chifflet trajo a la nurse Irma Batto, a quien conocía desde 1943, cuando ésta integraba la Comisión de la Facultad para estudio de la organización de la Escuela de nurses Carlos Nery (ver capítulo 10).

**LA NURSE IRMA BATTO**

Era una profesional competente que estaba en la mitad de la vida. De estatura mediana y de pocas palabras, tenía buena presencia, siempre estaba correcta con su peinado, su cuidado personal y su uniforme blanco impecable. Poseía condiciones innatas para jefatura. Recorría el Sanatorio, controlaba muy de cerca todo lo que estaba bajo su responsabilidad funcional, y corregía lo que fuera necesario con firmeza y comprensión.
Cuando se retiró fue sustituida por la enfermera Salin de ascendencia gallega.

La nurse Batto entrenó a un conjunto de personas sin una formación académica, pero que en un proceso de selección mostraron poseer dedicación, responsabilidad, don de gentes, y buen trato; que aceptaron sus normas, su plan de trabajo, y su forma de relacionarse con pacientes y médicos; y que comprendieron cuál era la imagen que como enfermeras debían dar.

Debían usar correctamente el uniforme que se había establecido (no podían modificarlo); durante el trabajo no podían usar pintura labial o de uñas; y debían seguir normas estrictas en el trato con los médicos: acompañarlos en todas las visitas, dejarlos entrar primero a las habitaciones de

los pacientes, sin precederlos, intervenir sólo si se les solicitaba, no opinar y anotar todo lo que éstos decían durante la visita.

En un proceso laborioso y eficiente, les confió responsabilidades progresivamente crecientes, y finalmente les asignó un lugar estable y una función específica en un equipo muy competente.

Así se formó un conjunto excepcional de abnegadas y eficientes enfermeras, fuertemente comprometidas con la institución; cuando en 1963 estuvo internado Selman Waksman, espontáneamente y sin solicitar nada a cambio, organizaron un sistema de guardias para cuidarlo.

Se mencionan el cuadro que sigue.

**LAS DEMÁS ENFERMERAS Y NURSES DE LAS PRIMERAS ÉPOCAS DEL SANATORIO AMERICANO**

**Primer piso:** Vilariño, Roqueta, Pumar, Lépore, Pippo, Araceli González.
**Segundo piso:** Quercio, Pardie, Maite, Franco, Raviolo, Pose, Lorenzo, Amén, Nery Rodríguez, Benadre, Conde.
**Tercer piso:** Lazo, Erlinda Da Silva, Curbelo, Ubiría, Moali, Elsa Picos, Aparicio, Mier.
**Cuarto piso:** Soria.
**Quinto piso (Sala de Operaciones):** Jefa: Josefa Dieguez, enfermera de ascendencia gallega, confiable, disciplinada, y eficiente. Tenía mucha determinación y una considerable fuerza física, que le permitía por ejemplo levantar con sus brazos a los pacientes. Amaba profundamente lo que hacía, y tenía una gran responsabilidad.
Otros miembros del personal fueron: Margot Muñoz, Metkowsky, Inzaurralde, María Elena Ubiría y Carmen Escansana.

***c.- Otros técnicos.***

**Técnicos Radiólogos:** Sra. de Cabrera, De León.
**Oxigenoterapia:** Soñora.
**Laboratorio:** Castillos, Margarita.
**Farmacia:** Beatriz Leguisamo.

***d.- Funcionarios.***

**Administración:** Aguilar, Denise Mezzera, Elsa Gili, Monona Michaud, Felicia.
**Telefonistas:** Luisa Cubas, Elsa Barrios, Teresita Gabriel, María Angélica.
**Peluquero:** Lemos.

***e.- Hermanas de caridad***

En la década de 1960, en el Sanatorio Americano trabajaron religiosas. Vinieron por gestión de Frank Hughes, apoyado por su tía la Sra. Sarita Hughes.

Pertenecían a la congregación de Misioneras Franciscanas del Verbo Encarnado, una congregación fundada en Calabria (Italia) en diciembre de 1930.

Luego de extenderse por Italia durante la Segunda Guerra Mundial, algunas de sus integrantes vinieron desde Fiesola (Florencia) a Uruguay convocadas por un monje capucino, párroco de Maldonado, donde en enero de 1949 abrieron su primera casa. En 1950 se instalaron en Fraile Muerto para atender una "Sala de Auxilio" privada y gratuita sostenida por los pobladores católicos y no católicos de la localidad. Se cuenta que al inicio, uno de los médicos que después trabajaría en la Sala de Auxilio durante muchos años con las hermanas, trató de conocer la preparación de sus futuras colaboradoras preguntando a una de ellas si tenía alguna experiencia en enfermería. Esta respondió: *"Si doctor, dos años en el frente ruso durante la guerra".*

Más tarde en Fraile Muerto se inauguró un Asilo de Ancianos también a cargo de las hermanas, que funciona hasta hoy.

Las hermanas vinieron al Sanatorio Americano para cumplir tareas administrativas: Sor Querubina en la cocina, Sor Clara en la farmacia, Sor Carmen en el lavadero y Sor Victoria en lencería. La superiora de la comunidad era la Madre Mercedes.

Todas ellas cumplían funciones que iban más lejos que las administrativas. La imagen de Sor Querubina visitando enfermos con un espíritu positivo, humano, seguramente perdura en el recuerdo de quienes en esa época trabajaban en el Sanatorio Americano.



18 de julio de 1950. Asado de los Médicos del Sanatorio Americano en una chacra del Dr. Mezzera, en la periferia de Montevideo.

## C.- LA ASISTENCIA EN EL SANATORIO AMERICANO

En el Sanatorio Americano se brindaba una asistencia esmerada de alto nivel, a una numerosa clientela. La alta calidad de la misma era de conocimiento público; con el lenguaje actual se puede decir que entonces Sanatorio Americano era una marca de calidad asistencial médica muy prestigiosa.



1953. Cena de los integrantes del Sanatorio Americano en el Parque Hotel a los cinco años de inaugurado el Sanatorio Americano.

Inicialmente fue un sanatorio exclusivo para pacientes privados, en el que se asistieron personajes públicos muy importantes, entre otros:

- Joao Goulart, ex presidente de Brasil.
- Leonel Brizola, cuñado del anterior y gobernador de Río Grande del Sur.
- Selman Waksmann, premio Nobel de Fisiología y Medicina.

**SELMAN ABRAHAM WAKSMAN [24]**

Nació en Ucrania en 1888, y a los 22 años emigró a los Estados Unidos donde hizo estudios universitarios y se dedicó a la Microbiología del suelo.

Integró el grupo de quienes pensaban que entre los miles de microbios del suelo había una interdependencia, por lo que para conocer bien a uno de ellos era necesario conocer a los demás.

La industria tenía interés en la producción de enzimas, vitaminas y otros productos procedentes de los microorganismos, por lo que se dedicó a su búsqueda.

Creó un grupo de trabajo que en diez años aisló y caracterizó unos diez antibióticos, entre ellos la actinomicina (Waksman y Woodruff, 1940), la estreptomicina (Schatz, Bugie y Waksman, 1944) que contribuyó tan eficazmente en el control de la tuberculosis, y la neomicina (Waksman y Lechevalier, 1949).

En 1952 recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina, por el hallazgo de la estreptomicina.

En 1963 Selman Waksman estuvo como invitado en Montevideo y a punto de emprender el regreso hizo una apendicitis aguda.

Fue internado en el Sanatorio Americano y operado por Chifflet. En la convalecencia permaneció unos días en Montevideo y Chifflet le hizo una recepción en su casa.

Waksman hizo varios obsequios a Chifflet, entre ellos un pequeño fondo en dólares que Chifflet donó a la Sociedad de Cirugía para que se instituyera un premio anual a los trabajos de investigación quirúrgica (ver capítulo 16).



1963. Chifflet dando de alta del Sanatorio Americano al microbiólogo Selman A. Waksman, Premio Nobel de Fisiología y Medicina 1952, al que operó de apendicitis aguda.

- Luis Alberto de Herrera, líder del Partido Nacional, que falleció en uno de los apartamentos del cuarto piso.
- Matilde Ibáñez de Batlle, viuda del Presidente de la República Luis Batlle Berres y madre del también Presidente de la República Jorge Batlle Ibáñez.
- Julio María Sanguinetti, que fue operado en dos oportunidades: cuando era Presidente electo para su primera presidencia, y durante la segunda.
- Emilio Frugoni, líder histórico del Partido Socialista.
- Alberto Gallinal.



1963. Chifflet durante una recepción que brindó en su casa a Selman Waksman y su esposa, escuchando a Julio Martínez Oyauguren.

- Enrique Rodríguez Fabregat, político colorado de destacada actuación diplomática en la Organización de las Naciones Unidas, en el marco de la que integró la Comisión Investigadora de las Naciones Unidas para Palestina, e hizo aportes fundamentales para la creación del Estado de Israel.

También se asistieron médicos destacados:

- Los Profesores de la Facultad de Medicina Fernando Herrera Ramos, Rodolfo Tálice, Washington Buño, Humberto May, Héctor Ardao y Diamante Bennati.
- Aquiles Lanza, que fue cirujano y ocupó cargos docentes en la Facultad de Medicina, entre ellos Jefe de trabajos prácticos del Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Cirugía. Además fue miembro prominente del Partido Colorado e Intendente de Montevideo. Falleció en el Sanatorio mientras desempeñaba este último cargo.

A principios de octubre de 1964 el General Charles De Gaulle visitó Montevideo.

En Sanatorio Americano, que fue elegido como uno de los lugares en que De Gaulle podía ser asistido en caso de que presentara algún contratiempo en su salud, se adoptaron previsiones para esta eventualidad. Entre

las materiales, la de preparar una cama en que, por su alta estatura, De Gaulle pudiera acostarse. Entre las funcionales, Chifflet organizó con sus colaboradores un fuerte equipo quirúrgico-anestesiológico, a cuyos servicios afortunadamente no fue necesario recurrir.

– – –

El Sanatorio Americano tenía una política particular respecto a lo que se cobraba a los pacientes, tal vez inspirada en la que Chifflet vio en la Clínica Mayo en 1935 y describió al año siguiente en Acción Sindical [5].

> A Selman Waksman no se le cobró nada ni por internación ni por honorarios profesionales. Podría pensarse que fue un gesto debido al prestigio del paciente y el que dio a la institución.
>
> Sin embargo no fue el único caso, citándose como ejemplos los dos que siguen.
>
> — — —
>
> Por mucho tiempo Chifflet fue consultante quirúrgico honorario de la Clínica Médica del Prof. Juan Carlos Plá en el Hospital Pasteur.
>
> Cierta tarde un mecánico que integraba un grupo de amigos de Plá hizo una hemorragia digestiva grave. Éste estaba en consulta, vino de inmediato y logró comunicarse con Chifflet, que estaba por iniciar una operación programada en el Sanatorio Americano; la difirió y operó al paciente a quien hizo una gastrectomía amplia y, luego de un postoperatorio prolongado se salvó. Cuando preguntaron a Chifflet por los honorarios, respondió que ni el sanatorio ni él cobraban a las personas trabajadoras. Los amigos hicieron una colecta e insistieron en pagarle a Chifflet lo que él rechazó enfáticamente [10].
>
> — — —
>
> Más de una vez, por considerar que allí podría operarlos con mayor seguridad, Chifflet trajo a pacientes del Hospital de Clínicas al Sanatorio Americano [9].

El Sanatorio brindaba todos los servicios, con una especialización que era la de sus integrantes. Todos actuaban en forma independiente, pero ante casos complejos o con dificultades especiales se ayudaban entre sí, como en una estructura hospitalaria universitaria.

Pero el Sanatorio Americano tenía un acento quirúrgico indiscutible, y en él actuaban dos de los cirujanos de mayor prestigio del momento, Abel Chifflet y Eduardo Palma, y varios discípulos y colaboradores de ambos.

# 5.- ACTIVIDADES DE CHIFFLET COMO CIRUJANO EN EL SANATORIO AMERICANO

## A.- PANORAMA GENERAL

Chifflet hacía una rápida visita al Sanatorio temprano en la mañana de paso para el hospital. En ella tomaba contacto con los pacientes que se habían internado para ser operados ese día, ver de primera mano la evolución de los operados los días previos, realizar ajustes de las indicaciones, o la coordinación, o realizar otras acciones sencillas.

La parte principal de su actividad en el Sanatorio era vespertina.

Consistía en sus detalladas visitas cotidianas a todos los pacientes y, dependiendo de las necesidades pero por lo general dos veces por semana, en la realización de sus operaciones de coordinación.

Chifflet llegaba puntualmente a sala de operaciones. Obviamente todo lo necesario estaba dispuesto y todo el personal estaba presente.

Como ocurría toda vez que él entraba a cualquier ambiente, sin que pronunciara una sola palabra invariablemente producía en quienes se encontraban allí un efecto claramente perceptible que difundía en mancha de aceite, que se describe en el preámbulo. Era una apelación muda a dedicarse a la tarea que se debía realizar, en el silencio, orden y respeto necesarios para que ésta obtuviera el mejor resultado posible.

Él ocupaba su lugar y cumplía sus funciones y, simplemente, esperaba que todos hicieran lo mismo.

Imponía una disciplina de funcionamiento de la sala de acuerdo a la tarea de lo que se estaba realizando, que era operar a un paciente.

Por eso durante el desarrollo operatorio no toleraba diálogos innecesarios o ajenos a las necesidades de éste, que rebajaran el grado de concentración del equipo. Tampoco admitía la presencia en la sala de quienes no era necesario que estuvieran en ella; ni desplazamientos de miembros del personal que fueran injustificados; o que se hicieran por recorridos que no eran los que correspondían, como por ejemplo entrar a las salas de operaciones por la pieza de lavado de manos de los cirujanos mientras éstos se estaban preparando para operar.

En sus operaciones usualmente lo ayudaban los colaboradores que en ese momento trabajaban con él en su consultorio.

Sus anestesistas fueron los doctores Lucas, Villar, Conrado Nin Avelleira y ocasionalmente Peri, Moreira y Antonio Cañellas. Pero su anestesista más constante fue Carlos Chifflet Costa nieto de los padrinos de bautismo de Abel Chifflet, Donato Chifflet Goteland y Clementina Ruggia de Chifflet y por tanto sobrino-segundo suyo. Comenzó a hacerle anestesias cuando

era practicante en el Hospital Pasteur y detuvo su progreso en la carrera, pero Chifflet le insistió y logró que continuara sus estudios y se recibiera de médico.

Precozmente en sus escritos Chifflet jerarquizó la importancia de la instrumentista en el equipo quirúrgico, noción que había adquirido en Estados Unidos [6]. Todavía ésta no era una actividad incorporada a la capacitación de las enfermeras profesionales, como fue después, y menos aún una profesión independiente como es actualmente.

El personal de Block Quirúrgico del Sanatorio Americano estaba organizado de modo que casi todos sus miembros podían cumplir las funciones de instrumentista.

En general cada cirujano trabajaba preferentemente con alguna instrumentista. Las de Chifflet fueron Margot Muñoz y luego Inzaurralde, pero cualquiera podía sustituirlas. Por cierto sus funciones eran mucho más simples e intuitivas que en la actualidad.

– – –

Chifflet tenía un volumen considerable de pacientes. El Dr. Juan C. Abó, uno de los pioneros de la cirugía cardíaca en nuestro país, que en los inicios de su carrera trabajó como médico de guardia interno en el Sanatorio Americano, recuerda que le sorprendía el alto número de pacientes que Chifflet tenía internados simultáneamente [1].

## B.- RELACIONES DE CHIFFLET CON EL PERSONAL DEL SANATORIO

Chifflet trataba al personal del Sanatorio en la misma forma correcta y respetuosa con que trataba a sus pacientes y colaboradores.

Al igual que con ellos mantenía cierta distancia e imponía respeto, pero además sostenía con firmeza la posición justa que debían ocupar dentro del equipo y del proceso asistencial.

Siempre fue muy consciente de la necesidad y la importancia del papel del personal de enfermería en el proceso asistencial. Y era amplio, tolerante y justo en la valoración del comportamiento de éste.

### EL MANEJO CONSTRUCTIVO DE UN ERROR [13]

En cierta oportunidad una de las enfermeras se equivocó en el cumplimiento de una indicación de Chifflet, y con no poco temor fue a comunicárselo.

Después de escucharla y formularle algunas preguntas éste le dijo: *"Usted cometió un error. No fue intencionado. Lo peor que podía haber hecho era ocultarlo, pero procedió correctamente y me lo comunicó. No se preocupe, porque el error que cometió es de poca importancia, y no va a tener ninguna consecuencia para el enfermo."*

El aprecio y el respeto que con su actuación Chifflet generó en todo el personal del Sanatorio Americano se resumió claramente en las espontáneas manifestaciones de dolor cuando su sepelio, que se mencionan en el capítulo 14.

## 6.- LA EVOLUCIÓN DEL SANATORIO AMERICANO

En 1952, cuatro años después de su inauguración, por el avance de la colectivización de la asistencia el Sanatorio amplió su planta física con un ala anexa construida en el padrón que da sobre la calle Campbell, y estableció convenios con diversas instituciones: Asignaciones Familiares, Ancap, UTE, Banco Hipotecario, etc.

En 1964 ante la disminución progresiva de la clientela privada se fundó el Instituto Quirúrgico Sudamericano (IQSA) que recogió el carácter fundamentalmente quirúrgico del Sanatorio, y más tarde se transformó en Seguro Americano. Chifflet no participó de estos seguros.

Varios años después de la muerte de Chifflet el Sanatorio incorporó otros servicios como el Centro de Cuidados Intensivos (1976).

En 1993 fue adquirido por la Federación Médica del Interior (FEMI) que lo transformó en el Centro de Referencia de su sistema para el tratamiento de enfermos complejos y procedimientos de Medicina Altamente Especializada.

## Referencias bibliográficas

**1.- Abó J.C.**
Testimonio.

**2.- Anónimo.**
Alberto Dodero.
http://www.histarmar.com.ar/BuquesMercantes/HistMarinaMercArg/08Dodero.htm

**3.- Anónimo.**
Alberto Dodero.
Aviación del Litoral Fluvial Argentino.
http://es.wikipedia.org/wiki/Aviaci%C3%B3n_del_Litoral_Fluvial_Argentino

**4.- Bonavita Páez L.**
Frank A. Hughes.
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 441-445.

**5.- Chifflet A.**
La Clínica Mayo.
Acción Sindical, 1936.

**6.- Chifflet A.**
Cirugía y cirujanos en Estados Unidos.
Montevideo. Diario "El País". 4 de julio de 1941. págs 7-8.

**7.- Chifflet A.**
Títulos, Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944.

**8.- Danza R.**
Eduardo C. Palma, cirujano pionero.
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 507-509.

**9.- Familia Chifflet de Lodron.**
Testimonios.

**10.- Ferrari J.M.**
Testimonio.

**11.- Magri R.J.**
Entrevista.
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**12.- Mañé Garzón F.**
Los Sanatorios Privados de Montevideo.
Inédito.

**13.- Maquieira G.**
Testimonio.

**14.- Martínez Prado G.**
Entrevista.
Archivo de Mañé Garzón F .Inédito.

**15.- Mezzera J.**
Entrevista.
Archivo de Mañé Garzón F.
Inédito.

**16.- Murguía D.**
Profesor Emérito Académico Dr. Eduardo Palma.
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 509-510.

**17.- Palma L.**
Eduardo C. Palma (1907-1994).
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 503-504.

**18.- Pou Ferrari R.**
Hermógenes Álvarez (1905-1984).
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 446-447.

**19.- Praderi R.**
Académico Profesor Doctor Eduardo Palma.
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 504-507.

**20.- Pernin A.**
Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Luis Mondino.
Rev Cir Uruguay 1966; 36: 91-93.

**21.- Sánchez Puñales S.**
Historia de la Enfermería en el Uruguay.
Montevideo. Ediciones Trilce. 2002.

**22.- Sindicato Médico del Uruguay.**
Actas del Comité Ejecutivo. Sesión del 5 de marzo de 1937.

**23.- Topolansky Sierra R.**
Hermógenes Álvarez (1905-1984).
En Mañé Garzón F, Turnes A. Médicos Uruguayos Ejemplares t III. Montevideo. Tradinco. 2006. Págs 448-449.

**24.- Waksman S. (Biografía).**
http://www.biografiasyvidas.com/biografia/w/waksman.htm
http://www.historiadelamedicina.org/waksman.html

CAPÍTULO 9

# LA FAMILIA CHIFFLET – DE LODRON

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- NOVIAZGO Y MATRIMONIO**
**3.- VIDA EN FAMILIA**
**4.- LA CHACRA DE PARADOR TAJES (DEPARTAMENTO DE CANELONES)**
**5.- LOS VIAJES AL INTERIOR**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- INTRODUCCIÓN

En 1936 Chifflet estaba profesionalmente bien asentado. Había realizado su viaje a los Estados Unidos de América, era Profesor Agregado en la Clínica de Carlos Stajano y había comenzado la práctica privada de la Cirugía.

Estaba en condiciones de formar su propia familia. Y lo hizo cumpliendo con sabiduría, responsabilidad y equilibrio, la difícil tarea de armonizar una vida pública intensa, demandante y productiva, con una vida familiar cálida, dedicada, intensa y también productiva, como esposo, padre y jefe de familia.

– – –

Para estudiar y producir, Chifflet se reunía con el Dr. Héctor Ardao, amigo desde la época de estudiante de campaña, colaborador, y más tarde su Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, en una casa ubicada en un barrio apacible: Malvín Nuevo.

## BUCEO, MALVÍN, MALVÍN NUEVO, PUNTA GORDA Y CARRASCO EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

A principios del siglo XX el nuevo puerto de Montevideo enturbió las aguas, modificó las corrientes, y redujo la arena de la playa del balneario de Capurro, en la costa norte de la bahía.

Los numerosos montevideanos que desde que el desarrollo de la ciudad apuntó hacia el norte lo frecuentaban, debieron optar por las playas de Ramírez y de los Pocitos. En éstas se produjo un hacinamiento tal, que junto con el desarrollo de la ciudad hacia el este hizo necesario utilizar otras playas situadas más allá del Arroyo de los chanchos (que estaba a la altura de las actuales calles Santiago Ribas y Nicolás Piaggio). Enseguida de éste estaba el Buceo con su ensenada, su pequeña playa, su puerto, su poblado de pescadores, sus dos cementerios y su playa más grande con un barranco y la desembocadura de un arroyo. Al Buceo llegaban la actual avenida Rivera y tres importantes caminos perpendiculares a la costa: el de Larrañaga (actual Luis Alberto de Herrera), el de los Propios de la ciudad (hoy Bulevar José Batlle y Ordóñez), más agreste y menos transitado, y el del Cardal (hoy calle Comercio, que comunicaba con la Villa Restauración, la actual Unión).

Más allá del Buceo se extendía una zona muy amplia y poco habitada, en la que alternaban pastizales, terrenos cultivables, montes de árboles de diferentes especies, lagunas y arroyos. Su costa sinuosa, tenía grandes arenales con dunas y altos médanos, y puntas rocosas que limitaban varias playas.

Las más extensas eran las de Malvín (por deformación del apellido del español Juan Balbín González Vallejo que sucesivamente fue pulpero, miembro del Cabildo y Teniente Coronel, y a fines del siglo XVIII tuvo un saladero en esa zona) y, sobre todo, la de la lejana Carrasco (por Salvador Sebastián Carrasco, un bonaerense con un lejano parentesco con Artigas, que tuvo una estancia en esa región).

A esas playas sólo se podía acceder por tres rutas de tránsito difícil:

- El Camino de la Aldea (hoy Avenida Italia), rodeado de chacras que surtían a Montevideo, que terminaba en el camino a las Quintas de los Ferreira (hoy Avenida Bolivia) en el que estaba el almacén de Mendizábal, y del que partía la "Calle n° 1" (hoy avenida General Paz) que subía la loma de la Punta Gorda, y terminaba en un resguardo aduanero.
- El Camino a Carrasco que pasaba por una zona de bañados y era peligroso por los presos que fugaban de cantera cercana en que se les hacía trabajar.
- El Camino Real a Maldonado (hoy Ocho de Octubre), el más alejado.

— — —

El desarrollo de Malvín fue muy lento.

Hacia 1840 Juan María Pérez en una zona de las barrancas próximas a la costa edificó un molino que funcionó por más de 50 años, hasta que se agotó el curso de agua que lo movía y el edificio pasó a utilizarse como de lugar de descanso.

En 1896 el ingeniero italiano Aquiles Monzani sobre esos arenales diseñó un barrio, y en noviembre de ese año Francisco Piria remató los lotes resultantes, en los que se establecieron las familias de las lavanderas de los "Pocitos", desplazadas por el avance de la ciudad y las consecuentes restricciones municipales por razones de higiene. Adquirían la propiedad del lote y el derecho a perpetuidad para lavar la ropa en forma gratuita en la laguna de Malvín hoy desaparecida. El barrio se llamó "Lavaderos del Este" (hoy Malvín Viejo).

Hacia el 1900 Malvín aún tenía grandes arenales y, además, numerosas pequeñas caballerizas adonde se traían los "pura sangre" que se lesionaban en Circo Ituzaingó (hoy hipódromo de Maroñas), para que se repusieran en las playas de la zona.

— — —

El desarrollo de Carrasco comenzó en 1912 cuando Alfredo Arocena, Esteban Elena y José Ordeig, constituyeron la sociedad anónima Balneario de Carrasco. Apuntó a un nivel socio-económico más alto, y fue diseñado por el paisajista francés Charles Thays, autor del Parque de los Aliados, inspirándose en los elegantes balnearios europeos, con una entrada monumental (los Portones), una avenida de acceso (la actual Juan Bautista Alberdi), parques y jardines arbolados, suntuosas residencias, una iglesia y un hotel que comenzó a funcionar en 1921 [3] [5].

— — —

Hacia 1920, en verano las playas de Malvín comenzaron a ser frecuentadas por familias. Todavía tenía arenales y médanos.

Se llegaba a esta zona por el Camino de Aldea (Avenida Italia), que entonces seguía el trazado de la actual avenida Estanislao López, y tenía una sola calzada. Desde aproximadamente 1910 contaba con una línea de tranvías eléctricos de la Sociedad Comercial de Montevideo (la número 24) que llegaban hasta el cruce del arroyo Malvín.

Quienes no contaban con locomoción propia, desde el fin de la línea de tranvía debían ir hasta la playa a pie o en carros de alquiler tirados por caballos.

Luego del fin de la línea de tranvía seguía un repecho y se llegaba a una bifurcación. La rama sur conducía a la costa siguiendo la actual avenida Legrand. La rama norte pasaba frente al terreno en que en 1929 Pierre Durandeau creó un parque (hoy parque Rivera), y se interrumpía en la calle Bolivia por la quinta y bodega de Mendizábal.

La primera calle de acceso a Malvín, 18 de Diciembre, se abrió en 1917. La actual avenida Rivera y la Rambla llegaron unos años después.

Al facilitarse el acceso, poco a poco se construyeron los primeros ranchos de madera para pasar los feriados, o hacer reuniones ("tenidas") memorables con artistas, intelectuales y personajes populares de la época. Posteriormente familias de clase media construyeron los primeros chalets, que fueron dando al barrio mayor seriedad y características de balneario estival.

En su crecimiento el barrio se extendió hacia el oeste del arroyo Malvín, dando origen a Malvín Nuevo, un bario que mezcló las características de Malvín y de Buceo.

En la década de 1930 Malvín Nuevo conservaba arenales, el arroyo sin canalizar y tenía una urbanización incipiente que alternaban casas y ranchos con terrenos baldíos, canchas de fútbol y algunos tambos.



Dos aspectos de la rambla en la zona de Malvín y Punta Gorda en la década de 1920. Arriba en 1925. Abajo, a la altura de la Playa de los Ingleses a fines de la década.
(Fuente: Intendencia de Montevideo. Centro Municipal de Fotografía).



1936. Fotografía aérea de la costa montevideana. En primer plano la playa de Malvín. Luego la Playa Honda, la Playa de los Ingleses y Punta Gorda. Al fondo el Hotel Carrasco sobresaliendo de los árboles. (Fuente Centro Municipal de Fotografía).

– – –

En la calle Veracierto (hoy Hipólito Yrigoyen), cerca de la playa y de la casa donde se reunían Chifflet y Ardao, había otras tres que pertenecía al escultor Bauzá, a la familia Grolero, y a la familia de Albérico De Lodron, propietario de una fábrica de camisas y pijamas.

La ascendencia de este último se prolonga hasta la nobleza del Imperio Austro-Húngaro (1867-1919).

**LA NOBLEZA DEL IMPERIO AUSTRO-HÚNGARO, LOS DE LODRON Y WOLFGANG AMADEUS MOZART**

La nobleza austro-húngara era bastante heterogénea por su etnia, religión, actividades y residencia en el extenso imperio, que incluía la región del Trentino-Alto Adigio del Tirol italiano.

En 1919 cayó el imperio, se abolió la nobleza, sus miembros perdieron sus privilegios y el derecho a preceder su apellido por "von" (de) o "zu"; unos emigraron y otros aceptaron la nueva situación.

En el estrato intermedio de esa nobleza hubo dos grandes ramas de familias von Lodron: la Lodron Löwenstein y la Lodron Laterano. Es probable que la familia de Albérico De Lodron descendiera de esta última.

Wolfgang Amadeus Mozart compuso tres piezas para los condes De Lodron, mecenas de la música y el arte de Salzburgo:

- El concierto para tres pianos y orquesta n.º 7 en fa mayor índice Köchel 242, conocido como el concierto "Lodron".
- Dos divertimentos (Índice Köchel 247 y 287), conocidos como "Música nocturna Lodron".

En el centro de Salzburgo está el Lodronischen Primogeniturpalast, un palacio barroco del siglo XVII construido por el arzobispo Paris Lodron para sus familiares, que hoy es la sede del Conservatorio Superior de Música y Artes Descriptivas del Mozarteum de la ciudad [7].

Albérico De Lodron estaba casado con Ana Ada Dentone. El matrimonio tenía cuatro hijas: Ada Martha la mayor, Perla, Gladys e Iris.

Él falleció en 1940 y ella muchos años después, en la segunda mitad de la década de 1960.

## 2.- NOVIAZGO Y MATRIMONIO

Abel Chifflet se ennovió con **Ada Martha De Lodron**.

Tenían una diferencia de edad de 15 años.

El noviazgo duró menos de un año.

Se casaron el 17 de marzo de 1937.

Inicialmente vivieron en una casa alquilada en la calle Sierra (hoy Fernández Crespo) 2076, entre Estrella del Norte y Asunción; en su lugar hoy hay un edificio de apartamentos. Al frente tenía dos habitaciones una para consultorio y otra para reuniones con profesionales. Luego seguían las piezas de la familia y un fondo con garage cuya entrada estaba sobre la calle Batoví.

"Mis primeros recuerdos de Abel son de la calle Sierra, con Batoví al fondo. Muy agradables y con perfume de jazmines." [1]

A principios de la década de 1940 la familia Chifflet – De Lodron pasó a habitar una casa propia en la avenida Gonzalo Ramírez 2133 entre Joaquín Requena y Joaquín de Salterain enfrente al Parque Rodó. Tenía un amplio fondo con un gran depósito techado y cerrado, y salida posterior por la calle San Salvador. También ha sido remplazada por un edificio de apartamentos.

A fines de esa década la familia compró una vieja construcción en Bulevar España 2600 esquina Enrique Muñoz con frente a ambas calles, a una cuadra del tradicional ombú. La sometieron a una profunda remodelación que la transformó en una edificación enorme en forma de L, con funcio-



Abel Chifflet en una fotografía de estudio, en la época de su noviazgo.



1937. Chifflet de paseo con su esposa.
(Parte de una fotografía muy deteriorada, tomada probablemente en un muelle de Santiago Vázquez, en la que también están Mario Cassinoni y su esposa).



1937. Chifflet en su casa con su esposa. (Fotografía tomada en la casa de la calle Sierra 2076 entre Estrella del Norte y Asunción).

nes de residencia familar, estudio, biblioteca y consultorio profesional . La familia comenzó a residir en ella hacia 1950.

Aún existe sin mayores modificaciones externas, pero no pertenece más a la familia Chifflet.



Década de 1950. La casa de la familia Chifflet De Lodron en Bulevar España 2600.

Abel Chifflet y Martha De Lodron formaron un matrimonio estable y duradero.

No es el propósito de esta biografía hacer la de Martha De Lodron. Pero si señalar que con su bajo perfil público y sus funciones de esposa y madre, ella fue en vida de su esposo la gran mujer que siempre está al lado de todo gran hombre, haciendo posible que lo sea.

El matrimonio tuvo cuatro hijos:

- **Sonia** nacida el 30 de diciembre de 1937, ingeniero agrónomo que actualmente reside en Balcarce, Provincia de Buenos Aires.
- **Juan Albérico** nacido el 6 de agosto de 1940, médico, cirujano de tórax, ex Profesor de la especialidad y actual Profesor Emérito de la Facultad de Medicina.
- **Martha Susana** nacida el 4 de enero de 1943, ingeniero agrónomo residente en Barcelona, España.
- **Daniel Eduardo** nacido el 22 de abril de 1946 (curiosamente el mismo día en que Chifflet fue nombrado Decano de la Facultad de Medicina), odontólogo que ejerce en Montevideo.

## 3.- VIDA EN FAMILIA

La vida familiar de Chifflet era muy ordenada. Pese al tiempo considerable que le insumían sus tareas profesionales públicas y privadas, reservaba un tiempo precioso para su familia, de la que era un verdadero motor.

Se levantaba muy temprano (5 de la mañana) para estudiar mientras tomaba mate.

El mate fue un compañero inseparable durante toda la vida de Chifflet. Así lo muestran tres fotografías que se reproducen en este libro: cuando niño con su familia en los montes de "El Rincón", y en su chacra de Parador Tajes, en ambas con un mate en su mano; y en su primera casa de la calle Sierra aguardando el mate que está llenando su esposa.

De mañana cuando se levantaba y al despertar de la siesta tomaba mate, y varias veces comentó con sus colaboradores las dificultades con la capacidad de los termos para conservar la temperatura adecuada del agua.

Durante su vida formó una importante colección de mates, que estaban expuestos en una vitrina en su casa de Bulevar España.

Chifflet citaba a sus colaboradores a las 6 de la mañana para trabajar juntos en algún asunto, o para darles una selección de artículos aparecidos en las numerosas revistas de Cirugía a las que estaba suscrito y que tenían relación con el área de interés y especialización de éstos.

También era la hora en que recibía las llamadas telefónicas de los pacientes.

A las 7 golpeando la puerta del dormitorio de cada uno de los miembros de su familia, los despertaba, desayunaba con ellos y luego salía para el hospital.

Pero había algunas excepciones.

"Cuando íbamos con Ileana a preparar exámenes, ya en Bulevar España, Abel nos golpeaba la puerta todas las mañanas a las 5." (1)

A mediodía regresaba y almorzaban en familia. Luego dormía una siesta de la que lo despertaba su esposa a las 14 y 30 llevándole mate.

A las 15$^{oo}$ los lunes, miércoles y viernes comenzaba la consulta. Los martes y jueves realizaba las operaciones.

La cena también se hacía puntualmente y en familia.

Toda vez que podía, se retiraba relativamente temprano a descansar.

La casa permitía alojar a familiares que venían a Montevideo para estudiar. Entre ellos estuvieron inicialmente su sobrino Juan Antonio Ubillos, y el compañero de estudios de éste, el salteño Oscar Guiglielmone, ambos

estudiantes de Medicina; y más tarde, sus sobrinas Carolina Calo e Ileana Chifflet.

A todos cuidaba y educaba. Carolina Calo recuerda [(1)]:

> Abel ... *"Nos dejaba salir de tarde con hora exacta de vuelta. ¡Teníamos más de 18 años!*
>
> *Por más ocupado que estuviera siempre tenía tiempo para charlar, para llevarnos a todos a una librería a que eligiéramos un libro cada uno, a visitar el taller de José Luis Zorrilla de San Martín, cuando trataba de encontrar el rostro de Artigas joven a partir de los dibujos y relatos; a recorrer Montevideo como turistas, 18 de julio sin mirar las vidrieras, para admirar la arquitectura de sus edificios, visitar museos, ir al Solís.*
>
> *Las charlas eran interminables y siempre desembocaban, en las anécdotas de la dictadura de Latorre, o de la Guerra Civil Española."*
>
> — — —
>
> *"Cuando fuimos a París..."* (se refiere al viaje de 1954) ... *"todas las mañanas Abel iba al Hospital. A mediodía nos encontrábamos para almorzar y teníamos que contar lo que habíamos visto, aprendido, descubierto, y tener pronto el programa de la tarde."*



1949. Abel Chifflet en el puerto del Buceo de paseo con su hijo Daniel, sus hijas Sonia y Susana, y su sobrina Cecilia Calo.

Otros sobrinos de Chifflet estuvieron estudiando en Montevideo en régimen de internado en el Colegio Pío de Lezica, o en el Erwy School. Se ocupaba de ellos y una vez a la semana los iba a visitar o a buscar para llevarlos a pasear o a vivir en familia en su casa o en la chacra de Parador Tajes.

## 4.- LA CHACRA DE PARADOR TAJES (DEPARTAMENTO DE CANELONES)

Hacia fines de la década de 1930, Abel Chifflet supo por una de sus cuñadas que en la orilla izquierda o canaria del río Santa Lucía inmediatamente aguas abajo del Parador Tajes y enfrente a la Isla del Francés, se iban a subastar unas fracciones de campo que habían pertenecido a Joaquín Suárez y a Máximo Santos [2].

Fue a conocer el lugar. Su costa sobre el río y la vegetación del monte criollo ribereño (mataojos, sauces, ceibos, coronillas, talas, chalchales, molles, espinillos) eran similares a las de "El Rincón" donde vivió sus primeros años. También tenía un importante conjunto de ombúes alineados según una S extendida paralela al río. Y era suficientemente cercano a Montevideo como para poder disfrutarlo sin alejarse demasiado de sus pacientes.

Entonces en el remate compró una fracción de 10 hectáreas entre la del abogado Dr. Minelli (aguas arriba) y la del médico Dr. Calzada (aguas abajo).

Al inicio la fracción sólo estaba amojonada.

Hubo que limpiar el monte criollo, alambrar, hacer un rancho, luego otro que quedó para los peones, y posteriormente una casa que en una etapa posterior se amplió y hoy conservan sus hijos.

Años después, a la muerte de Calzada, Chifflet compró la fracción de éste y luego la del Dr. Sicco que estaba al lado de ésta, y dedicó parte de esos terrenos al plantío entre otras cosas de frutales.

En la entrada de la casa, sostenido por un arreglo de hierro forjado, había un azulejo mandado a hacer por la esposa, con la frase **"Viviré con fruición la sana alegría de la libertad sin límites del campo, del monte, del río"**, con que concluyó su clase inaugural como Profesor de Medicina Operatoria.

Los sábados Chifflet iba temprano al hospital y a mediodía su fiel chofer que naturalmente llegó a ser considerado como un familiar lo pasaba a buscar. Y entonces Chifflet con su esposa y sus hijos iban a la chacra de Parador Tajes a pasar juntos el fin de semana.

Allí también pasaba sus vacaciones, que duraban todo el mes de enero.

Vestía camisa (liviana y de manga corta en verano y de tartán en invierno), bombachas y alpargatas.

Se dedicaba a la vida de familia, al trabajo de campo, a la lectura, y a la reflexión.

Se levantaba temprano e iba al monte criollo con un sillón plegadizo y allí, en contacto con la naturaleza contemplaba el amanecer mientras mateaba, leía o reflexionaba y hacía breves anotaciones.



Parador Tajes. La casa de la chacra de la familia Chifflet De Lodron en el monte ribereño del río Santa Lucía.

Recorría el monte, hachando o macheteando para limitar su crecimiento natural y mantenerlo limpio, como se ha conservado hasta hoy.

**LOS RIESGOS DE QUE EL PROFESOR PENSARA**

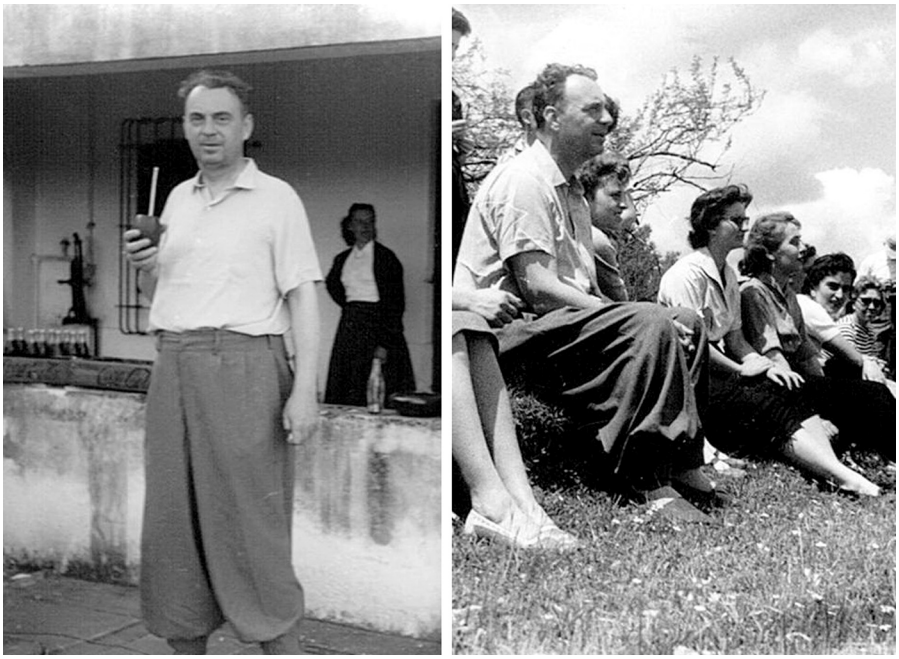
Una tarde de enero los colaboradores de Chifflet, Aguiar, Maquieira y Chizzola estaban operando en el piso 17 del Hospital de Clínicas. El calor era insoportable.

Aguiar comentó: *"Pensar que el Profe estará más fresco, podando el monte en Parador Tajes".*

A lo que Chizzola, que siempre cumplió las tareas que le asignaba Chifflet pero tenía un humor muy agudo, respondió rápidamente: *"A mi no me preocupa mientras esté podando el monte; lo que me preocupa es que cuando se canse y se siente a la sombra, se va a poner a pensar las tareas que nos va a asignar para cumplir este año."* (6)

Chifflet disfrutaba de los panoramas de la orilla del río, en el que se introducía remangando la bombacha, pero no se bañaba en él.

Jugaba al fútbol con sus hijos y les enseñaba cosas del campo: hacer almácigos, trasplantarlos a los canteros que asignaba a cada uno, a hacer las tomateras con cañas; a ensillar y montar caballos, aun cuando él no los montaba; y a hacer algunos asados para la familia.



1956. Chifflet en su chacra de Parador Tajes en dos momentos de un asado ofrecido a los funcionarios del Sanatorio Americano.

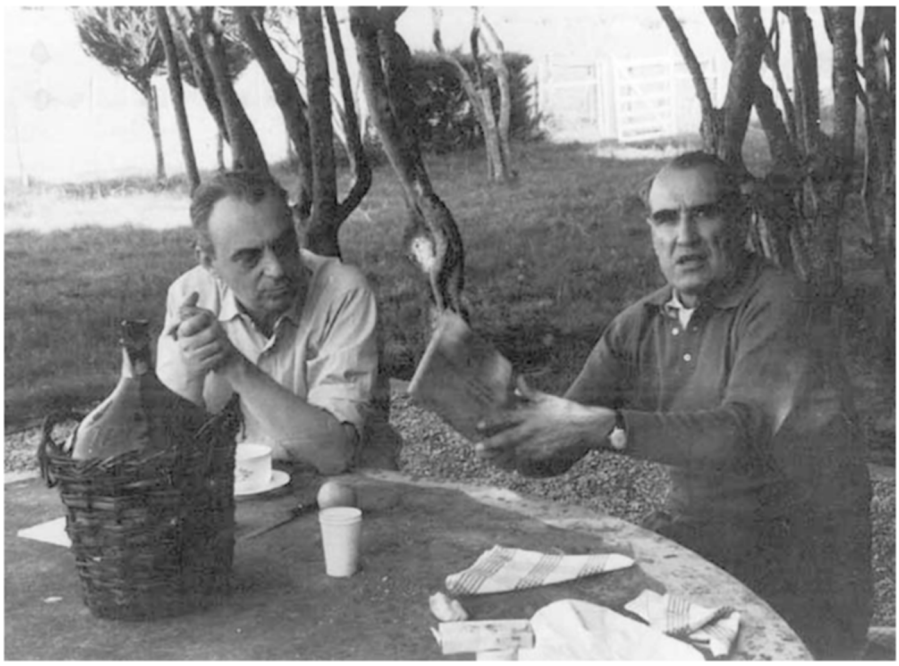
En la propiedad vivía un reducido personal estable (la familia Torena) que la cuidaba y realizaba una pequeña explotación agropecuaria (hortalizas, manzanos, naranjos, gallinas, cerdos, vacas) para el consumo de la familia y también con fines comerciales.

**PROFILAXIS DE LA EQUINOCOCOSIS**

En cierta oportunidad, con cierta indignación, Chifflet refirió a sus colaboradores en el Hospital Pasteur, que había enseñado al personal de su chacra a hervir las achuras de los corderos antes de dárselas a comer a los perros para cortar el ciclo evolutivo de la Equinococosis.

Y que se había enterado por su vecino el Dr. Sicco, que un día en ausencia de Chifflet visitó la chacra, que el personal cumplía sólo con esta indicación los días en que estaba el patrón, porque *"hervir las achuras daba mucho trabajo."* (4)

Muchas veces Chifflet llevaba a la chacra a Mariño, fiel funcionario de la Oficina de Concursos de la Facultad de Medicina, conocido y muy apreciado por todos, al que tenía especial confianza. Mariño, que también era un hombre de campo, enseñaba a los hijos de Chifflet tareas relativas al cuidado y manejo de los caballos, y los vigilaba cuando se bañaban en el río.



Chifflet con Héctor Ardao disfrutando el fresco de la sombra del monte en la chacra de Parador Tajes.

En la chacra Chifflet recibía a sus amigos (Cassinoni, Héctor Ardao, Hamlet Suárez, Mernies, Crottogini, etc.) . Y organizaba grandes asados para agasajar al personal médico y no médico del Sanatorio Americano y de la Clínica (esta última en general cada seis meses cuando el cambio de los internos).

Se disfrutaba de la fresca sombra del monte; del canto; de los cuentos e insuperables imitaciones de Alberto Aguiar; de las payadas de Mariño,





1967. Durante un asado para los integrantes de la Clínica Quirúrgica "A" en la chacra de Parador Tajes.

y algunas veces del canto del estudiante de Medicina y folclorista Carlos Paravís profesionalmente conocido como Santiago Chalar.

La chacra de Parador Tajes era *"… el lugar indicado para reunirse con su familia y su familia de la Clínica, alternando temas médicos y no médicos, no sólo en la mesa sino en paseos hasta las orillas del Santa Lucía. Era una cita a la que gustosas todas las familias concurrían en un paréntesis a nuestra tarea, muchas veces agobiante, en guardias y salas de operaciones."* (8)

## 5.- LOS VIAJES AL INTERIOR

Por su amor al terruño y sus viajes Chifflet conocía muy bien todo el país, y por su actividad profesional tenía relación con pacientes de muchos lugares.

Aprovechaba estas ventajas para organizar viajes de su familia, a los que invitaba a las de sus hermanos o primos y, en varios días, en varios automóviles o en un ómnibus alquilado, viajaban a un sector del país (por ejemplo el litoral sur, las playas del este, o a Cerro Largo y Treinta y Tres) y guiados por los lugareños lo visitaban en profundidad. Pero previamente indicaba a los jóvenes que estudiaran la geografía, los lugares de interés y cómo llegar a esos diferentes destinos.



1950. Abel Chifflet con su esposa e hijos, su hermana Nilda, su cuñado Calo, sus sobrinos, y su chofer Rodolfo Cabrera, en un paseo familiar al Departamento de Lavalleja.

**LOS VIAJES EN FAMILIA** [1]

*"En enero, cuando estaba en la chacra, alquilábamos un ómnibus para ir todos. O lo alquilábamos para ir a ver los montes de Piriápolis y el arboretum Lussich."*

*"También hacíamos en dos autos recorridos por algún departamento.*

*Primero había que estudiar bien el mapa.*

*Después armar el itinerario, con todos los lugares que tuvieran algún interés. En todas partes conocía gente que lo recibía con verdadero afecto y completaba conocimientos. Fue precioso el de Colonia. Allí empezamos por La Estanzuela donde nos recibió el Ingeniero Boerger y no nos quedó nada sin ver.*

*Otro año nos tocó estudiar el Departamento de Rocha. Estuvimos en el Hotel de San Miguel recién inaugurado. Después Treinta y Tres."*

– – –

Cuando con su esposa e hijos visitaba a sus familiares de Mercedes, que vivían en casas vecinas en la misma manzana, exteriorizaba su alegría y animaba el grupo en una forma particular: hacía tomar a todos de la mano formando una larga fila que él guiaba y hacía avanzar cantando y, como en esa época no había problemas de seguridad y las casas permanecían abiertas, serpenteando la hacía entrar en las casas de cada uno de sus familiares y en las de los vecinos, pasando de una a otra sea por la vereda de la calle, o por los fondos cuando, como ocurría frecuentemente, comunicaban.



1947. Abel Chifflet con su esposa en el carruaje "Milord" en los Arrayanes (Río Negro frente a Mercedes). Parado al lado del vehículo Fernando Herrera Ramos.

Actualmente una sobrina recuerda esas visitas de este modo [1]: *"Siempre que ustedes venían a Mercedes, era una fiesta. A Abel le encantaba hacer cadena con todos de la mano y entrar por casa de mis padres que se comunicaba por el fondo con la de Amelia y salir por la otra calle, seguir por la casa de los Koster y la de los Bellini vecinos muy amigos cuyas casas tenían salidas por dos calles.*

*Después, cuando nos fuimos casando, se agrandaba el recorrido."*

– – –

*"Otras veces en "El Rincón" eran paseos por el monte, cinchadas, los cuentos de Ernesto y cuando Abel empezaba: En el tren de la frontera....con mamá y Maruja no terminaban más; E. Regules, R. Risso, Martín Fierro, Ruben Darío, Tabaré ...*

*Después fueron los paseos a "Los Arrayanes"* (se refiere al balneario que creó su hermano Armando en la orilla norte del Río Negro, frente a Mercedes). *Cuando Abel hizo el primer chalet, los paseos en el "Milord"* (se refiere a un carruaje de cuatro ruedas tirado por caballos que en la familia se conocía con ese nombre).

*¡Cómo nos divertíamos!"*

Se conserva una foto con todos sus hermanos, sus respectivos cónyuges e hijos, tomada en 1948.



1948 Abel Chifflet en Mercedes con su esposa, sus hijos, todos sus hermanos, cuñados y sobrinos.

## Referencias bibliográficas

**1.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet de Lodron. 2011.

**2.- Familia Chifflet – de Lodron.**
Documentos y testimonios.

**3.- Fernández Saldaña J.**
Crónicas del viejo Montevideo II. Montevideo. Arca. 2008.

**4.- Ferrari J.M.**
Testimonio personal.

**5.- Intendencia de Montevideo.**
Historia de Montevideo. http://www.montevideo.gub.uy/ciudad/historia/barrios/

**6.- Maquieira G.**
Testimonio.

**7.- Mozart Und Die Familie Lodron.**
http://www.lodron.info/deutsch/page/oesterreich/o03.htm

**8.- Praderi L.A.**
Abel Chifflet (1904-1969). En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

CAPÍTULO 10

# PROFESOR DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

**Sumario**


**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- PROFESOR DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA**
**3.- DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


## 1.- INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata dos importantes actividades que se superpusieron en la parte central de la trayectoria universitaria de Chifflet. En esos años el mundo vivía la expectativa y el alivio por la finalización de la Segunda Guerra Mundial, y Uruguay las ventajas económicas y el optimismo y confianza en sí mismo que ese hecho le trajo.

Chifflet estaba en la primera mitad de la cuarta década de su vida, reunía juventud, energía, experiencia y madurez, y ya gozaba de una reputación que en forma unánime se consideraba excelente.

Estas dos actividades le obligaron a permanecer muchas horas por día en el edificio de la Facultad, ocupándose de innumerables asuntos. No era lo habitual en los decanos "de raíz clínica" como él, y debe haber traído considerables beneficios para la Cátedra y para la Facultad.

Pero significó un sacrificio personal importante, un paréntesis de seis años que lo mantuvo bastante alejado de la actividad universitaria que más cultivaba y disfrutaba: el trabajo cotidiano con los integrantes de una clínica quirúrgica de la Facultad.

Su exposición pública como profesor de una cátedra pequeña que en el edificio de la Facultad dictaba un curso poco destacado en el currículo, era

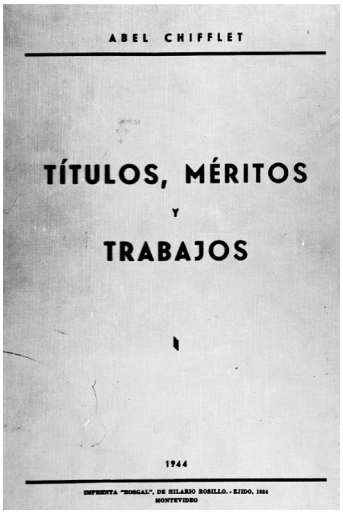
discreta. Era mucho más notoria, y en algunos aspectos marcada, la de Decano de una Facultad muy respetada que vivía un período de ebullición, pleno de cambios, renovación y grandes pasos hacia delante.

El paso del tiempo invirtió esta relación.

Hoy los testimonios y documentos recuerdan con admiración al Profesor de Medicina Operatoria por la conceptualidad de sus clases y las particularidades de su pedagogía. Y, como ocurre con la mayoría de los decanos un tiempo después de su gestión, casi nadie tiene una noción clara de la importancia y variedad de las tareas que Chifflet cumplió en su decanato. Por esta razón, este capítulo intenta inventariarlas en forma completa y describirlas con cierto detalle.

Se debe subrayar una vez más, porque da una medida objetiva de la enorme capacidad ejecutiva de Chifflet, que estas dos actividades, que por sí solas deben haber sido extremadamente demandantes, coincidieron temporalmente con una creciente actividad profesional personal y con su importante participación en la creación, construcción y puesta en funcionamiento del Sanatorio Americano descrita en el capítulo 8.

## 2.- PROFESOR DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA


ABEL CHIFFLET

TÍTULOS, MÉRITOS
Y
TRABAJOS

1944

IMPRENTA "ROSGAL", DE HILARIO ROSILLO. - EJIDO, 1624
MONTEVIDEO

Tapa del folleto con la relación de Títulos Méritos y Trabajos presentado por Chifflet para aspirar al cargo de Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Montevideo. Imprenta Rosgal. 46 págs.

Chifflet aspiró al cargo de Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria presentando un folleto en que resumió sus principales títulos, méritos y trabajos [9].

Fue nombrado por el Consejo de la Facultad el 28 de diciembre de 1944, por dos años (1945 y 1946).

Asumió el cargo a principios de 1945.

El 25 de abril de ese año dictó su clase inaugural. Su texto constituye una pieza magistral en la que con su estilo característico y gran profundidad hace un resumen de su vida y sus propósitos [10].

Su lectura es ineludible para quienes deseen conocerlo en detalle. Por su representatividad y valor, pasajes del mismo son reproducidos frecuentemente en esta biografía, y su texto completo en el capítulo 19, apéndice 10 A.

Luego fue reelegido por cinco años hasta 1951, rotando al cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica, antes de alcanzar el término de este plazo.

## A.- HISTORIA DE LA CÁTEDRA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Chifflet sucedió a Velarde Pérez Fontana como Profesor titular de esta Cátedra.

Según consta en resoluciones del Consejo de la Facultad de esa época, su denominación oficial era *"Cátedra y Departamento de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria"* y estaba integrada al Instituto de Ciencias Morfológicas.

Se consideraba la puerta de entrada a la Clínica Quirúrgica, porque depuraba el conocimiento anatómico entonces imprescindible para la práctica de la Cirugía, y facilitaba la realización de los procedimientos que en ese tiempo predominaban en esa especialidad (los dirigidos a tratar las enfermedades de la "Patología Externa") en la forma precisa y, sobre todo rápida, que era entonces necesario [64].

En su clase inaugural Chifflet señaló que la Cátedra surgió por la fusión de dos materias afines cuya enseñanza entrelazada la Facultad consideró beneficiosa, y que llevaba el nombre de Lorenzo Mérola, un anatomista que iba al concepto, no a la minucia [10].

Pero no repasó su historia, que en parte es necesario conocer para poner la gestión de Chifflet en el contexto de la misma.

En 1924, en su lección inaugural del Curso de Medicina Operatoria, Blanco Acevedo señaló que en 1879 José Pugnalin fue el primer Profesor de Clínica Quirúrgica, Operaciones y Vendajes de la Facultad de Medicina de Montevideo [3].

En 1888 durante el decanato de Elías Regules la Anatomía Topográfica y la Medicina Operatoria se separaron de la Clínica Quirúrgica donde hasta entonces se dictaban [64].

En 1930 en una monografía sobre hernias, Pérez Fontana escribió que *"Enrique Pouey, Alfredo Navarro, Gerardo Arrizabalaga, Bernardo Etchepare, … se iniciaron en nuestra Facultad como Profesores de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria."*[62]

Enrique Pouey fue profesor de esta cátedra, interino en 1889 y titular desde 1890 a 1895. En 1895 fue nombrado profesor interino de la Cátedra de Ginecología recién creada. Aparentemente mantuvo el cargo de Profesor de Medicina Operatoria hasta 1899 [64].

En 1956, la Facultad publicó un folleto con una *"Lista de Profesores Titulares de la Facultad desde 1875 al presente año"*, que menciona siete profesores de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria [57].

| | |
|---|---|
| Jaime H. Oliver | 1896 a 1900 |
| Lorenzo Mérola | 1913 a 1920 |
| Domingo Prat | 1921 a 1922 |
| Eduardo Blanco Acevedo | 1924 a 1930 |
| Velarde Pérez Fontana | 1937 a 1944 |
| Abel Chifflet | 1945 a 1951 |
| Oscar Bermúdez | 1956 |

En una nota al pie señala que la información que contiene es incompleta. En efecto, no consta quienes ocuparon el cargo entre 1901 y 1912, en 1923, entre 1931 y 1936, y entre 1951 y 1956. Probablemente en esos períodos la Cátedra estuvo a cargo de interinos.

En una biografía sobre Eduardo Palma, Praderi señaló que entre 1932 y 1936 éste fue Ayudante de Cátedra Titular de Medicina Operatoria y que en esa época el Profesor era Clivio Nario [(66)].

De toda esta información dispersa surgen áreas de incertidumbre y quedan vacíos.

Las primeras se refieren a las denominaciones y el alcance de las materias que se enseñaban en ella (¿Anatomía Quirúrgica o Anatomía Topográfica?; ¿Operaciones, Terapéutica Quirúrgica o Medicina Operatoria?).

Porque el mencionado folleto de la Facultad además señala que se enseñaba Anatomía Quirúrgica, y que los profesores fueron:

| | |
|---|---|
| Manuel Albo | 1924 a 1927 |
| Ernesto Quintela | 1927 |
| Juan Carlos Del Campo | 1931 a 1936 |

Al comparar las fechas de ejercicio de los profesores de las distintas Anatomías, surge que Manuel Albo en Anatomía Quirúrgica coincidió con Blanco Acevedo en Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, lo que marca que eran materias diferentes. Por el contrario Juan Carlos Del Campo coincide exactamente con un período en que en dicho folleto no consta quien dirigía la cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, la que según Praderi estaba a cargo de Nario.

Y los vacíos se refieren a quienes ocuparon la cátedra en ciertos períodos.

– – –

Pero la historia es aún más compleja. En 1923, el Decano Manuel Quintela propuso en el Consejo crear la Cátedra de Operaciones y designar directamente a Manuel Albo o a Eduardo Blanco Acevedo. Navarro señaló que los méritos de Clivio Nario habían sido infravalorados, generándose una enojosa situación en la que renunciaron tres consejeros, luego fueron re-electos y la Cátedra no fue provista encargándosela temporariamente el Dr. Juan Carlos Del Campo [(33)].

En 1925, el decano Manuel Quintela obtuvo de las Cámaras Legislativas la aprobación de una Ley que creó una nueva cátedra de Terapéutica Quirúrgica. Su hermano Ernesto fue designado catedrático y Blanco Acevedo lo fue de Operaciones [67].

## B.- CARACTERÍSTICAS DE LA CÁTEDRA

Su planta física estaba en el edificio de la Facultad en estrecha relación con la Cátedra de Anatomía. Tenía asignados el anfiteatro norte de la planta alta, denominado Anfiteatro Farabeuf, y algunos pequeños locales anexos.

Su personal era *"muy escaso."* [10] Como referencia se puede señalar que en 1951, cuando Chifflet ya había rotado a Profesor de Clínica Quirúrgica, la Cátedra tenía cinco cargos rentados: un Profesor (Juan Soto Blanco que había accedido por rotación desde el cargo de Profesor de Patología Quirúrgica), un Asistente encargado de la enseñanza (el Profesor Agregado de Cirugía Infantil y Ortopedia Ricardo Caritat), un Prosector (Alberto Fernández Chapela), un Ayudante de investigación (Oscar Guiglielmone) y un Ayudante de clase (el Br. Hernán Parodi Samonati) [67].

Es probable que la mayoría de estos colaboradores estuvieran en la Cátedra en los últimos años de la gestión de Chifflet.

A ellos deben sumarse los Profesores Agregados de Cirugía que rotaban por la Cátedra.

Para compensar la limitante de su escaso personal, Chifflet la concibió como una cátedra abierta. Así lo manifestó claramente en más de una oportunidad.

*"Iniciaremos este mismo año esta enseñanza, para lo cual no haremos clases magistrales, sino que con la colaboración de nuestros Profesores de Cirugía, trataremos de hacer el ambiente propicio para que todo el que desee trabajar, aprenda colaborando en un esfuerzo común."* (1945) [10].

*"… la Cátedra de Medicina Operatoria … no es una cátedra de tipo feudal, sino un lugar donde se recogen las enseñanzas y el apoyo de todos y donde pretendemos trasmitir nuestros conocimientos y recibir inspiración sobre todo de todos los que concurren a trabajar con nosotros."* (1950) [30].

## C.- QUÉ DEBÍA ENSEÑAR

Al hacerse cargo de la Cátedra, en forma pragmática y nada casual sino muy necesaria para la época, Chifflet expresó con precisión sus ideas respecto a los alcances y los objetivos de su enseñanza [10].

Ante todo ellas demuestran su capacidad de adaptar la docencia de la Cirugía:

- al contexto local de la Facultad de Medicina; fueron expresadas en 1945, año en que la Facultad cambió su plan de estudios.
- al contexto general del avance de la especialidad. Debe señalarse que aún reinaba cierta confusión respecto al "peso" de la Cirugía en la formación de los médicos; tres años después, durante el Decanato de Chifflet, en el Consejo de la Facultad se discutió extensamente sobre la especialización en esta disciplina [54].

### *a.- Anatomía Topográfica*

Cuando Chifflet se formó en Cirugía, ésta tenía una base fundamentalmente morfológica que se mantuvo en la mayor parte de su carrera. Se tenía noción del advenimiento de cambios fundamentales, pero su implementación consistente y generalizada recién comenzó a hacerse evidente hacia el fin de la vida de Chifflet.

Primero fue sobre todo la Anatomía macroscópica.

**LAS DIVERSAS ANATOMÍAS SEGÚN CHIFFLET**

Chifflet concebía la Anatomía Descriptiva como el resultado del esfuerzo de describir e inventariar en forma minuciosa estructuras cadavéricas, realizado en una época en que sus funciones todavía no se conocían.

Y a la Anatomía Topográfica como una división del cuerpo en regiones para estudiar sus estructuras, los planos en que se encuentran y las relaciones que contraen entre sí, en la forma que sirviera como una *"guía de rutas y caminos"* para las necesidades *"turísticas"* de la Cirugía [10].

Pero su pensamiento evolucionó. Doce años después en su libro *"Anatomía del contenido pelviano masculino"*, que reúne el producto de muchas disecciones realizadas en esta Cátedra, de mucha experiencia clínica y de muchas reflexiones, expuso en su forma definitiva su concepto de una nueva forma que denominó *"Anatomía Regional Dinámica"*. En ésta jerarquizaba la relación morfología - función para comprender los numerosos procesos vitales que se desarrollan en cada región, que comparó a *"la vida de los diferentes pueblos"* [31].

**ANATOMÍA QUIRÚRGICA**

Es otra forma de Anatomía Aplicada cuyo significado es menos compartido. Nació en Francia y en Bélgica al impulso de las necesidades de la Obstetricia. Luego se extendió al resto de la Cirugía en un proceso gradual que culminó con Velpeau quien señaló que su objeto era *"explicar por la Anatomía numerosas particularidades, ya de Patología, ya de Cirugía, o bien de Medicina Operatoria que se refieren al estado de los órganos."* Posteriormente numerosas figuras de la Medicina de Francia (Malgaigne, Richet y Tillaux entre las principales), le incorporaron los crecientes conocimientos de la Fisiología, la Patología y hasta de la Investigación Experimental, creando heterogeneidad y confusión conceptual [62].

Chifflet sostenía que la Anatomía a enseñar en las diversas etapas de la carrera de Médico debía tener contenidos diferentes [10].

Como en primer año no se está preparado para retener todos los conocimientos anatómicos útiles para el ejercicio profesional, se debía adquirir una base de conocimientos gruesos y, sobre todo, desarrollar capacidad de observación, disciplina y método de estudio apropiados para edificar la propia Anatomía, utilizando el libro y la clase sólo como auxiliares.

En los años siguientes se debía amalgamar la Anatomía del ser vivo y los conocimientos clínicos dispersos, para poder realizar la exploración clínica e instrumental y comprender la marcha de los procesos patológicos.

***b.- Medicina Operatoria***

En 1924, en su lección inaugural del Curso de Medicina Operatoria, Blanco Acevedo señaló que *"Para alcanzar tal eclecticismo científico, la Medicina Operatoria ha pasado por fases diversas…"* Y a continuación *"Primero empírica, luego puramente anatómica, hasta el advenimiento de la era Pasteuriana; más tarde plástica en el culto de la reconstrucción de las formas, para llegar por gradaciones sucesivas a una concepción eminentemente fisiológica y funcional."* [3]

Dos décadas después Chifflet no se dedicó a analizar si Medicina Operatoria era o no lo mismo que Operaciones o Terapéutica Quirúrgica. De hecho, tal vez para ser más sintético, en algunos pasajes de su clase inaugural llamó a su cátedra, Cátedra de Operaciones[10].

Con su habitual pragmatismo se dedicó a describir las características de esa disciplina en esa época.

A tal efecto señaló que por el crecimiento de la Cirugía, la mayoría de las Escuelas de Medicina había llegado a la conclusión que los médicos no necesitaban recibir una enseñanza en Cirugía similar a la de los especialistas, y en consecuencia ajustaron sus contenidos, pero para ello usaron diversas estrategias.

Unas simplificaron la enseñanza de las técnicas, desvalorizando el acto quirúrgico, o las reprodujeron en animales lo que es innecesario en el pre-grado, o las enseñaron en anfiteatros, en donde faltan las reacciones del enfermo. No se ocupaban de las indicaciones, de cultivar la disciplina del cirujano en la aplicación de variados recursos encuadrada en normas básicas, de analizar las posibilidades de éxito o fracaso y el resultado anatómico y funcional definitivo que, este sí, todo médico debía conocer.

Otras escuelas se centraron en la enseñanza de las indicaciones de la intervención y los problemas del pre y postoperatorio, lo que hizo más real la enseñanza, pero sin reconocer el drama total del hombre que sufre.

En su opinión la Medicina Operatoria debía dar al estudiante de pregrado el concepto sintético de lo que una intervención quirúrgica tiene

de agresión y de posibilidad de curar a la enfermedad que trata. Debía jerarquizar lo necesario para comprender el fundamento anatómico de la intervención y los riesgos de su ejecución y lo ejemplificó detalladamente con las operaciones de hernia.

## D.- A QUIÉNES DEBÍA ENSEÑAR

La Cátedra debía enseñar a los estudiantes de pre-grado y a los médicos.

Para los primeros, en el Plan de estudios de 1912 con el que Chifflet cursó sus estudios, en sus modificaciones menores, y en el que lo sustituyó (Plan 1945), la Cátedra dictaba un curso específico en el quinto año. En el primero de esos planes se rendía examen; Chifflet lo salvó con Sobresaliente. El 13 de Febrero de 1933 el Consejo de la Facultad de Medicina, buscando que el programa de dicha asignatura se redujera a lo racional, resolvió que el curso y el examen de Medicina Operatoria se limitara a la parte técnica [40]. Y en plan 1945 las materias sólo se cursaban, pero no se rendía examen.

La actividad más importante de la Cátedra estaba dirigida a los médicos que se especializaban en Cirugía.

El Profesor de Medicina Operatoria debía atender la aspiración de los jóvenes cirujanos de tener una escuela para aprender las bases del arte, no con cursos de Postgraduados, en los que *"con la solemnidad de lo extraordinario se pretende enseñar hasta el más allá",* sino en las clases regulares de su materia, en las que debe *"elevar sus conceptos a tal altura que el estudiante que se inicia aprenda mucho y el médico que ya tiene experiencia y conocimientos, aprenda más."* [10]

## E.- LA ACTUACIÓN DE CHIFFLET COMO PROFESOR DE ESTA CÁTEDRA

En la Facultad de Medicina no fue posible encontrar los informes de actuación de Chifflet como Profesor de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Su familia tampoco los posee. Constituirían una rica fuente de datos.

Ante la falta de los mismos sólo pueden hacerse algunas consideraciones generales.

En coherencia con lo que escribió en 1936 en su *"Informe sobre la cirugía experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América"* [8], en este cargo Chifflet no se comportó como un *"ocupante circunstancial"* de una *"cátedra de paso"*, ni vio en ella *"un horario para repetir los capítulos de los textos y varios años para esperar la vacante en la Clínica"* .

Por el contrario:

***a.- Definió claramente los objetivos docentes de las dos materias a dictar***

Este aspecto ya ha sido considerado.

Pero conviene señalar que Chifflet imprimió a su Cátedra una orientación tendiente a sacarla de los confines de su Anfiteatro, sus Salas de Disección y sus cadáveres, y a darle una fuerte proyección clínica práctica.

Para ello complementó su forma particular y unánimemente elogiada de docencia directa con herramientas de otro tipo.

Una de ellas fue la publicación de cartillas breves que sintetizaban los aspectos fundamentales de la patología, la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, cuyo estudio ya entonces ocupaba gran parte de sus preocupaciones y esfuerzos.

La referida a Cáncer de colon, recto y ano es una buena muestra de su capacidad de jerarquización y síntesis, resume los principales conceptos vigentes entonces, muchos de los cuales no han cambiado sustancialmente, y constituyó una herramienta para divulgar con eficacia en el medio el estado en que se encontraba ese tema.

Por esa razón se reproduce su texto.

**CÁNCER DE COLON, RECTO Y ANO**
**Cátedra de Medicina Operatoria**
**Prof. Abel Chiffiet**

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES SEGÚN SU LOCALIZACIÓN.

1. Cáncer de ciego.
2. Cáncer de colon ascendente.
3. Cáncer del ángulo hepático del colon.
4. Cáncer del colon transverso.
5. Cáncer del ángulo esplénico del colon.
6. Cáncer del colon descendente.
7. Cáncer del colon sigmoideo.
8. Cáncer de recto-sigmoide.
9. Cáncer de recto.
10. Cáncer de ano.

**DECÁLOGO DEL DIAGNÓSTICO**

Iº Es frecuente encontrar cáncer del colon con un sólo elemento de su trípode sintomático. Tumoración abdominal. Síndrome digestivo. Estado general afectado.

2º La juventud y el estado general floreciente no descartan el diagnóstico del cáncer de colon o de recto.

3º La anemia intensa con estado general afectado sin sangre al estudio de las materias fecales constituye un signo de gran valor de cáncer de ciego.

4º La tumoración abdominal suele ser el único signo de un cáncer del colon transverso o descendente.

5º El síndrome obstructivo intestinal suele ser el único síntoma de un cáncer del colon en sus ángulos (hepático o esplénico) o en sigmoide.
6° La presencia de sangre en las materias fecales exige un estudio exhaustivo del colon y el recto.
7° El tacto rectal diagnostica el cáncer del recto. La rectoscopía diagnostica el cáncer recto sigmoideo. La radiología diagnostica el cáncer de colon.
8º El cáncer recto sigmoideo que escapa al tacto rectal y a la exploración abdominal puede escapar a la radiología y a la recto-sigmoidoscopía.
9º En 100 errores frente a cánceres de colon el diagnóstico se reparte así:

| | |
|---|---|
| Apendicitis | 40 |
| Anemia | 30 |
| Hemorroides | 10 |
| Colecistitis | 10 |
| Dispepsia | 5 |
| Otros | 5 |

10º En 100 errores frente a cánceres del recto el diagnóstico se reparte así:

| | |
|---|---|
| Hemorroides | 30 |
| Ginecopatías | 20 |
| Vesicoprostático | 20 |
| Dispepsia | 10 |
| Ciática | 10 |
| Apendicitis | 5 |
| Otros | 5 |

## DECÁLOGO DEL PRONÓSTICO

1º El cáncer de colon o recto no operado da una sobrevida lamentable, variable entre uno y tres años.
2° El cáncer de colon o recto operado da una sobrevida superior a cinco años en más del cincuenta por ciento de los enfermos.
3º El cáncer del ano, por la invasión precoz de estructuras diversas es, aun operado, de alta gravedad.
4° Las contraindicaciones operatorias en el cáncer del recto son muy pocas.
5º La infección pélvica constituye el mayor riesgo en la cirugía del cáncer del recto.
6º La gravedad del cáncer recto - sigmoideo depende de las dificultades del diagnóstico porque llevan a operación tardía.
7º El cáncer del colon izquierdo se hace grave por e! cuadro de obstrucción crónica y por la infección del meso.
8º El cáncer del colon transverso se hace grave cuando invade las estructuras de la región supra- mesocólica (Territorio del tronco celíaco).
9º El cáncer del colon es poco metastasiante. El 37 % de autopsias por cáncer de ciego mostraron la lesión limitada a la pared intestinal.
10º La metástasis hepática, si es única y no dolorosa, no constituye contraindicación a la operación cólica o rectal.

**DECÁLOGO DE LA TÉCNICA OPERATORIA**

1º En cáncer de colon la muerte por infección operatoria, por hemorragia o por shock no cuenta en las estadísticas actuales.
2º La peritonitis que mata entre el 7º y el 12º día se produce por fallas de la sutura debidas a necrosis por isquemia, infección de la herida o a distensión intestinal.
3º La preparación del enfermo juega un papel dominante para el éxito operatorio.
4º Las suturas deben ser extremadamente respetuosas de los tejidos y de los vasos que irrigan los labios de la herida.
5º La decompresión quirúrgica por cecostomía en el acto de resección o previamente da mayores seguridades al enfermo que está en obstrucción.
6º En colon derecho, donde la continuidad se restablece por íleo-transversostomía en el primer acto operatorio, hay escasas indicaciones de operación en dos tiempos.
7° En colon transverso descendente y sigmoideo la amplitud de la exéresis exige habitualmente dejar para otro acto el restablecimiento de la continuidad.
8º El cáncer recto sigmoideo puede extirparse por vía perineal ensanchada. En una laparotomía previa se hace la exploración abdominal y el ano ilíaco.
10º La operación anatómicamente ideal en cáncer de recto y recto-sigmoide es por vía mixta, abdómino-perineal. Funcionalmente es aspiración, en lo posible, traer el colon al orificio anal.

***b.- Trabajó***

Según numerosos testimonios coincidentes, él daba un porcentaje elevado de clases, sobre temas muy diversos, en una forma muy atractiva, y hacía participar activamente a sus colaboradores y a los concurrentes.

En el capítulo 3 ya se ha señalado el recuerdo del Prof. Antonio Borrás de cómo Chifflet les enseñó la jerarquía de la rama tenariana del nervio mediano, que era lo único que si se dañaba no podía ser reparado [(4)].

Esta enseñanza fue muy bien recibida por los estudiantes. Seis años después, cuando Chifflet rotó a Profesor de Clínica Quirúrgica, al dar la noticia de su nombramiento, la Asociación de Estudiantes de Medicina lo reconoció en El Estudiante Libre con las frases que se transcriben a continuación.

*"Por primera vez a cargo de una cátedra, el Prof. Chifflet supo imprimir un ritmo distinto, y nuevo sentido a la enseñanza de dicha materia. Dejó paulatinamente de lado el modo clásico de enseñanza, que se basaba en descripciones detalladas, lujosas y brillantes de técnicas operatorias complejas, que resultaban a la postre inútiles para el estudiante. Dio, en cambio, conceptos elementales e importantes, de gran utilidad para el estudiante, encarando la parte de Operaciones propiamente*

*dicha, en una forma general, conceptual, sin entrar nunca al detalle de técnica, con visión clara de lo provechoso y eficaz. Oímos muchas clases del profesor Chifflet y de sus colaboradores ya cuando la cátedra llevaba el nombre de Anatomía Aplicada, y los estudiantes asistieron, casi con asombro a la forma en que se daban sobre temas por nosotros ya conocidos, y que juzgábamos hasta el momento engorrosos y hasta molestos, conceptos claros, precisos, "amenos" podríamos decir, que nos cambiaron el panorama sobre una materia que, permítasenos la expresión, habíamos aprendido a detestar, tal como era la Anatomía. Observamos además la adaptación, única en nuestra Facultad, de toda una cátedra al nuevo plan."* (39)

### *c.- Produjo*

En esos seis años Chifflet publicó veintiséis trabajos que se analizan con más detalle en el capítulo 16.

Unos se refirieron a temas generales como el shock (20).

Otros a problemas más específicos y muy variados de cirugía de cuello(12), mamaria (11), hepática (hidatidosis) (19), biliar (24), de la mano (18), vascular periférica (25), osteoarticular (23), y de los miembros (26).

Participó en las actividades regulares de la Sociedad de Cirugía (13).

Y como expresión más específica y perfeccionada de las concepciones que desarrolló gracias a la conjunción de su actividad quirúrgica y de su actividad docente en la Cátedra, en este período presentó:

- todos sus trabajos sobre su concepto anatomo funcional dinámico de las paredes abdominales con sus tres sistemas, y su consecuencia práctica: su concepción de la hernia inguinal directa y su técnica de tratamiento quirúrgico (27) (28).
- dos trabajos sobre fisiopatología del canal ano-rectal (21) (22).
- y el primer trabajo sobre los pasos fundamentales de la cirugía coloproctológica: la travesía del periné masculino (29).

### *d.- Finalmente se le encomendó una tarea adicional*

Cuando en 1945 el Profesor Carlos Stajano rotó al Hospital Maciel al servicio dejado libre por el retiro de Alfredo Navarro, el Consejo de la Facultad encargó interinamente a Chifflet la dirección de la clínica del Hospital Pasteur que quedó sin jefe.

**DOS ANÉCDOTAS DE CHIFFLET CUANDO ESTUVO ENCARGADO DE LA CLÍNICA DEJADA LIBRE POR STAJANO (58)**

Fueron relatadas por el Dr. José María Ferrari que en esa época era Practicante Externo de la misma.

1ª.- El Dr. Fossati, hijo del cirujano Américo Fossati, y Jefe de Clínica de la sala en que estaba Ferrari le señaló que en las anotaciones de las historias clínicas no utilizara los números romanos para identificar los meses, pero no le dijo que era una orden de Chifflet.

Ferrari que no tomó muy en cuenta la indicación, tenía la costumbre de usarlos y se le escaparon en más de una anotación. Poco después Chifflet pasando visita comprobó que Ferrari no había cumplido la orden y lo observó, llamativamente en forma pública, señalándole que el idioma español era muy rico en palabras y muy preciso en la forma de usarlas por lo que no había que recurrir a fórmulas empleadas en otros idiomas.

2ª.- En cierta oportunidad Chifflet invitó a sus maestros Alfonso Lamas y Luis Mondino, ya retirados, a que vinieran a visitar la Clínica. Para él fue una fiesta por la altísima consideración en que los tenía. En una de las salas se les mostró un paciente portador de un cáncer de próstata a quien el Dr. Labrot había hecho una castración sub-albugínea y colocado una prótesis testicular. Momentos después, Lamas salió al corredor y con voz fuerte le dijo a Mondino, que ya tenía una sordera acentuada y por ello inclinaba la cabeza y colocaba su mano detrás de su oreja grande y velluda: *"Luis, acordate del nombre de este muchacho* (se refería al Dr. Labrot) *para evitarlo, porque si te opera te deja capón."*

# 3.- DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

## A.- EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA A MEDIADOS DE LA DÉCADA DE 1940

Desde 1939, el Decano de la Facultad de Medicina era el Profesor de Clínica Médica Julio García Otero.

A comienzos del año 1945 Chifflet había sido elegido nuevamente para integrar el Consejo de la Facultad esta vez en representación del Orden Docente.

Se incorporó al Consejo el 23 de marzo de 1945, junto con el Dr. Sicco.

Al recibirlos el Decano García Otero destacó los valores intelectuales que ambos poseían, pero especialmente los valores morales que habían demostrado en su actuación, que eran los más a tener en cuenta cuando se trataba de elegir dirigentes.

Chifflet respondió que debía manifestar su satisfacción por incorporarse a un Consejo cuya situación no era la que existía cuando lo integró en 1933. *"En esa época estaba constituido por dos bandos y se discutían los problemas cuatro de un lado y cuatro del otro. Era una época de guerra, de irregularidad, en que habían trascendido los problemas de la calle dentro de la Facultad y existía una situación de violencia."*

A pesar de que no había integrado el Consejo desde entonces, conocía sus actuaciones y actualmente *"se podía decir con satisfacción que todos*

*los Consejeros actúan de común acuerdo, buscando las mejores soluciones y no la tendencia de tal o cual."*

– – –

Su actuación como Consejero duró poco más de un año, porque el 22 de abril del año siguiente fue elegido Decano.

Pero no por ello fue menos productiva.

Concurrió a casi todas las sesiones y tuvo una participación muy activa, interviniendo con sus comentarios y sugerencias en la mayor parte de los asuntos.

Como ejemplos de la actuación de Chifflet en el Consejo en esos meses se han elegido tres.

En la sesión del 7 de febrero Chifflet señaló que el Consejo se había demorado en la distribución de los Profesores Agregados y que por ello los Profesores titulares no sabían con quiénes iban a contar para organizar los cursos.

En la sesión del 28 de febrero, la situación del presupuesto continuaba estancada, el inicio de las clases estaba fijado para el 11 de marzo, pero con el presupuesto viejo no podían comenzar. Chifflet propuso citar al Claustro para presentarle la convicción de que el Consejo debía renunciar.

En la sesión del 1 de marzo Chifflet participó en forma muy activa en la discusión de los problemas con estudiantes de dos planes en la Cátedra de Anatomía.

– – –

Como dijera Chifflet, la gestión de García Otero había sido extraordinaria en la reorganización del profesorado, en el nuevo plan de estudios, y en la elevación del prestigio de la Facultad dentro y fuera de la Universidad, pero los problemas urgentes no le habían permitido culminar la solución de otros problemas importantes.

Se había quedado en el cargo más tiempo que el reglamentario para poner en marcha la Carrera de Profesorado y para buscar soluciones a varios problemas en especial los de los Institutos de Radiología y de Higiene.

En la sesión del 17 de febrero de 1946 García Otero presentó renuncia.

El Dr. Juan Carlos del Campo era el Profesor más antiguo y asumió como Decano Interino.

Quedaba el problema del Presupuesto que a pesar de la necesidad y la urgencia de la Facultad, demoraba su sanción en el Parlamento.

Era necesario elegir un nuevo Decano.

– – –

Chifflet no se caracterizó por manifiestas ambiciones de poder.

Por ello puede pensarse que tal vez no se haya propuesto ser Decano. Sin embargo no escapó a su inteligencia la alta probabilidad de que llegara un momento en que debiera serlo y tenía claro cuándo debía hacerlo.

En la opinión del autor el testimonio que sigue demuestra la seriedad con que Chifflet encaraba el ejercicio de los cargos que ocupaba.

**TESTIMONIO DEL DR. ANTONIO BORRÁS** [I] [5]

En cierta oportunidad Chifflet manifestó al padre de Borrás, que era médico y tenía bastante cercanía profesional con él, que si tenía que ser Decano, debía serlo mientras fuera Profesor de Medicina Operatoria.
Porque más tarde, si llegaba a ser Profesor de Clínica Quirúrgica, sería mucho más difícil desempeñar adecuadamente ambos cargos.

– – –

A principios de 1946 Chifflet reunía una serie de condiciones particulares.

Era un joven profesor con excelentes antecedentes y reconocida disposición a aplicar sus capacidades en el avance de las organizaciones en que actuaba.

Fue un estudiante de Medicina brillante.

Por su prolongada actuación en dos Clínicas Quirúrgicas y en las Cátedras de Anatomía, de Patología Quirúrgica y de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, de la que hacía un año era Profesor Titular, conocía en profundidad la Facultad y sus problemas.

Tenía experiencia de gobierno en la misma, por su participación como Secretario General en las Asambleas del Claustro de 1934 y 1935 *(en la última de las que se había elaborado un proyecto de Estatuto Universitario, un documento al que Chifflet atribuyó extraordinario valor)* [9] y como Vicepresidente en ejercicio de la Presidencia de la de 1944, por su actuación en el Consejo Directivo de la Facultad como Delegado de los Estudiantes entre 1933 y 1934, por haber sido Presidente de la Sala del Personal Docente Auxiliar en 1943, y ser Delegado del Orden Docente.

Poseía experiencia en la dirección gremial, por su actuación en diversas funciones en la Asociación de los Estudiantes de Medicina, en el Sindicato Médico del Uruguay en 1933, 1934, 1936 y 1939 (ver capítulo 13), y por su actuación en 1943 como delegado de la Asociación Médica del Este ante la Comisión Permanente de la Segunda Convención Médica.

Además en 1941 había sido Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

Por todo esto muchos en la Facultad debieron pensar que Chifflet era el candidato natural a Decano para un momento especial de la institución.

Probablemente su grupo de amigos cercanos de siempre (entre otros Mario Cassinoni y Juan J. Crottogini), todos muy compenetrados de sus responsabilidades en la vida de la Facultad, le hayan disipado las últimas dudas de que debía aceptar su postulación y el desafío, como Decano surgido de una generación nueva de profesores jóvenes, de organizarla en una actividad conjunta constructiva y continuadora de la gestión de García Otero.

Su proverbial responsabilidad no permitió que eludiera ese compromiso.

## B.- LA ELECCIÓN DE CHIFFLET COMO DECANO

Los estudiantes ejercieron presión para que el nuevo Decano fuera elegido por la Asamblea del Claustro, como lo expresaron en una nota de El Estudiante Libre [34].

**EL NUEVO DECANO DEBE SER ELEGIDO POR EL CLAUSTRO**

Aunque todavía no esté en vigencia la Nueva Ley Orgánica de la Universidad que estatuye que debe ser la Asamblea del Claustro la que elija al Decano de la Facultad, creemos que igual debe aplicarse ese criterio para la próxima elección a efectuarse dentro de poco tiempo.

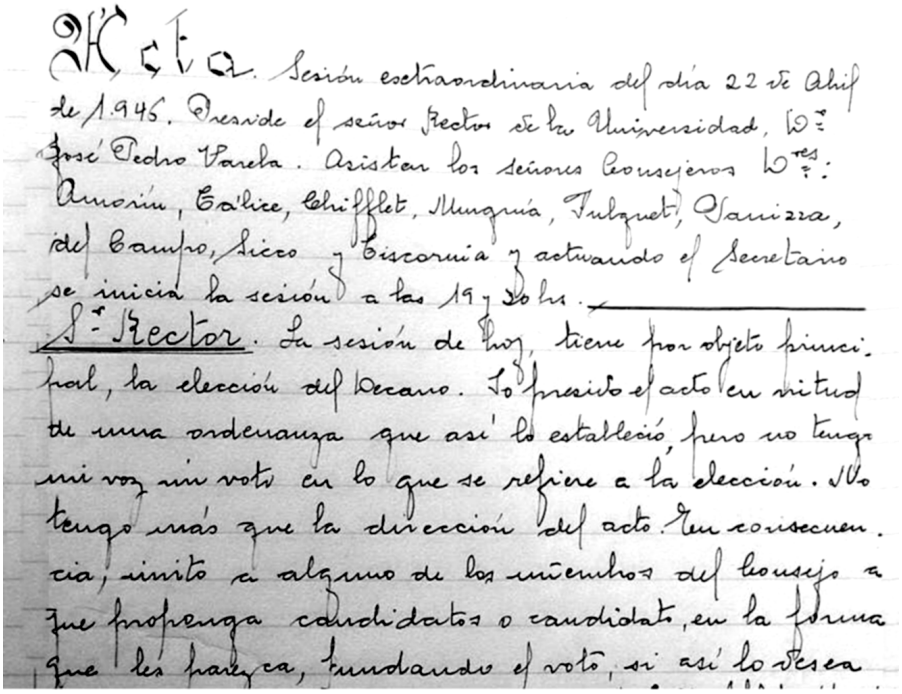
Son demasiado bien conocidas las ventajas de este procedimiento sobre el antiguo para que insistamos sobre ellas. Creemos que nadie puede oponerse a la ejecución de un procedimiento que ha sido aprobado por las autoridades de la Facultad y de la Asociación. La única objeción valedera que puede hacerse, es que aun no está en vigencia esa ley. Pero esto puede ser fácilmente subsanado, si el Consejo convoca al Claustro para que éste designe un candidato, comprometiéndose el Consejo a votarlo para Decano.

Aparentemente este reclamo estudiantil no fue escuchado. Chifflet fue elegido Decano por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina en una sesión extraordinaria realizada el 22 de abril de 1946 [42], presidida por el Rector de la Universidad Dr. José Pedro Varela, sin voz ni voto en la elección.

En ella estuvieron los Consejeros Amorín, Del Campo, Fulquet, Murguía, Panizza, Stirling, Sicco, Tálice, Tiscornia, y el propio Chifflet.

Iniciada la sesión Chifflet planteó que *"algunos de los grupos representados en este Consejo"* le habían designado candidato, y que si bien deseaba participar en la votación, si se iban a hacer exposiciones sobre los candidatos le permitieran retirarse. El Rector señaló un antecedente reciente que no lo hacía obligatorio, pero Chifflet se retiró.

Se expresaron tres Consejeros:



Acta. Sesión extraordinaria del día 22 de Abril de 1946. Preside el señor Rector de la Universidad, Dr. José Pedro Varela. Asisten los señores Consejeros Dres.: Amorín, Balice, Chifflet, Mangini, Pulgarín, Ravizza, del Campo, Sicco y Tiscornia y actuando el Secretario se inicia la sesión a las 19 y 30 hs.

S. Rector. La sesión de hoy, tiene por objeto principal, la elección del Decano. Lo presido el acto en virtud de una ordenanza que así lo estableció, pero no tengo mi voz ni voto en lo que se refiere a la elección. No tengo más que la dirección del acto. En consecuencia, invito a alguno de los miembros del Consejo a que proponga candidatos o candidato, en la forma que les parezca, fundando el voto, si así lo desea

Fragmento de la primera página del acta de la sesión del Consejo de la Facultad de Medicina del 22 de abril de 1946, en que se nombró Decano a Chifflet.

1. El Dr. Tiscornia. Para él se necesitaba un Decano que alcanzara *"… por lo menos un gran porcentaje de los elementos necesarios para poder llevar a la Facultad de Medicina al sitial que por factores ajenos a ella aún no ha alcanzado"*. Estaban para resolver la instrumentación del reciente Plan de estudios, el Presupuesto que pasaba angustias en el Parlamento, la reorganización de los Institutos, y la Adscripción, uno de los grandes eslabones para el futuro de la Facultad. La Facultad necesitaba *"una persona de acción, de energía, que tenga condiciones de organizador"*... Consideraba que *"… el candidato que reúne los elementos que deseamos es el Profesor Abel Chifflet …"*, por su trayectoria *" … desde los tiempos de estudiante cuando enseñaba en las salas de disección en forma tenaz y asidua con una pedagogía muy especial que no se usaba entonces. Lo vimos recorrer la trayectoria universitaria elevándose y superándose a través de los años."* Agregó que demostró sus grandes condiciones de organizador en las cátedras por las que había pasado, que poseía virtudes personales muy estimables y que le daría su voto, a menos que surgiera un candidato mejor.

2. El Dr. Murguía. Dijo que daba su voto a Chifflet porque lo consideraba uno de las figuras más brillantes dentro de los nuevos Profesores de la Facultad, porque reunía condiciones especialísimas de actividad, de impulso, dinamismo, inteligencia, estaba íntimamente vinculado a una serie de problemas cuya finalización aún estaba pendiente y por otros conceptos.
3. El Dr. Amorín. Coincidió en el reconocimiento de las condiciones de Chifflet, pero señaló que los problemas de los Institutos de la Facultad no habían sido suficientemente captados por los anteriores decanos que eran clínicos, por lo que propuso al Profesor Tálice que tenía mejores condiciones para atenderlos.

Se generó entonces una discusión en régimen de Comisión General.

Cuando se reinició la sesión pública, Chifflet volvió a sala y se procedió a la votación. Chifflet votó por el Dr. Tálice y todos los demás votaron por Chifflet. El Rector lo proclamó Decano, lo felicitó y expresó su esperanza de que realizara una labor eficaz que continuara las magníficas de García Otero y Del Campo.

Entonces Chifflet pidió la palabra y dijo lo siguiente [42]:

*Evidentemente no puede terminar esta reunión sin que yo diga algunas palabras, en primer lugar de agradecimiento a todos los Consejeros que me han votado.*

*Llegar al Decanato significa un honor muy grande; estoy seguro que los Consejeros al votarme no lo han hecho para dar premio a una labor anterior desarrollada. Da la impresión que este nombramiento a un profesor que recién se inicia en la Cátedra, tiene un significado distinto que el de una persona que ha dedicado su vida a la enseñanza. Se saca la impresión de que hay más bien la tendencia en el actual Consejo, un deseo de no premiar a la persona sino de que se designe a una persona que haga obra.*



Abel Chifflet Decano de la Facultad de Medicina. Retrato en la Galería de la antesala del Decanato de la Facultad de Medicina.

*Este Consejo tiene por finalidad de futuro una finalidad de trabajo, de reorganización, de marcha hacia delante.*

*Se vive el momento en que la obra emprendida por este propio Consejo con su Decano anterior el Profesor García Otero, habiendo llevado a cabo sus aspiraciones, en el papel se había logrado todo lo que puede ser en nuestro medio una aspiración para la Facultad de Medicina.*

*En este momento crítico, está pendiente el futuro de la Facultad, en el sentido de o se echa a perder todo lo actuado hasta ahora en interés de la Facultad de Medicina llevando una figura representativa al Decanato, o se designa a una persona que sin ser figura representativa pueda hacer acción y seguir la labor del Profesor García Otero.*

*La próxima sesión será el jueves y el Decano ya estará nombrado.*

*Yo propondría que antes de levantar la sesión, este Consejo recuerde a quien fue nuestro Decano durante siete años, a quien se debe gran parte de la situación en que se encuentra; la obra del Profesor García Otero en lo que se refiere a la reorganización del profesorado, en lo que se refiere al nuevo plan de estudios, al prestigio de nuestra Facultad dentro y fuera de la Universidad, es extraordinaria.*

*En mi actuación de futuro en las funciones de Decano trataré en lo posible de seguir las huellas del Profesor García Otero. No seré un Decano de nuevas orientaciones, sino que continuaré la obra emprendida, tratando de hacer acción las aspiraciones del Consejo.*

*Durante estos tres meses el Dr. Del Campo ha hecho un Decanato que merece el aprecio de todos nosotros. Los Decanos interinos como decía el Señor Rector, dejan que las cosas sigan su curso normal y carecen de iniciativa para orientar al Consejo en uno u otro sentido. El Profesor Del Campo, nada más que con el problema del presupuesto, que abordó a fondo, ha hecho en esos tres meses obra para la Facultad de Medicina. En períodos críticos se puede en pocas semanas dar un chispazo, una orientación para que la Institución continúe su progreso.*

*La Facultad de Medicina, para agradecer al Señor Rector sus palabras, se ha mantenido dentro de las directivas generales universitarias y uno tiene la impresión de que la Facultad de Medicina es dentro de la Universidad, uno de los pilares fuertes. Lo ha sido tanto en la docencia como en las condiciones de universitarios y de hombres.*

*Es por eso que la presencia del Señor Rector en este momento y sus felicitaciones, las tomo con gran satisfacción y con la promesa de que la Facultad de Medicina seguirá siendo un pedestal en la defensa de los derechos del hombre y del universitario."*

En suma, destacó:

1. que había sido elegido no por ser una persona representativa sino para que hiciera obra, para que trabajara.
2. los antecedentes de la gestión de García Otero y Del Campo cuyas huellas había que seguir.

3. su compromiso de mantener el fuerte papel de la Facultad de Medicina dentro de la Universidad.

Chifflet se convirtió así en el 20º Decano de la Facultad de Medicina, y el tercero que fue cirujano general. Le precedieron José Pugnalini (1883) y, en dos oportunidades (1904 y 1927), Alfredo Navarro.

Tenía 41 años. No fue de los decanos más jóvenes. Los hubo de menos de 30 años como Elías Regules, profesor de Medicina Legal, decano interino con 27 años y 10º decano titular con 28. Y de entre 30 y 40 como entre otros José Carafi profesor de Anatomía, 8º decano con 32 años, Jose Scoseria profesor de Química, 11º decano con 37 años y Augusto Turenne, Profesor de Obstetricia, 13º decano con 37 años.

## C.- REPERCUSIONES DE SU NOMBRAMIENTO

La noticia de su nombramiento se difundió rápidamente y provocó innumerables manifestaciones de satisfacción por lo acertado de la elección y de esperanza en su gestión.

Los estudiantes de Medicina la recibieron con beneplácito, como testimonia este artículo de El Estudiante Libre [35].

**ABEL CHIFFLET, NUEVO DECANO**

Con la unánime aprobación de todos los sectores de la Facultad, ha sido electo Decano, el Profesor Abel Chifflet, joven figura universitaria de bien ganado prestigio que pasa a tomar la Dirección de nuestra casa en momentos de trascendental importancia.

No analizaremos aquí, por ser bien conocida, la brillante actuación del Profesor Chifflet, como dirigente estudiantil en nuestra Asociación y más tarde como médico en el Sindicato, y en el Consejo de la Facultad.

Tampoco nos extenderemos sobre su brillante carrera profesoral en la que por sus grandes condiciones alcanzó rápidamente los más altos cargos docentes. Insistiremos, en cambio, sobre lo que los estudiantes esperamos de la gestión del Profesor Chifflet al frente del Decanato y que confiamos realizará, basados en su capacidad de acción y en su conocimiento de los problemas.

Esperamos del Profesor Chifflet en el Decanato, que dirija acertadamente la obra de renovación de la Facultad, que iniciara brillantemente su antecesor el Profesor García Otero; que dirija la ejecución del nuevo Plan de Estudios, y de las Adscripciones; que obtenga el aumento del Presupuesto de la Facultad; que haga respetar los derechos de ésta en el Hospital de Clínicas; que continúe reuniendo al Claustro y dándole la importancia que éste ha adquirido en los últimos años; que solucione los conflictos con Salud Pública estableciendo las bases de una colaboración verdadera entre ambas Instituciones; que obtenga el reingreso a la Facultad de todos los Institutos docentes; que active la ejecución del nuevo edificio de la Facultad junto al Hospital de Clínicas y que haga una realidad del Servicio de Bienestar Estudiantil.

> Nadie mejor que el Profesor Chifflet, que reúne el entusiasmo de su juventud a la experiencia de su larga actuación como dirigente, para cumplir todos estos postulados y contribuir poderosamente al progreso de nuestra Facultad.
>
> El Estudiante Libre saluda al Profesor Chifflet, felicitándole por la designación y augurándole un acertado desempeño del alto cargo para el que ha sido electo.

La enumeración de todo lo que los estudiantes esperaban de él basta para imaginar la magnitud de la tarea que le aguardaba.



1946 (25 de mayo). Banquete ofrecido a Abel Chifflet en el Rowing Club por sus compañeros de generación, por su nombramiento como Decano de la Facultad de Medicina.

En los años siguientes, frente a los problemas del Hospital de Clínicas la Asociación de Estudiantes de Medicina se puso en una posición no sólo diferente a la de Chifflet, sino que éste la interpretó como cuestionadora de aspectos morales de su actuación, hecho que tuvo las consecuencias que se describen más adelante.

– – –

Por su parte, entre otras celebraciones sus colegas, compañeros de estudio y amigos lo homenajearon con un banquete en el Restaurante del Rowing Club de Montevideo.

## D.- UNA ACTITUD DE CHIFFLET EN DEFENSA DE LA DIGNIDAD DE LA FACULTAD Y DEL CARGO DE DECANO

En la valoración del autor, el testimonio que se transcribe a continuación pone de manifiesto la preocupación de Chifflet por defender la dignidad de la institución a que pertenecía y del cargo que ocupaba, cuando consideraba que era objeto de ataques injustificados cualquiera fuera la jerarquía de quien los realizaba.

**TESTIMONIO DEL DR. ANTONIO BORRÁS (II) [5]**

Cierto día mientras Chifflet caminaba por un pasillo del Sanatorio Italiano acompañado por el Dr. Borrás padre, se cruzó con el Profesor Luis Surraco.

Chifflet era Profesor de una materia no clínica y Decano de la Facultad.

Surraco era 22 años mayor que Chifflet, Profesor de una especialidad clínica y gozaba de una elevadísima reputación profesional nacional e internacional.

Chifflet lo detuvo, le señaló con firmeza que ciertas críticas que Surraco había hecho sobre la Facultad y el Decanato no se correspondían con la realidad, y le recriminó duramente haberlas hecho en público y no en los ámbitos de la Facultad que correspondían, con lo que en caso de tener razón no había contribuido a mejorar las cosas.

El Dr. Borrás se sintió incómodo por la tensión de la situación.

Conocía muy bien algunas características del comportamiento del Dr. Surraco, que hoy se catalogaría de disruptivo, y por ello le sorprendió que no intentara ninguna defensa y luego de respuestas mínimas, se retirara.

Tal vez pensando que contrariamente a lo habitual Chifflet no hubiera utilizado la estrategia más adecuada, Borrás le señaló su extrañeza de que hubiera observado a Surraco en público sobre este asunto. Chifflet le respondió que había optado por hacerlo en presencia de testigos para acallar a Surraco, o al menos para que no pudiera apoyar sus críticas erróneas en un relato deformado de lo que se dijo en el encuentro.

## E.- PLAN DE TRABAJO

El 29 de junio de 1946, algo más de dos meses después de que fuera elegido Decano, Chifflet publicó un folleto que describe el momento que vivía la Facultad, el estado en que se encontraba, e implícitamente enumera cuatro grandes líneas de trabajo [14].

Puede resumirse como sigue.

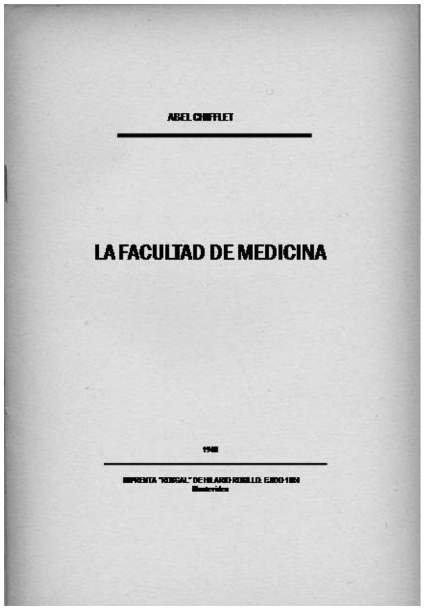
**LA FACULTAD DE MEDICINA**

En la Introducción señala que el progreso extraordinario de las ciencias médicas cambió totalmente el campo de los conocimientos e hizo innecesario gran parte de lo que se estaba enseñando. Los nuevos horizontes obligaban a cambiar la dirección de la visual y el criterio básico en la forma de enseñar. El panorama social era distinto. Todo esto conducía a una nueva Facultad.

Señala que no era un problema nuestro, y que había visto que muchos países lograron seguir de cerca el ritmo de la hora.

Reconoce que durante el decanato de Julio García Otero el Consejo Directivo de la Facultad fue el primer paladín de la reforma, que en 1939 hubo una firme y angustiosa declaración de los Profesores que cayó en el vacío y que en 1942 hubo otra semejante. Que en 1943 se reunieron las Salas para integrar el Claustro y detrás de las diferencias hubo un fondo común de protesta y angustia por la incapacidad para hacer efectivo lo que se consideraba fundamental.

En 1944 se logró la unanimidad en los conceptos básicos de la nueva Facultad y en 1945 comenzó un nuevo Plan de Estudios, una nueva estructuración docente y un nuevo presupuesto.


ABEL CHIFFLET

LA FACULTAD DE MEDICINA

1946

IMPRENTA "ROSGAL" DE HILARIO ROSELLO. CASO 1884
Montevideo

Tapa del folleto sobre la Facultad de Medicina. Montevideo. 1946. Imprenta Rosgal. 56 páginas.

Y, como consecuencia de todo ello, 1946 no podía terminar sin que estuvieran asentadas las bases firmes de la nueva Facultad.

El folleto consta de cuatro grandes capítulos.

**I).- Enseñanza a los estudiantes.**

Señala que debe desarrollar cualidades muy especiales de moralidad, reserva y sentido humano y proveerlos de un mínimo de conocimientos de la ciencia médica que no ha de ser un capital estabilizado que en pocos años pierda toda utilidad.

Deben enseñarse condiciones que hagan eternamente fructífero el núcleo mínimo de conocimientos:

a. Espíritu de observación. El libro no es la suprema verdad sino un simple elemento informativo.
b. Investigación no pura sino aplicada, que no deje pasar hechos sin preocuparse por su explicación.
c. Colaboración, porque el individualismo en Medicina es historia antigua. La Medicina debe enseñarse en equipos docentes en los que el Profesor da las orientaciones y hace eficaz el funcionamiento.

En cuanto a la duración de la carrera, en el plan anterior, informativo, que se preocupaba de llenar lo más posible de conocimientos al estudiante y por ello duraba una media de 11 años y medio, la Facultad tenía 2.300 estudiantes en diferentes situaciones, y éstos se recibían a los 30 años, comparativamente bien provistos de conocimientos, pero poco formados.

El Nuevo Plan de Estudios se estaba aplicando para hacer efectiva la orientación, pero todavía había que impregnarlo de directivas y lo analiza año por año con sus materias.

Y debía complementarse con Becas, Premios y acceso a ayudantías que permitieran cubrir las necesidades económicas de modo que los estudiantes con dificultades en ese campo pudieran seguir los cursos regulares, a lo que debían agregarse las prestaciones del Servicio de Bienestar Estudiantil.

**II).- Extensión de la Enseñanza**

Hace consideraciones sobre la Escuela de Graduados, la Escuela de Especialidades, las Escuelas de Técnicos Colaboradores del Médico (nurses, parteras, etc.) que deben tener cierta autonomía, y las actividades de Extensión Universitaria que saque a la Facultad fuera de sus muros.

**III).- Carrera Docente**

Se refiere a su desarrollo, que se inicia como Jefe de Clínica, que a los dos años de ejercer el cargo puede comenzar la Carrera de Adscripción que dura cuatro años, luego con pruebas sencillas pasa a la Agregación y de ésta puede pasar a Profesor Titular. Y luego hace consideraciones sobre que de esta manera se obtendrán mejores profesores, que mejorarán el producto de la Facultad y se interrelacionarán evitando superposiciones y lagunas en la enseñanza.

**IV).- Organización y estructuración de la Facultad**

Señala:

a. Las funciones administrativas que requieren más personal, responsable y adecuadamente retribuido para que cumpla correctamente sus funciones.
b. La actuación estudiantil, respecto a la que se refiere a cuatro cartillas informativas destinadas a orientarlos.
c. Proveer personal técnico que alivie a los Profesores de las tareas que no son de su incumbencia.
d. Profesores de dedicación intensiva, plenos de vigor y conocimientos.
e. Un nuevo Edificio de la Facultad, junto al Hospital de Clínicas, con un diseño pensado para la Facultad del futuro.

## F.- GESTIÓN DE CHIFFLET COMO DECANO

La lectura de las actas del Consejo de los tres años del Decanato de Chifflet da una idea cabal de la magnitud de las tareas que efectuaba.

En términos generales:

- realizaba regularmente sesiones ordinarias semanales del Consejo, agregando las sesiones extraordinarias que fuera necesario, sin tener en cuenta las épocas festivas o de vacaciones.
- concurría a prácticamente todas ellas, estando ausente sólo a causa de algunos viajes oficiales y dos semanas a causa del cuestionamiento que le hicieron los estudiantes a fines de 1948.

- sin perder su componente discursivo, las organizaba para darles un trámite ágil, ejecutivo. Las sesiones tenían varias partes: enumeración de los asuntos entrados, si su naturaleza lo permitía reparto entre los Consejeros o pase a las Comisiones para que los estudiaran, informe de Comisiones y consideración de asuntos pendientes con proyecto de resolución.
- en sus intervenciones aludía a las gestiones que había realizado ocupándose de que las cosas marcharan. De su lectura se deduce que realizaba una intensa actividad en este sentido y que conocía muy bien todos los asuntos; no se registran temas en que haya sido sorprendido con información insuficiente.
- les daba la extensión necesaria, prolongada cuando el asunto lo exigía.
- realmente las presidía: planteaba los temas, escuchaba las posiciones de los Consejeros y los informes, hacía un sumario de los mismos, planteaba posibles resoluciones y procedía a la votación para tomar resolución.

En suma, articulaba las inquietudes, acciones y potencialidades de los miembros del Consejo y los ponía a trabajar haciendo que el cuerpo tuviera una actividad eficiente para la Facultad. En su visita de despedida al Consejo después de su renuncia destacó, y no parece haber sido una cortesía, que los logros alcanzados fueron un mérito del trabajo del Consejo.


Abel Chifflet Decano, hablando en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina.

Pero Chifflet no fue un Decano de Sala de Sesiones o un super-gerente que sólo realizó mucho trabajo de escritorio y tomó decisiones difíciles y trascendentes para la Institución. Cumplió con otras numerosas funciones ante la Universidad, su Rectorado y su Consejo Central, y ante los poderes políticos,

en las que dentro de sus posibilidades mantuvo la imagen exterior de una Facultad viva, fuerte y respetable, al precio de invertir mucho tiempo en muchas gestiones personales.

– – –

Cuando se pasa al campo de lo particular, el Decanato de Chifflet obtuvo resultados trascendentes en asuntos muy numerosos y muy diversos. Los principales se describen a continuación siguiendo el orden que él les dio en su folleto sobre la Facultad de Medicina.

## G.- ENSEÑANZA A ESTUDIANTES DE MEDICINA

### *a.- Plan de Estudios 1945*

Cronológicamente, el nuevo plan de estudios aprobado en 1945, fue el cuarto que tuvo la Facultad [(67)].

Sus objetivos fueron la docencia moderna y orgánica de una Medicina práctico-experimental, que produjera médicos jóvenes que luego pudieran especializarse.

Para lograrlos, introdujo diversas modificaciones al plan anterior que en esencia y con ligeras variantes - por ejemplo las que se discutieron en 1929 en las que Chifflet participó como integrante de las generaciones mayores de la Asociación de Estudiantes de Medicina [(9)] - era el plan aprobado a principios de siglo XX durante el decanato de José Scoseria ("plan Scoseria"). Entre las más destacables, el plan 1945 integró las materias básicas en tres conjuntos: Ciencias Morfológicas, en el que Anatomía redujo su extensión a un año, Ciencias Fisiológicas, e Introducción a la Medicina.

En 1946 se estaba aplicando *"para hacer efectiva la orientación, pero todavía había que impregnarlo de directivas"* [(14)].

Las acciones de Chifflet y del Consejo respecto a este Plan de Estudios consistieron fundamentalmente en la instrumentación y puesta en marcha progresiva, adecuando la docencia al progreso de la Medicina.

En las Actas del Consejo de aprecia nítidamente que a medida que año a año los estudiantes avanzaban por el nuevo Plan, fue necesario dedicar extensos espacios de innumerables sesiones para discutir la ubicación, el contenido, la duración, la coordinación y los controles y exámenes de las distintas materias, de modo que se cumpliera con las directivas del plan.

Ya se manifestaban diversos problemas. Uno de ellos era la superpoblación estudiantil; por ejemplo en 1948 el Profesor Purriel concurrió al Consejo para discutir la enseñanza de Semiología que debía brindar a 200 estudiantes [(49)]. El Hospital Maciel estaba desbordado y muchos estudiantes querían ir al Hospital Pasteur, pero algunos profesores se oponían.

En 1951, cuando Chifflet ya no era Decano, se cumplió un ciclo completo de la dificultosa puesta en práctica del plan 1945. Sus fortalezas, y sobre todo sus debilidades e insuficiencias, fueron sometidas a un profundo análisis crítico por parte de estudiantes, docentes y profesionales [67].

### *b.- Aspectos sociales referidos a los estudiantes*

Para resolver las dificultades económicas de los estudiantes debían implementarse Becas, Premios y acceso a ayudantías que permitieran solucionarlas de modo que pudieran seguir los cursos regulares.

Y a ello debían agregarse las prestaciones del Servicio de Bienestar Estudiantil.

**FRAGMENTO DE UNA EXPOSICIÓN DE CHIFFLET SOBRE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTEVIDEO [15]**

*"Por iniciativa del Profesor García Otero, Decano de nuestra Facultad desde 1939 a 1946, funciona en nuestra casa de Estudios una Comisión que dispone actualmente de un fuerte rubro, con el fin de dar al estudiante en mala situación económica, posibilidades para continuar estudiando.*

*Hasta ahora la Comisión, despues de estudiar las condiciones económicas generales del estudiantado, ha orientado su acción hacia la compra y préstamos de libros, túnicas, instrumental, etc. Ha ubicado más de una docena de estudiantes en cargos administrativos, con facilidades para seguir estudiando, pero obligados a cumplir las exigencias de la Facultad.*

*Pero la obra de envergadura en marcha es la "Casa del Estudiante". Se instalará provisoriamente, en un local apropiado, una casa para estudiantes del interior del país, o de situación modesta de Montevideo, donde a precios de costo se les dé dormitorio limpio y comida sana, como quieren los postulados de la higiene, que como médicos queremos imponer, pero sobre todo donde se impregnen de las condiciones morales y culturales, que consideramos básicas en el desarrollo superior del médico.*

*La Casa del Estudiante tendrá en el futuro una proyección a todas las Facultades, ya que es nuestro deseo poder entrelazar en el joven estudiante las preocupaciones y conceptos que caracterizan a cada una de las disciplinas impuestas por cada carrera universitaria.*

Y como otra proyección concreta de la preocupación por la Medicina Social y Laboral que desarrolló cuando durante diez años trabajó en el Departamento Médico de la Caja de Jubilaciones, durante su Decanato y a su impulso se creó la Oficina Universitaria de la Salud con objetivos preventivos de la salud de la población universitaria, cuya dirección confió a José A. Praderi que compartía las mismas ideas al respecto de este asunto [65].

En la misma conferencia [15], Chifflet señaló que la Facultad contaba con una Oficina Médica.

La consideraba indispensable porque en la Facultad actuaban cerca de tres mil personas, y porque se debía inculcar con el ejemplo a los estudiantes de Medicina, un sólido concepto de las directivas de higiene de local y de trabajo y de profilaxis en los medios colectivos.

En un año de trabajo, bajo la dirección del Dr. Praderi, la Oficina Médica hizo el examen completo de todo el personal, estudió las condiciones de trabajo en laboratorios y clínicas, e hizo una encuesta sobre contaminaciones profesionales, como consecuencia de la que se elevó al Poder Ejecutivo un proyecto de ley sobre Seguro de Accidentes y Enfermedad para todos los profesionales del país.

Con la colaboración de la cátedra de Higiene, controló el estado de inmunidad de los empleados y estudiantes, para impedir la infección de los no inmunizados en el medio contaminante de las salas de hospital. Y con la del Instituto de Tisiología estableció la incidencia de la tuberculosis entre todos los estudiantes universitarios a través de exámenes periódicos obligatorios, y tomó importantes medidas profilácticas y terapéuticas en enfermos sin manifestaciones subjetivas.

Finalmente realizó una encuesta sobre la actividad física de los estudiantes de Medicina que arribó a conclusiones de utilidad para conducir la juventud universitaria al deporte y el ejercicio al aire libre.

## H.- EXTENSIÓN DE LA ENSEÑANZA

En su folleto de 1946 sobre la Facultad de Medicina Chifflet dejó en claro que había que ocuparse de crear Escuelas (de Graduados, de Especialidades, de Técnicos Colaboradores del Médico, de Nurses, de Parteras, etc.) que debían gozar de cierta autonomía, y de las actividades de Extensión Universitaria que sacara a la Facultad fuera de sus muros.

Sigue una descripción de los logros en la materialización de estos propósitos.

### *a.- Impulso decisivo al proceso de creación de la Escuela Universitaria de Enfermería*

En la década de 1940 varios hechos hacía necesario que Uruguay contara con enfermeras universitarias [70]:

1. El reconocimiento internacional de las enfermeras como profesionales universitarias.
2. La necesidad de nurses capacitadas en prevención dentro y fuera de los hospitales.
3. Las necesidades del Hospital de Clínicas próximo a funcionar.

Pero para que esta aspiración se materializara debió cumplirse un proceso largo y complejo.

Desde 1943 había una Comisión para el estudio de la organización de la Escuela de Nurses Carlos Nery, creada por el Ministerio de Salud Pública. Inicialmente estuvo integrada por el Decano Julio García Otero, los doctores Julio Nin y Silva, Abel Chifflet y Pascal Luchessi (delegado del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública), y la nurse Irma Batto.

Había dos grandes posiciones sobre la mejor forma de satisfacer la necesidad.

La del Ministerio de Salud Pública y del Dr. Romeo Colombo, director honorario de la Escuela Carlos Nery, que sostenía que se debía mantener la escuela existente bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública, perfeccionarla y reformarla para prestigiar la profesión, de modo que otorgara a sus egresadas un título universitario que las colocara a la cabeza de los auxiliares del médico [(69)].

Y la que se sostenía en la Facultad, que la Escuela de Nurses debía ser una escuela anexa a ésta.

El Consejo de la Facultad percibía la urgencia, solicitaba a la Comisión que elaborara un proyecto intensivo de enseñanza de enfermeras, enviaba representantes a Europa y Brasil para estudiar la organización y enseñanza de las enfermeras, y enviaba nurses a los Estados Unidos para capacitarse como instructoras. Pero el Ministerio y el poder político no mostraban interés y los avances demoraban.

A principios de 1947 el Decano Chifflet informó al Consejo Central Universitario sobre los avances en el proceso de creación de la Escuela de Nurses, y más de una vez expresó en el Consejo de la Facultad de Medicina la necesidad de que se concretara.

En junio de 1947 Chifflet expuso al Consejo el proyecto de creación elaborado por el Dr. Arturo Ardao (abogado, hermano de Héctor Ardao) que constaba de seis etapas [(45)]:

1. creación de la Escuela de Nurses por el Consejo Central Universitario.
2. promulgación de una ley que pasara la Escuela Carlos Nery y su presupuesto a la Facultad de Medicina.
3. promulgación de una ley de presupuesto de la nueva escuela que se sumaría a los rubros de la actual.
4. convenio entre Facultad de Medicina y Ministerio de Salud Pública.
5. elaboración del Programa y Plan de estudios.
6. elaboración del Reglamento Interno de la Escuela.

En la Comisión encargada de estudiar todos los asuntos de la Escuela se incluyó a los Dres. Arturo Ardao y Román Arana Iñiguez. Finalmente, el 3 de julio de 1947 el Consejo aprobó la creación de la Escuela, y el 17

de julio se elevó nota al Rector en tal sentido con la firma de Abel Chifflet, Román Arana, Juan C. Castiglioni, y Rodolfo Tálice.

En forma paralela, Chifflet remitió a la fundación Rockefeller un detalle del presupuesto y de la necesidad de materiales. El 13 de agosto el Consejo Central Universitario aprobó el proyecto, con algunas modificaciones entre ellas la de no mencionar a la Fundación Rockefeller. Durante 1948 y 1949 ésta envió un costoso conjunto de equipos y materiales y prometió becas de estudio para las instructoras durante cuatro años.

Después de algunos contratiempos, el 2 de mayo de 1950 la Escuela comenzó sus actividades docentes como una dependencia de la Facultad de Medicina, que contaba con un Consejo Consultivo Honorario presidido por el Doctor Eugenio Fulquet [69].

### *b.- Proyecto de creación de una Escuela de Anestesiología*

En marzo de 1948 con motivo de que la Facultad había recibido una donación del Sr. Cerviño para crear una Escuela de Anestesiología, Chifflet planteó esta iniciativa al Consejo e informó que había hablado de él con el Profesor Larghero quien estaba de acuerdo con que se creara basándose en la organización de las Clínicas Quirúrgicas y su funcionamiento en el Hospital de Clínicas, y que además consideraba que debía funcionar un año en cada Clínica Quirúrgica para que éstas sacaran beneficio y fueran creando sus propios colaboradores. A propuesta de Chifflet se nombró una Comisión para redactar un proyecto, formada por el Profesor Larghero, los Profesores Agregados Bermúdez y Palma, y el Dr. Carreras [48].

### *c.- Extensión Universitaria*

Chifflet consideraba que como en el nivel individual la enseñanza pública y gratuita de Uruguay permitía llegar desde el pueblo a las más altas posiciones, cuando se llegaba a ellas se estaba obligado a devolverle enseñanzas que contribuyeran a su bienestar general. Y que por esa razón, en el nivel institucional, la Universidad y la Facultad de Medicina no debían mantener la cultura superior encerrada en sus muros, sino que con sus altas jerarquías científicas debían salir de ellos para colaborar activamente con las instituciones sanitarias del Estado [15].

En cuanto a las realizaciones de su decanato en este campo, hacia fines de 1946 o principios de 1947 el Consejo creó una Comisión (permanente) de Extensión Universitaria, que se ocupaba de organizar actividades relacionadas con la función cultural de la institución.

En noviembre de 1947, ésta organizó una Semana de la Higiene con una serie de actos públicos, y una gran exposición didáctica de libre acceso.

La expresión más notoria de estas actividades de Extensión Universitaria fueron las Semanas Culturales Médicas. Nacieron de una propuesta de Rodolfo Tálice, basada en una idea que en su momento había expresado Américo Ricaldoni, de desarrollar manifestaciones artísticas en el ambiente de la Facultad para estrechar los vínculos entre la Medicina y el Arte.



Abel Chifflet en el Salón de Actos de la Facultad entregando como Decano a los Dres. Alfredo Navarro (h) (derecha) y Roberto Caldeyro Barcia (izquierda), las medallas de oro y plata de la Facultad correspondientes a 1948.

*"Hay allí … un amor entrañable por nuestras cosas, por nuestra Facultad y por nuestra profesión. Y ese amor, que es a veces pasión y otras veces tranquila admiración, forma parte de nuestra propia estructura mental de médicos."* (15)

Se realizaban anualmente a mediados de marzo, y en ellas la vida de la Facultad se volvía muy intensa.

Incluían actos regulares tales como el recibimiento de los nuevos estudiantes, la despedida a los estudiantes egresados y la entrega de las medallas de oro y plata a aquellos que tuvieron la mejor escolaridad, el saludo a los graduados que iniciaban cursos superiores, homenajes a médicos de actuación destacada y a personas que con su apoyo económico colaboraron al progreso de la Facultad, y entrega de reconocimientos al personal meritorio.

Pero además la institución abría sus puertas al público para mostrar sus dependencias. *"En este afán de enseñar abrimos las puertas, y que recojan a puñados todo el saber de nuestra casa. Los museos, tristes y fríos, deben iluminarse y recibir el calor del que busca afanoso la verdad. Muchos ignoran las maravillas que*

*atesoran los Institutos de Anatomía y de Anatomía Patológica. Las autoridades de la Facultad han puesto allí sus ojos y han oído a sus directores, y hoy disfrutamos de toda su ciencia."* [15] Y, además, para que visitara exposiciones de historia médica, y de objetos de artes plásticas realizados por médicos y estudiantes.

En el discurso inaugural de una de las Semanas Culturales Chifflet señaló: *"Nuestra profesión nos hace enlazar nuestros actos con las más sentidas emociones, colocándonos en las escenas de más profundo sentimentalismo, que hacen olvidar las flaquezas humanas. Se crea, en esa esfera de sentimientos superiores, un espíritu llamado a disfrutar de las bellezas de la tierra con un sentido profundamente humano. Los que reúnen condiciones técnicas, vuelcan su espíritu en la tela, en la arcilla, en la música, pero no por desgano y despreocupación frente a las solicitudes de la medicina, sino como expansión superior que busca plasmar un estado espiritual. Así debe ser el médico: vivir en el terreno de los sentimientos superiores, amar el árbol y el pájaro, la tierra fecunda y la piedra, y si no puede expresar con nada ese amor, disfrutarlo silenciosamente. La Facultad, señores, al dar marco a estos actos con una Exposición de artes plásticas, ha querido mostrar la faceta común de nuestra profesión; ha querido inculcar en el estudiante ese espíritu superior que anida en todos los actos del médico y hacer que el enfermo moribundo tenga a su lado un hombre."* [15]

– – –

Chifflet también señaló la importancia y agradeció las diversas formas de apoyo económico de la industria y el comercio, de particulares y de los médicos, para realizar estas actividades de extensión universitaria, *"sabiendo que en el gesto de la donación hay, un espíritu de comprensión para nuestra obra, y una confesión de confianza en el destino adjudicado."* [15]

– – –

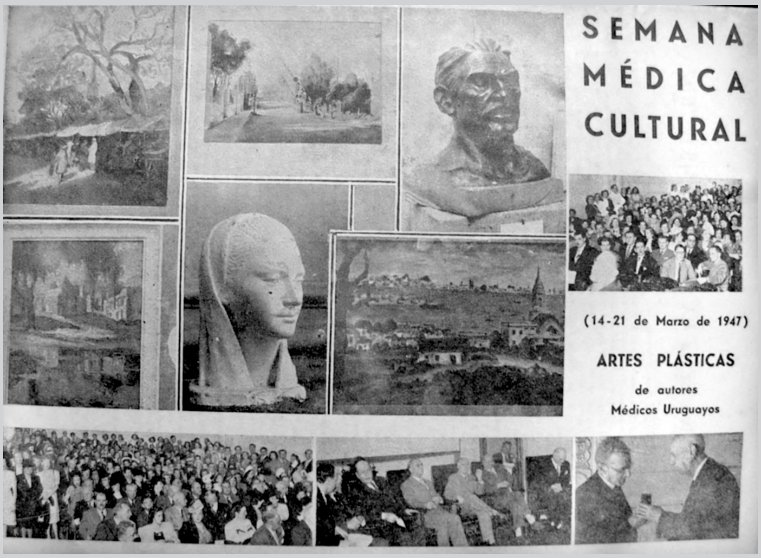
El cuadro que sigue, elaborado en base a datos de un artículo de Anales de la Universidad [1], resume las actividades de la Semana Cultural Médica de 1947 y da una idea de su importancia y trascendencia.

**Marzo de 1947**
**SEMANA MÉDICA CULTURAL**

Fue organizada por una Comisión integrada por los doctores Augusto Turenne, Rodolfo V. Tálice, Carlos H. Amorín, Alfonso Frangella, Diego Martínez Olascoaga, Alfredo Pernin y Armando Pochintesta, y los bachilleres Ruben Gary, Isidro Porta, Oscar G. Ribas Penés, Miguel A. Patetta y Juan A. Folle.

Se inició con una sesión en el Salón de Actos de la Facultad presidida por el Rector de la Universidad, Dr. José Pedro Varela, el Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social, Dr. Francisco Forteza y el de Salud Pública, Dr.Enrique Claveaux.

Chifflet como Decano abrió la sesión exponiendo las razones para organizar la Semana Médica Cultural.




1947. La Semana Médica Cultural.

A continuación se entregó la Medalla de Oro del año 1946 al Dr. Carlos M. Sanguinetti, Medallas al Mérito a la Dra. Paulina Luisi y a los Dres. Francisco Nicola Reyes y Alejandro Sarachaga, y Diplomas a varios funcionarios.

Luego de varias intervenciones oratorias, se proyectó el primer film de divulgación científica realizado por el Laboratorio Fonotécnico del Instituto de Higiene, y se cerró el acto con una parte musical a cargo del Coro Universitario.

Durante la semana, en la Facultad se realizaron diversas actividades que demostraron la existencia de artistas de alta jerarquía dentro de la familia médica:

a) una Exposición histórica sobre la institución.
b) una Exposición de Artes Plásticas, Fotográfica (con 100 obras entre ambas) y Literaria (con 267 obras), contribución de los médicos a la cultura general.
c) una Exposición de divulgación científica de diversos Institutos de la Facultad.
d) la Exposición de esquemas sobre la organización interna de la Facultad y sobre el Arte al servicio de la colectividad y del bienestar social.
e) un Ciclo de disertaciones.

La Semana se clausuró el 21 de marzo, con una ceremonia en el Paraninfo de la Universidad, presidida por el Presidente de la República Tomás Berreta, con asistencia de dos ministros, el Rector, y Decanos de otras Facultades.

En ella hicieron uso de la palabra los Profesores Rodolfo V. Tálice, Ángel Gaminara, Alfonso Frangella, (que expuso una historia de la Facultad ilustrada con proyecciones), y el Profesor Bernardo A. Houssay de Argentina (que a fines de ese año recibiría el Premio Nobel de Medicina y Fisiología).

También se entregaron diplomas de Profesores Eméritos, a los Dres. Juan Pou Orfila y Ángel Gaminara.

La ceremonia se completó con una parte musical con obras para piano y un recital de un tenor.



1948. El Presidente Luis Batlle Berres y el Decano Abel Chifflet en la Facultad de Medicina durante la inauguración de la Semana de la Higiene. Tomado de Salveraglio, C. Federico J. Salveraglio (1907-1987). En Gutiérrez Blanco. Médicos Uruguayos Ejemplares. T II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 427-434.

En 1948 en la Facultad se realizó una Semana de la Higiene a cuya inauguración, como muestra la fotografía, asistió el Presidente Luis Batlle Berres.

El programa de la Semana Cultural Médica de 1949 incluyó homenajes al Bedel, al ecónomo, despedida a egresados y recibimiento de nuevos estudiantes, entrega de diplomas a funcionarios y a los Profesores Eméritos Lasnier y Armand Ugón. Una conferencia del Rector sobre extensión universitaria, una de Chifflet sobre "Que tiene que saber el pueblo sobre las salas de operaciones", otra de Washington Buño ilustrada con películas cinematográficas y una última del escultor José Luis Zorrilla de San Martín sobre formas humanas en el arte. Además incluyó una exposición sobre las formas anatómicas en el arte.

## I.- CARRERA DOCENTE: LA ADSCRIPCIÓN

Lo arduo de las exigencias del Reglamento General de Agregaciones vigente desde 1940, provocó que los aspirantes a Profesores Agregados de Oftalmología y otras disciplinas experimentaran diversas perturbaciones de su salud (hipertensión, arritmias, úlceras gastroduodenales, etc.) [(68)].

Para suavizar estas exigencias, y por otras razones, el Decano Julio García Otero presentó al Consejo de la Facultad un proyecto de Adscripción al Profesorado que fue aprobado en 1945 [(59)].

Establecía de manera muy completa y detallada la forma de preparar y seleccionar los docentes de nuestra Facultad.

En sus aspectos más generales, era una carrera que se podía iniciar a los dos años de ejercer el cargo Jefe de Clínica y duraba cuatro años.

Era muy exigente, y requería un enorme esfuerzo a los integrantes de las diversas cátedras: múltiples horas de clase, controles, evaluaciones, aná-

lisis de tesis, etc. [67]. Por todo ello fue muy discutida y, sobre todo, muy criticada.

Al finalizarla y aprobar el interesado quedaba en la condición de Docente Adscripto desde la que, cuando hubiera llamados, con pruebas sencillas podía pasar a la posición de Profesor Agregado y, posteriormente, de ésta a Profesor Titular.

La puesta en marcha del nuevo sistema creó innumerables dudas, una avalancha de solicitudes y dificultades cuya aclaración y resolución ocuparon incontables sesiones del Consejo que se extendieron durante todo el Decanato de Abel Chifflet y hasta años después de éste.

## J.- ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LA FACULTAD

Al inicio de su decanato, Chifflet reconoció que las funciones administrativas de la Facultad requerían más personal, responsable y adecuadamente retribuido para que cumpliera correctamente sus funciones, que los Profesores debían ser de dedicación intensiva, plenos de vigor y conocimientos, y estar asistidos por un personal técnico que los aliviara de las tareas que no eran de su incumbencia.

Durante su gestión impulsó una profunda renovación de la Facultad en materia de:

- ordenamiento de su estructura, de su administración y de su gobierno.
- revitalización de la biblioteca.
- reformas o adecuación de reglamentos.

Como ejemplo de esta actividad, en la tabla que sigue se enumeran algunos reglamentos discutidos y aprobados por el Consejo en 1947.

**ACTAS DEL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA. ALGUNOS REGLAMENTOS DISCUTIDOS Y APROBADOS DURANTE EL AÑO 1947**

| Reglamento de … | Folio |
|---|---|
| Archiveras de Clínica | |
| Asistente | 28 |
| Adjunto | 30 |
| Jefe de Laboratorio | 44 |
| Jefe de la Sección Fototécnica | 46 |
| Rubro para el perfeccionamiento del personal técnico | 69 |
| Ayudantes de Laboratorio | 128 |
| Las Clínicas | 148 |

| | |
|---|---|
| Ayudantes de Clínica<br>Reconsideración | 126<br>186 |
| Archivos de las Clínicas | 148 |
| Institutos Clínicos | 201 |
| Asistente del Instituto de Neurología | Reconsideración 259 |

## K.- LOS EDIFICIOS DE LA FACULTAD

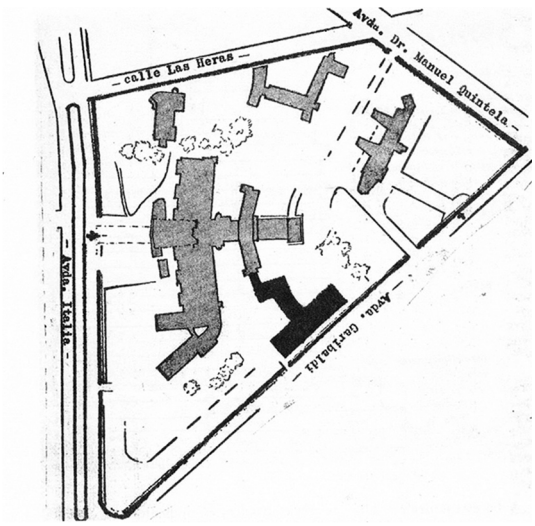
Durante su decanato, Chifflet tuvo mucho que ver con la búsqueda de una solución a tres problemas edilicios de la Facultad de desigual magnitud: su Edificio central, la Clínica Psiquiátrica y el Hospital de Clínicas.

### *a.- Un nuevo Edificio Central para la Facultad de Medicina*

En 1945 el Rector Varela había concurrido al Consejo para exponer un plan de construcción del edificio de la Facultad anexo al Hospital de Clínicas.

Éste no sólo iba a favorecer a la Facultad de Medicina instalándola cerca de su Hospital, sino que también contribuiría a resolver los problemas locativos de las Facultades de Ciencias Económicas y de Humanidades (que se instalarían en el edificio que dejaría libre la Facultad de Medicina), y de la de Derecho que ganaría los espacios dejados libres por aquellas en el Edificio Central de la Universidad.

En una sesión en presencia del Rector, el Decano Chifflet dijo que se había encomendado al Dr. Stajano consultar las necesidades de los Institutos que funcionaban en el edificio, que éste le había manifestado la conveniencia de que las bases las redactara un arquitecto. Que en consecuencia había consultado al Consejo Central, por su intermedio a la Facultad de Arquitectura y se había nombrado al arquitecto Ricaldoni que conocía el edificio de la Facultad y las necesidades de sus dependencias. El Rector




Ubicación asignada al proyectado y nunca construido nuevo edificio de la Facultad de Medicina en el Centro Médico (Tomado de Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S y Sierra J. El Hospital de Clínicas de Montevideo. 2011).

señaló que creía conveniente apresurar las cosas, que apenas tuvieran el proyecto se comenzara a construir el nuevo edificio porque aparentemente se podían conseguir $ 1.500.000 mediante una partida y emisión de una deuda. Pero Chifflet y otros consejeros consideraron la cantidad insuficiente, y señalaron los riesgos de diseñar un edificio que rápidamente quedara chico y de comenzar sus obras y que pronto se detuvieran por falta de financiación.

– – –

La idea de este nuevo edificio tuvo otros empujes. En agosto de 1964, el Consejo de la Facultad designó a Chifflet Presidente de la Comisión para la construcción del nuevo edificio de la Facultad. Y en mayo de 1967 Delegado de la Facultad ante la Comisión Administradora del Predio del Centro Médico Universitario.

Cuando, años después, se produjo un incendio en el edificio central de la Facultad de Medicina, se consideró oportuno no repararlo y realizar una nueva tentativa de construir un nuevo edificio. Pero en ninguna de esas oportunidades se pudo materializar y aún hoy sigue sin hacerlo.

### *b.- La Clínica Psiquiátrica*

Dentro del proyecto de la zona de servicios hospitalarios del Parque Batlle, hubo una iniciativa para construir un edificio para la Clínica Psiquiátrica.

El 23 de mayo de 1946, en una de las primeras sesiones del Consejo con Chifflet como Decano, el Consejero Sicco se refirió a su construcción *"en un terreno más allá de la calle Las Heras."*(43)

Casi un año después la iniciativa estaba en curso. En la sesión del Consejo de la Facultad del 17 de marzo de 1947 (44), Chifflet informó que en la visita realizada en la mañana al Hospital de Clínicas, en la Comisión Honoraria le informaron que se iban a solicitar las partidas necesarias para terminar las obras del Hospital. Y agregó: *"Para satisfacción del Dr. Sicco, le recuerdo que en el curso de la conversación el Dr. Blanco se refirió a la necesidad de efectuar las expropiaciones para crear la Clínica Psiquiátrica dentro del bloque del Centro Médico"*

Pero en definitiva esta iniciativa, al igual que la anterior, no se concretó.

### *c.- El Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina.*

Por su importancia y complejidad se trata a continuación en un subcapítulo específico.

## L.- ABEL CHIFFLET Y EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

La construcción y habilitación del Hospital de Clínicas, en su momento el más grande fuera de los Estados Unidos de América, fue un desafío enorme para el país y causa de asombro y de elogio de los visitantes extranjeros. Insumió dos tercios de siglo: 39 años para pasar de la idea de su necesidad a la ley de creación, y 26 años para construirlo. En ese largo período hubo una recesión mundial, una dictadura local, una Guerra Mundial, cambios en la Medicina, modificaciones en el concepto de lo que debía ser un hospital, dificultades de financiación y una gran controversia sobre a quién debía pertenecer y quién debía administrarlo.

Su proceso, particularmente complejo, a grandes rasgos tuvo tres etapas.

### *a.- Primera etapa. (1887-1926)*

Se inició con la idea de algunos profesores de la necesidad de un Hospital para las Clínicas de la Facultad de Medicina, tan poco toleradas en el Hospital de Caridad, y culminó con la ley de creación.

Chifflet tuvo oportunidad de participar en los últimos años de esta etapa en forma muy periférica, cuando en los primeros pasos de su carrera comenzó a militar como afiliado de la Asociación de Estudiantes de Medicina, la que cinco años después de fundada, en una conferencia dictada por el Dr. Carlos Butler, había sido instada a apoyar la iniciativa de un hospital que todavía era una utopía [(73)].

### *b.- Segunda etapa. (1927-1950)*

Abarca la elección del lugar, el diseño y la construcción del edificio.

La ley de creación encargó esas tareas a una Comisión Honoraria que inicialmente fue presidida por Manuel Quintela.

Éste se asesoró con los mejores diseñadores de hospitales estadounidenses y europeos, y en cuanto al diseño, se planteo el problema de optar entre un hospital pabellonario y un hospital monobloque, opción que también se planteaba entonces en otros lugares como en la Ciudad Universitaria de Madrid [(6)].

Entre los diseñadores de hospitales consultados estuvo el Dr. Charles C. Burlingame, Director Técnico del Columbia Medical Center de Nueva York. Burlingame consideraba que los hospitales monobloque facilitan la colaboración entre los profesores de los distintos departamentos, tienen un funcionamiento más sencillo y cómodo porque sustituyen los largos desplazamientos horizontales por desplazamientos verticales más cortos y rápidos, facilitan el traslado de los pacientes, disminuyen los costos de

construcción y mantenimiento, y permiten integrar más fácilmente la Facultad con el Hospital [6].

Quintela finalmente se decidió por un hospital monobloque en lugar del pabellonario de la idea inicial. De regreso a Montevideo expuso las razones de su decisión, que convencieron, y se llamó a concurso de anteproyectos, ganado más tarde por el Arquitecto Carlos Surraco, el año en que Chifflet se recibió de Médico [72].

Quintela murió inesperadamente en diciembre de 1928, y Eduardo Blanco Acevedo lo sucedió en el cargo, en el que permaneció 22 años hasta la finalización del edificio.

Al igual que Quintela, Blanco Acevedo visitó a los mejores diseñadores de hospitales, y logró a costo mínimo la asesoría de Burlingame que estuvo algunos meses en Montevideo, trabajando con Surraco.

Como se reconoció unánimemente por simpatizantes y enemigos, Blanco Acevedo desarrolló una enorme tarea gerencial con estudio de más de 6.000 expedientes, obtención de recursos (ocho leyes y numerosos decretos), llamado a licitaciones, firma y control de la ejecución de 150 contratos, etc. Y logró que, sin sacrificar la calidad de la construcción y del equipamiento, el costo de la edificación por metro cuadrado fuera el más bajo de la época ($ 108.ºº) [61].

En algunas biografías encomiásticas publicadas cuando el edificio del Hospital de Clínicas estaba casi terminado, los admiradores de Blanco Acevedo señalaron que su gestión en la Comisión Honoraria, en épocas mundiales particularmente difíciles, fue la misión de su vida, para que *"el más humilde de los uruguayos pueda ser atendido, en caso de enfermedad, con la misma jerarquía técnica del hombre más acaudalado."* [61]

– – –

En esta segunda etapa de la historia del Hospital de Clínicas, Chifflet sucesivamente fue:

- Delegado del Orden Estudiantil al Consejo de la Facultad de Medicina en el Decanato de Héctor Rosello, durante el gobierno de facto de Terra (capítulo 13).
- Delegado del Orden Docente en el Decanato de Julio García Otero.
- Y Decano de la Facultad de Medicina en un momento en que la historia del Hospital de Clínicas ya tenía seis décadas y la construcción de sus obras civiles estaba próxima a finalizar.

En esta última función, Chifflet tuvo una importante gravitación en que el Hospital de Clínicas perteneciera, definitivamente, a la Universidad.

La señaló Crottogini en una breve carta que el 16 julio de 1976, impedido de concurrir por conflictos de deberes a la inauguración de la estela

recordatoria de Abel Chifflet en el jardín del Hospital de Clínicas, envió a la viuda de de Chifflet Martha De Lodron. En un pasaje de la misma recuerda *"… su lucha contra el poder político para obtener el Htal. de Clínicas para la Universidad …"* (32)

En el recientemente aparecido libro sobre la historia del Hospital de Clínicas (73) sus autores Wilson, Nowinski, Turnes, Sánchez Puñales y Sierra destacan que en esta etapa ocurrió un hecho singular, tal vez único en la Administración Pública de nuestro país: se sucedieron tres decanos, Julio García Otero (1939-1946), Abel Chifflet (1946-1949) y Mario Cassinoni (1949-1954), que diferían en sus enfoques políticos o filosóficos, pero los unía un fuerte sentimiento de pertenencia a la Facultad de Medicina, férrea voluntad, aguda inteligencia y altas dotes morales e intelectuales.

Hicieron honor a los compromisos asumidos, y trabajaron ardorosamente para que finalmente se pusiera en funciones el hospital más grande del país, pensado para ser un hospital-escuela.

La importancia de esta gravitación merece que en esta biografía sea descrita y analizada con mayor profundidad

– – –

A fines de la década de 1940 se acercaba una fase erizada de complejas dificultades: el fin de la actuación de la Comisión Honoraria, la transición, la incorporación de cierto personal heredado de aquella, la corrección de algunas inadecuaciones del diseño y la construcción, alhajar, equipar, dotar de personal y poner en funcionamiento esa enorme institución.

Pero, sobre todo, había que establecer a quien pertenecía la administración del mismo.

La definición se demoraba y se manifestaba cada vez más fuerte la controversia existente.

**LAS CAUSAS DEL PROBLEMA TAL COMO SE VEÍAN EN UNA SESIÓN DEL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE FEBRERO DE 1946 EN LA QUE PARTICIPÓ CHIFFLET (41).**

- El Consejero Fulquet señaló que las posiciones de la Facultad y del Ministerio de Salud Pública eran diferentes porque respectivamente se basaban en una ley (de creación del Hospital de Clínicas), y en un decreto ley de fecha posterior (que establecía que al comenzar a funcionar el Hospital de Clínicas se cerrarían los Hospitales Maciel y Pasteur cuyos servicios deberían trasladarse a éste).

Chifflet señaló que la Comisión del Hospital de Clínicas había solicitado asesoramiento legal al Dr. Felipe Gil para resolver esta discrepancia, pero que el ritmo de Salud Pública era más rápido y exhibía un sentido de derecho de propiedad sobre los locales del Hospital de Clínicas que podían llevar más adelante a situaciones desde las que sería muy difícil volver atrás.

El poder político, defendía la pertenencia y administración del Hospital al Ministerio de Salud Pública, que era lo que marcaba la ley de 1926; nombraba funcionarios y enviaba técnicos a capacitarse en el exterior.

En la Universidad y en la Facultad de Medicina, las opiniones estaban divididas y había desajustes entre sus respectivos Consejos.

En la Facultad muchos no querían la cohabitación, y defendían la idea de que para que el hospital fuera realmente universitario, ésta debía administrarlo. Pero había una división interna que en 1954 Cassinoni describió en el informe sobre su decanato [7].

Parte del Consejo Directivo y del Claustro aceptaban la fórmula propiciada por el Poder Ejecutivo de entregar el Hospital de Clínicas a una Comisión de Habilitación presidida por el Decano.

El Consejo de la Facultad de Medicina trabajaba en aspectos particulares del tema bajo directivas contradictorias.

En la sesión del 23 de mayo de 1946, el Consejero Dr. Fulquet informó que integraba junto con los Consejeros Tálice y Panizza una comisión para repartir los locales del Hospital de Clínicas entre las Clínicas de la Facultad. Que el nuevo Ministro de Salud Pública había solicitado a la Comisión que detuviera provisoriamente su funcionamiento, pero al mismo tiempo había llegado una nota de la Comisión Honoraria solicitando que se designaran las dos primeras clínicas (una médica y otra quirúrgica) que rotarían al nuevo Hospital [43].

Cuando el Consejo se empantanaba o desorientaba, Chifflet como Decano lo estimulaba para que avanzara en definiciones sobre aspectos importantes del problema.

### UNA VISITA DEL DECANO CHIFFLET A LAS OBRAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS [44]

El 17 de marzo de 1947 Chifflet fue invitado a realizar una visita al Hospital de Clínicas junto con los Ministros de Salud Pública, Obras Públicas y Ganadería y Agricultura.

En la tarde informó de la misma al Consejo y señaló:

- Que el Hospital estaba a punto de ser terminado, restando aún algunas instalaciones.
- Que la Comisión Honoraria iba a solicitar las partidas necesarias para ello.
- Que el Ministro de Obras Públicas había expresado la conveniencia de habilitar rápidamente el Hospital porque aún inactivo originaba gastos de mantenimiento.
- Que para la habilitación había algunos problemas de fácil solución porque había ambiente para que la Facultad entrara al Hospital como siempre aspiró entrar.

- Que esto obligaba a la Facultad a encarar de lleno el problema.
- Que desde hacía diez y ocho meses había una Comisión de la Facultad integrada por los Doctores Tálice, Panizza y Fulquet con el cometido de intervenir con una nombrada por Salud Pública en la distribución de los locales.
- Que en el momento actual el problema no debía encararse como reparto de locales sino como entrada oficial de la Facultad en el problema de la habilitación del Hospital.
- Que había una iniciativa de Blanco Acevedo, que expondría Fulquet, sobre que era conveniente enseñar a los estudiantes de Medicina los problemas administrativos y funcionales de la organización del hospital, de manera que todos los que entraran en él se esforzaran para que fuera eficiente.
- Que los estudiantes podían hacer visitas periódicas al Hospital, guiados por funcionarios de la Dirección de Arquitectura.
- Que el Consejo debía apoyar todas las gestiones tendientes a una rápida habilitación, y que se debía nombrar una Comisión para que lo hiciera, ahora integrándola no sólo con Consejeros como la anterior, sino también con Jefes de Servicio como el Profesor Nario que sentía muy de cerca la necesidad de esa habilitación, y otros profesores.

Otros Consejeros propusieron que estuvieran representados los profesores de Medicina y de Especialidades.

El Consejero Nario dijo que creía conveniente que la Facultad de Medicina hiciera una declaración pública sobre la urgencia de la habilitación del Hospital y sobre el apoyo que la Facultad podía dar al Poder Ejecutivo y al Ministerio de Salud Pública para que sus servicios funcionaran en el Hospital para beneficio de ésta y de la población; y que creía que, por su conocimiento del tema, el Decano era quien estaba en mejores condiciones para redactarla.

El Consejero Sicco planteó que en un momento en que en el Ministerio de Salud Pública y en la Comisión Honoraria había una posición favorable a la Facultad, esa declaración podía ser inoportuna.

Chifflet respondió que él había pensado en ese problema y que había consultado a las personas que tenían la posibilidad de conseguir los dos, tres o cuatro millones de pesos que hacían falta para la habilitación, y que ellas le habían dicho que en ese momento una declaración, o una nota al Ministro de Salud Pública o al Presidente de la Comisión Honoraria pidiendo lo que había señalado el Consejero Nario podía venir muy bien.

Finalmente se aprobó que Chifflet redactada la nota, se leyera en la próxima sesión del Consejo y se le diera difusión pública.

Por su parte el Sindicato Médico y los estudiantes de Medicina hicieron oír su posición en forma cada vez más fuerte. Estos últimos, con creciente ardor y con su estilo propio se habían opuesto a la administración del Clínicas por el Ministerio de Salud Pública y a la Comisión de Habilitación.

Como manifestaron algunos Consejeros a fines de 1948, había quienes tenían la convicción de que en etapas, pidiendo sin exigir, la Facultad podía lograr sus máximas aspiraciones, y otros que pretendía obtener todo de golpe y con violencia de guerra, corriendo el riesgo de perder todo [52].

Esta posición de los estudiantes y su acentuación, se aprecia muy bien en sus publicaciones.

### EL HOSPITAL DE CLÍNICAS [36]

Aun no se sabe ciertamente, cuál es el puesto que ha de tener en el Hospital de Clínicas la Facultad, pese a que por designación y ley parecería que fuera para sus clínicas.

Existe en el momento actual un médico enviado por el Ministerio de Salud Pública a EE. UU. para estudiar la organización hospitalaria, siendo considerado como el futuro director del establecimiento, aunque al Consejo de la Facultad nada aún se le ha comunicado.

Al parecer se ha resuelto ya el traslado de reparticiones importantes del mismo Ministerio al edificio del Hospital de Clínicas, aunque tampoco la Facultad ha sido enterada.

Si bien administrativamente dependerá el Hospital de Clínicas del Ministerio de Salud Pública, las leyes son claras en cuanto a que pertenece a la Universidad.

De lo que se desprende que no se debería tomar ninguna disposición de importancia administrativa, en casa ajena, sin comunicarle aunque no sea más que como deferencia a sus legítimos ocupantes.

### EL HOSPITAL DE CLÍNICAS, ¿A QUIÉN PERTENECE? [37]

Es lógico que el estimado lector se encuentre sorprendido ante esta pregunta, pues, desde que se engendró la idea, se aprobó el proyecto y se pusieron los primeros cimientos, siempre tuvo la convicción de que dicho hospital pertenecía a la Universidad, en particular a la Facultad de Medicina, y en lo referente a su administración sería dirigida por el Ministerio de Salud Pública.

Todos hemos hecho conciencia del espíritu y la letra de la ley, pero, he aquí que no en vano pasa el tiempo. Se abre el interrogante que desorienta hasta los más firmemente convencidos y a los que nunca pudieron dudar acerca de la propiedad del Hospital de Clínicas.

Ahora el cuadro va cambiando, tras forcejeos inescrupulosos e intenciones aviesas, se quiere quebrar un ideal que se estaba convirtiendo en realidad.

Es inútil y lamentable, las doctrinas nazi-fascistas han dejado enseñanzas que ahora surgen en personas que se dicen demócratas. Decimos esto basados en que las primeras "puntas de lanza" invasoras, ajenas completamente a la Facultad, se encuentran ya con ese manto de beatífica inocencia, en los propios vestíbulos del Hospital de Clínicas.

El conocimiento de esa invasión a propiedad ajena dio origen a que se entrara en conversaciones más allá de las necesarias.

La Facultad se encuentra actualmente navegando un poco a la deriva en medio de una lucha de intereses extrauniversitarios, pero con una fuerza política tal, capaz de resquebrajar los más nobles propósitos. Se habla de transacciones, de arreglos parciales, de modificaciones edilicias, en fin, un sinnúmero de cosas, que no vienen al caso para aquellos que miran el problema a través de la ley clara de la creación del Hospital de Clínicas.

Lo más interesante del caso o, mejor dicho, lo más grave, es que la marea sube, según aumenten la cantidad de amigos médicos o los compromisos que tenga el ministro de Salud Pública. En la actualidad, hasta el momento de escribir estas líneas, parece que el número de las personas favorecidas ha llegado a 6 (seis), las que se quieren ubicar con armas y bagajes en las cómodas salas del Clínicas.

**LOS ESTUDIANTES SON EL PUEBLO EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS (37)**

En este extenso artículo en forma muy dura y clara los estudiantes:

- Decían que el Presidente de la República (1946 fue el último año de la Presidencia de Juan José de Amézaga y el de las elecciones en las que Tomás Berreta resultó Presidente) dificultaba la buena marcha del Hospital de Clínicas. Permitía que la Comisión Honoraria, manejada por el *"desprestigiado político Eduardo Blanco Acevedo"*, se extralimitara y quisiera convertirlo en la solución asistencial integral para el país.
- Señalaban que el nuevo Hospital no debía incorporar el *"fracaso asistencial, vergüenza administrativa, catástrofe económica, y menosprecio de los técnicos"* de Blanco Acevedo dueño político del Ministerio de Salud Pública y sus calamidades permanentes.
- Señalaban el mito de Blanco administrador. En la Comisión Honoraria Blanco había hecho lo mismo que en todos los cargos que desempeñó: trabajar por él y para él y aplastar a su alrededor lo que no fuera obsecuencia o acatamiento servil. Que por algo el pueblo no lo había dejado llegar a la Presidencia de la República. Que en el asunto del Clínicas, Blanco Acevedo se había dedicado primero a borrar a Quintela y luego a ponerle "Blanco" a todo a costa del erario público ... sin consultar a la Comisión más que para darle hechos consumados y rubros consumidos.

– – –

En la sesión del Consejo del 25 de septiembre de 1947 (46) , Chifflet señaló que, dentro de sus atribuciones, éste había tomado resoluciones técnicas para colmar sus aspiraciones en materia de enseñanza de la Medicina, de organización de las Clínicas y de forma de habilitación y dirección del nuevo hospital, pero que no se había abocado al estudio de los aspectos legales y constitucionales, sobre los que debían pronunciarse los organismos pertinentes.

El Rector José Pedro Varela, de prolongados y legítimos buenos antecedentes en la defensa de la autonomía universitaria, estaba presente en la sesión y señaló que:

- el problema principal era si la disposición constitucional que establecía la autonomía universitaria derogaba o no las disposiciones de las leyes de creación del Hospital de Clínicas de 1926.
- la Constitución establecía que la instrucción superior, secundaria y primaria estaban regidas por Consejos autónomos, pero que la asistencia era una misión social y una obligación del estado confiada a una autoridad que no era la Universidad.
- el Consejo Central Universitario había considerado este problema y concluido que se imponía una combinación establecida por ley que determinara con exactitud la legítima esfera de cada una de las instituciones que iban a intervenir en un hospital de tal magnitud.
- la Facultad debía estudiar una fórmula concreta y defender su intervención preponderante, aspecto en el que contaba con el apoyo del Rector y de todo el Consejo Central Universitario.

El Decano Chifflet, cerró la sesión con estas frases que señalan en forma muy clara cuál era su posición y la del Consejo, y lo injustificado de las expresiones escritas de sospecha o acusación de mantener una conducta inapropiada que los estudiantes formularon cerca de un año después [38]:

*"Esta posición de los Señores Consejeros que han hablado no es una posición improvisada sino que es el fruto de numerosas reuniones, que ha habido dentro del concepto sostenido por los Señores Consejeros alguna evolución que poco a poco fue llevando a quienes dudaban a la situación definitiva de cuál debe ser la posición de la Facultad de Medicina. La Facultad de hecho dice lo siguiente, como principio general, dejando a un lado la forma en que se pueda llegar a la realización de sus aspiraciones: El Hospital de Clínicas debe ser dirigido por la Universidad."* [46]

– – –

Pero al mes siguiente la Comisión del Consejo de la Facultad de Medicina encargada de los problemas del Hospital de Clínicas no tenía claros la naturaleza y los alcances de su cometido [47].

Hacia 1948 el Consejo Directivo Central de la Universidad aprobó una propuesta del Consejo de la Facultad (basada en la recomendación de un grupo de trabajo integrado entre otros por Cassinoni), respecto a que el gobierno total del nuevo Hospital debía corresponder a la Universidad, pero que mientras no se interpretara o modificara la ley de 1926 en ese sentido, se había acordado proponer la constitución de una Comisión transitoria integrada en partes iguales por el Ministerio de Salud Pública y la Universidad, para que continuara las tareas de habilitación de modo que tomara

debida cuenta de las necesidades mínimas de la Universidad para su buen funcionamiento.

Muchos pensaban que Chifflet era un buen candidato para una dirección hospitalaria bicéfala, porque no tenía un vínculo fuerte con la Asociación de los Estudiantes de Medicina, y públicamente no estaba identificado con ningún partido político.

– – –



22 de junio de1948. Fotografía de Chifflet en su cédula de identidad.

1948 fue un año especialmente cargado de obligaciones y dificultades para el Decano Chifflet.

Aún viendo claro y conduciéndose de manera recta, era muy difícil y extenuante desde su posición de responsabilidad empujar una solución e impedir desvíos.

Se resumen algunos ejemplos de la multiplicidad de facetas de esta compleja situación.

**MAYO DE 1948** [49]

El delegado de los estudiantes Dr. Tabárez, señaló al Consejo que:

- a los estudiantes de tercer año se les había dicho que cierto día fueran al Hospital de Clínicas porque un Profesor italiano iba a dar una conferencia y luego el Dr. Blanco Acevedo les iba a mostrar el Hospital.
- que habían planteado al Decano la situación y no concurrirían si éste no opinaba en ese sentido.

Chifflet dijo que de la conversación con los estudiantes surgían dos hechos:

- la clase del profesor italiano.
- y la visita al hospital guiada por una persona que no tenía por qué intervenir.

Tabárez respondió:

- que no estaba bien que un Profesor italiano diera una conferencia y oficialmente el Decano no hubiera sido enterado.
- que los estudiantes, en actitud de deferencia hacia la Facultad, habían decidido ir a la clase.
- que le harían el vacío a la visita porque no tenían nada que escuchar ni acatar de Blanco Acevedo, ni que éste les mostrara el Hospital porque éste sabía muy bien cuál era la posición estudiantil sobre el problema y que no tenía nada que hacer en este asunto.

- y que habían manifestado esa decisión al Profesor Purriel (aparentemente el que informó a los estudiantes de la conferencia y ulterior visita), que se había violentado un poco.

**3 DE JUNIO DE 1948 (50)**

Chifflet informó que el Consejo Directivo Central había aprobado, sin quórum y sin consultar a la Facultad, una Comisión Habilitadora transitoria del Hospital de Clínicas.

**JUNIO DE 1948 (51)**

En el Consejo se consideró la publicación en la prensa de una resolución de la Asamblea del Claustro respecto a aceptar la formación de la Comisión de Habilitación para el Hospital de Clínicas propuesta por el Poder Ejecutivo. En ella se señaló:

- Que había sido una actitud precipitada que comprometió la posición del Claustro.
- Que la resolución carecía de validez porque se tomó por mayoría cuando la Asamblea no tenía el quórum exigido.
- Que no se habían seguido la propuesta de García Otero para darle firmeza, ni el trámite de darla a publicidad en forma de crónica.
- Y que la delegación estudiantil al Claustro se había pronunciado en contra, pero había prometido hacer la lucha en el sentido de lo que se consideraba la defensa de los principios e intereses universitarios.

Chifflet creía que el Hospital de Clínicas debía ser administrado por la Facultad y asumió las responsabilidades correspondientes a su posición protagónica de Decano para defender esta posición.

Realizó innumerables gestiones que no podía delegar, e informaba regularmente de ellas al Consejo.

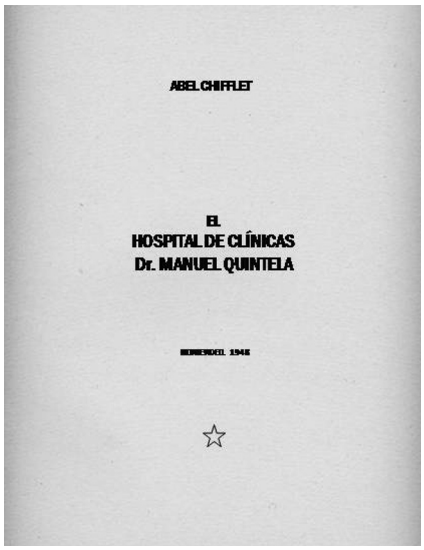
Pero su aporte conceptual más trascendente para que el Hospital fuera universitario, fue un folleto de 56 páginas (16) que en su condición de Decano publicó a mediados de 1948. El mismo se reproduce a texto completo en el capítulo 19, apéndice 10 B.

Comienza con dos afirmaciones que resumen el concepto que rige todo el trabajo: *"El Hospital de Clínicas será lo que sea su funcionamiento; la construcción es el marco que impone determinado funcionamiento y nada más."*

En estas afirmaciones no hay un desconocimiento al valor arquitectónico del edificio. Pero en forma implícita marca su preocupación por la formación de los numerosos y variados recursos humanos necesarios para hacer funcionar el nuevo hospital, tarea que estaba relegada a un segundo plano por los problemas relacionados con su pertenencia (73).

Chifflet señala que escribió ese folleto, por cuatro razones:

- para no silenciar su posición respecto al gobierno y la administración del nuevo hospital, dos aspectos de los que consideraba que dependía totalmente su eficacia de futuro.
- para salvar su responsabilidad si se desoyera la opinión de la Facultad.
- para exponer los problemas que nadie debería desconocer si quería opinar o debía decidir sobre el Hospital del Clínicas.
- y porque consideraba que su vida le iba a permitir seguir muchos años en el Hospital, y quería que tuviera un punto de partida firme para afrontar el juicio del tiempo.




Tapa del folleto publicado por Chifflet en 1948 sobre el Hospital de Clínicas. Montevideo. CISA. 56 págs.

El folleto organiza en una estructura coherente y sólida los argumentos irrebatibles que daban soporte al concepto de que la Facultad de Medicina era la institución más idónea para dirigir el nuevo hospital.

Tiene diez capítulos.

En la Introducción señala que se debía evitar que la simple continuación en el nuevo hospital de la asistencia que se prestaba en los hospitales que funcionaban entonces, multiplicara las fallas que ya eran *"alarmantes"*. Debía ser diferente, con una organización moderna que armonizara funciones asistenciales, docentes, sociales y de investigación. Y si no se deseaba que llegara a un fracaso del que fuera difícil salir, su funcionamiento debía adaptarse a nuevas disciplinas.

En cuanto a su gobierno existían dos enfoques:

- el que se basaba en los antecedentes de creación y construcción y en los preceptos constitucionales y legales.
- y el técnico, que buscaba que el hospital funcionara bien y que no podía atarse a leyes y reglamentos que sacrificaran la salud del país.

A continuación da catorce argumentos por los que el gobierno del Hospital de Clínicas debía ser universitario.

En el tercer capítulo señala dos conceptos que robusteciéndose mutuamente regirían el nuevo hospital: si la Facultad de Medicina continuaba en la situación actual de subordinación respecto a la asistencia, la enseñanza

y el progreso de la Medicina quedarían amputados; y la asistencia sería mucho mejor si el nuevo hospital es un hospital moderno.

En el cuarto capítulo se refiere al concepto la medicina de equipo de esa época, a que la Facultad recién estaba surgiendo a la vida en investigación científica y que no podría llevar a la práctica las enseñanzas de las escuelas médicas más capacitadas en los viejos hospitales. Observó que entonces el país carecía de suficiente personal de colaboración con los médicos. En materia de enfermería pese a los esfuerzos de sus autoridades la Escuela de Nurses Carlos Nery tenía una capacidad limitada, y la de la Facultad de Medicina no podía funcionar en un hospital que no fuera universitario y si no comenzaba a formar enfermeras pronto debía devolver el valioso material recibido por donación. Y que lo mismo podía decirse de anestesistas, transfusionistas, laboratoristas, dietistas y otros tipos de personal de colaboración.

El capítulo siguiente se refiere a los factores adyuvantes en el éxito de la curación de los pacientes: la luz, el aire y la temperatura, la cama, la comida, la dietista y el archivo.

En el capítulo sexto trata la docencia y la investigación en los hospitales, que permite la aplicación inmediata de los progresos médicos, y hace referencia a los servicios auxiliares especializados, a los cursos especiales y a la coordinación con otros profesionales.

En los dos capítulos siguientes se ocupa de la Farmacia, con sus actividades científicas y la industrialización de medicamentos, y de la Odontología cuya finalidad no puede seguir siendo las bocas desdentadas sin dolor.

En el capítulo noveno habla del presupuesto del Hospital.

Y el décimo se refiere a las ventajas de la unidad de comando.

El folleto termina señalando que un Decano no puede permanecer indiferente en un momento en que debe defender intereses muy superiores a los de su propia generación.

En la opinión del autor de esta biografía, este folleto es tan profundo y en muchos aspectos tan actual, que si sus conceptos se hubieran transformado en objetivos y su logro se hubiera perseguido incasablemente, se hubieran evitado muchas de las dificultades operativas crónicas del Hospital.

– – –

No es posible medir el impacto específico de este documento, y a propósito del problema del Hospital de Clínicas en esa etapa hubo otras gestiones, discusiones y encuentros entre partidarios de uno y otro modelo de administración hospitalaria, que no es del caso detallar.

Pero sus argumentos fueron utilizados por los parlamentarios que defendían la posición de la universidad en las cámaras: José P. Cardoso, Elio García Austt y Salvador García Pintos [73].

A fines de agosto de 1948 por invitación de la Universidad de San Pablo y con misión oficial de nuestra Facultad, Chifflet realizó una visita de cinco días a esa Universidad, a su Facultad de Medicina y a su Hospital de Clínicas. A su regreso, en una sesión extraordinaria del Consejo de algo más de una hora y media en la que estuvo presente el Rector Varela, Chifflet rindió un detallado e ilustrativo informe. Consistió en una enumeración y un análisis comparativo lúcido y por demás interesante de las diferencias a favor y en contra que esas instituciones tenían con respecto a las nuestras. Cerró su exposición expresando: *"Yo vengo muy contento de nuestra Facultad de Medicina, lo único que deseo es poder tener una Facultad como la que tienen ellos. Con el Hospital de Clínicas, podemos ser, dentro de cuatro o cinco años, una gran Facultad."* De algún modo con esta frase completa la descripción de su idea de dónde estaba nuestra Facultad y hacia donde debía apuntar. Por su interés, en el capítulo 19 apéndice 10 C se resume el acta de la sesión.

– – –

En esa época, para forzar al poder político, la Asociación de Estudiantes de Medicina apoyados por la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay comenzó a hacer fuertes manifestaciones en lugares públicos y a intensificar aún más sus críticas.

En la segunda mitad de 1948 las extendió al Consejo y al Decano, cuestionando su forma de proceder en el problema del Hospital de Clínicas, como muestra esta editorial del Estudiante Libre [38].

**DOS LÍNEAS OPUESTAS. CAMBIO DE GUARDIA**

Este artículo Editorial cuestionó la forma en que se conducía el problema del Hospital de Clínicas, que no podía *"figurar como un problema más en las carpetas del Consejo, en el orden del día de la Asociación."*

Luego de señalar que era necesario plantear las cosas del Hospital de Clínicas en otros términos y con otra energía, ya que la Facultad había luchado por la causa del Hospital en *"una mínima escala de esfuerzos, en un grado mínimo de efectividad, en un plano hipotético de gestiones individuales, siempre insuficientes, siempre arriesgadas"*, entra a realizar una crítica directa, durísima y confrontativa a la Facultad y su gobierno.

Señala que las cosas eran perentorias: *"el Hospital prácticamente listo, la Facultad prácticamente desarmada, la incertidumbre prácticamente in-crescendo cotidiano."*

Y que algún día habría que lamentar la línea de incertidumbre de un Consejo *"reunido en secreto o en Comisión General, para cumplir con el formulismo que parece ser ya un modus operandi sistemático en el gobierno de la Facultad. Y todo ello, abriendo puertas a las soluciones de emergencia, a las soluciones ab decreto, a las soluciones de compromiso que van a esterilizar..."* lo que los estudiantes venían predicando desde un lustro atrás.

El artículo expresa la disconformidad estudiantil con que el resorte fundamental sea la entrevista privada y el acuerdo individual, porque ha demostrado su ineficacia en asuntos económicos y políticos, y porque es un problema de todos, no de personas y categorías.

Califica de *"desgraciada"*, de *"parto difícil, instrumental"*, la idea de la Comisión Habilitadora del Hospital, fruto de un Claustro *"imprevisor y atemorizado ante el fantasma de una catástrofe."* Y señala que sin embargo, el *"cómodo paliativo"* de esta Comisión y el gobierno mixto del Hospital, a los que los estudiantes fueron los primeros en oponerse, y que ahora no conforman a nadie, seguía en pie obstaculizando las gestiones para obtener el gobierno universitario del Hospital.

*"De ahí esa situación insostenible, ese equilibrio inestable de una política de Decanato y Consejo, en su línea de gestiones en torno a una situación errónea, presuntamente "oficial", genuinamente de lesa-universidad, y sobre la cual ni siquiera existe convencimiento, de un Estudiantado trabajando en otra línea diferente, que representa la verdadera aspiración de la Universidad... y de un Claustro en receso, pasivo y a la expectativa de lo que salga de su propia imprevisión."*

Y señala que esto es un error que implica responsabilidades:

- entrar en conciliación con el poder político, en la órbita de intereses extra-universitarios.
- y aceptar el Clínicas como una solución asistencial de emergencia para el país y no como un hospital universitario.

Hace un llamado a revisar la experiencia con la lucha del Presupuesto, que probó la eficacia de la acción colectiva operando sobre un objetivo común, y aplicarla no en forma tibia o contemporizadora a la batalla del Clínicas, más difícil que la del Presupuesto, sino imponiendo en forma *"terminante y colectiva, con el tono categórico, con la acusación reprobatoria de los sembradores de obstáculos y dudas que existen en el propio campo universitario y que deben ser radiados de la opinión, y con el convencimiento general de que se está actuando bien y de acuerdo con las propias opiniones."*



Década de 1940. Revoque de las fachadas norte y sur del Hospital del Clínicas (Tomado de Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S y Sierra J. El Hospital de Clínicas de Montevideo. 2011).



Hospital del Clínicas. Aspecto del edificio terminado (1950) (Tomado de Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S y Sierra J. El Hospital de Clínicas de Montevideo. 2011).

En la sesión del 28 de octubre de 1948, el Consejo a pedido de una nota de Chifflet en la que aparentemente no expresaba el motivo, le concedió licencia como Decano. En la sesión Cassinoni manifestó que Chifflet se encontraba molesto no por las críticas puntuales, sino por las de orden moral que sobre su conducta se realizaban en El Estudiante Libre, que colocaron al Decano y al Consejo *"en ciertos conciliábulos de índole oficialista que han herido el honor y el decoro universitario."*

Varios Consejeros expresaron el dolor de que los estudiantes atribuyeran a las decisiones de Chifflet y del Consejo con las que discrepaban, intenciones ajenas a las del bien de la Facultad. Elogiaron la forma en que Chifflet a costa de sacrificios personales se había conducido como Decano, y cómo había representado a la Facultad en las tratativas con el Poder Político, lo que lo ponía fuera de toda duda de índole moral. Y manifestaron su convicción de que en etapas, pidiendo sin exigir, la Facultad podía lograr sus máximas aspiraciones, en tanto que pretendiendo obtener todo de golpe y con violencia de guerra, se corría el riesgo de perder todo.

El delegado estudiantil Dr. Tabárez dijo que de la lectura de la editorial no sacaba las conclusiones que habían extraído Chifflet y los Consejeros, afirmando que no tenía otro sentido que el de expresar la discrepancia en las posiciones, pero sin rozar aspectos personales, morales o de intenciones.

Finalmente el Dr. Tálice consideró lo expresado como un voto de confianza y propuso hacerlo llegar a Chifflet para que se reintegrara.

A la sesión siguiente el delegado estudiantil Dr. Pereira dijo que los estudiantes ratificaban su confianza en las condiciones personales y morales del Decano [53].

Chifflet se reintegró al Consejo el 11 de noviembre [54] e hizo una exposición en la que expresó que inicialmente había tenido la intención de renunciar, que no lo había hecho por algunas actuaciones ulteriores, y que del episodio sacaba algunas conclusiones:

1. Que en los distintos órdenes de la institución había personas de bien que la mantenían dentro de un clima auspicioso respecto a su marcha.
2. Que a pesar de las divergencias había un deseo generalizado de que la institución marchara bien.
3. Que la separación de dos semanas le permitió ver los grandes problemas de la Facultad desde puntos de vista diferentes a los que se tenían cuando estaba adentro.

– – –

Superado este episodio Chifflet continuó su labor como Decano, en la Facultad y en la Universidad, en la misma forma que antes.

En la Facultad, en el resto del año 1948 se consideraron y resolvieron temas importantes:

- El Reglamento de 77 artículos sobre inasistencias del personal.
- El rubro 1.4 del Hospital de Clínicas.
- La dedicación total y parcial.
- El problema de los Servicios Radiológicos del Hospital de Clínicas.
- La creación de la Cátedra de Radioterapia (9 de diciembre).
- La creación de una filmoteca administrada por la Biblioteca.
- Las gestiones que Chifflet realizó en el Parlamento por el Presupuesto.
- El Reglamento de los Institutos no clínicos.
- El ofrecimiento de la fundación Kellog de becas para ir a estudiar organización de hospitales en otros países.
- El título de Doctor en Medicina y Cirugía, y la especialización en Cirugía (28 de diciembre) [55].

En la Universidad Chifflet participó en el acto de cambio de Rector y pronunció un discurso en el homenaje que se tributó al Rector saliente, Dr. José Pedro Varela [17].

Luego de un breve receso de fin de año, a partir del 11 de enero de 1949, Chifflet mantuvo muy activo al Consejo con sesiones regulares y extensas en que se resolvieron:

- Ajustes operativos al Plan de estudios 1945 para que la carrera fuera realmente más corta.
- Aspectos referentes al Hospital de Clínicas, en el que se estaba montando la Farmacia. Se consideró la conveniencia de elaborar un folleto informativo para elevar al Consejo Directivo Central y al Parlamento.

– – –

El 21 de abril Chifflet presidió como siempre una prolongada sesión ordinaria del Consejo de la Facultad, en la que se trató la extensión de la enseñanza de la Semiología al Hospital Pasteur, y participó animadamente y con sus características de siempre en las discusiones.

Todo parecía haberse arreglado y nada ostensible anticipó en forma pública que al día siguiente Chifflet presentaría renuncia al Decanato.

### *c.- Tercera etapa*

Corresponde a la definición de la pertenencia del Hospital de Clínicas a la Universidad, y a su alhajamiento y habilitación.

También fue un proceso complejo. Chifflet ya no estaba en el Decanato, pero no había disminuido la intensidad de su adhesión a la causa del Hospital; participó en algunas gestiones, y como se señala más adelante en forma un poco más detallada en el punto O de este capítulo, es posible que discretamente haya utilizado su prestigio e influencia para convencer al poder político respecto a que el Hospital de Clínicas debía ser administrado por la Universidad.

## M.- OTRAS REALIZACIONES Y ACTUACIONES DE CHIFFLET COMO DECANO

### *a.- Coordinación con otras Facultades y Relaciones con la Universidad*

Chifflet mantuvo un buen nivel de relación con otras Facultades especialmente con la de Veterinaria.

También con la Universidad. En el plano institucional participaba en nombre de la Facultad como su Decano no sólo en las reuniones del Consejo Central Universitario, sino en múltiples gestiones muchas veces personales relacionadas con el funcionamiento armónico de ambas instituciones.

Durante su Decanato la Universidad tuvo dos Rectores: el Dr. José Pedro Varela (1941 y 1948) y el Arquitecto Leopoldo C. Agorio (1948-1956) que le sucedió.

En el plano personal tuvo una buena relación con ambos, pero la que tuvo con el Dr. Varela fue la más estrecha y prolongada.

Éste presidió la sesión del Consejo en que Chifflet fue elegido Decano, y concurrió varias veces a sesiones en que se analizaron problemas relacionados con el Hospital de Clínicas. Finalizó su mandato con su salud muy afectada, tanto que no pudo concurrir al acto de asunción de su sucesor el Rector Agorio realizado a mediados de noviembre de 1948. En ese acto Chifflet pronunció un discurso que sintetizó la obra de Varela en la Universidad [(17)]. Su texto refleja el nivel de sintonía que Chifflet alcanzó con él e indirectamente lo que Chifflet valoraba como características paradigmáticas de los auténticos universitarios. Está publicado en los Anales de la Universidad y extractos del mismo se reproducen en el capítulo 15.

### *b.- Otras actuaciones*

En agosto de 1947 ocurrió un acontecimiento nacional poco usual: falleció Tomás Berreta el Presidente de la República en ejercicio de su cargo.

En el Consejo de la Facultad Chifflet recordó que Berreta había sido una de las personas que comprendió las necesidades de la Universidad, con manifestaciones verbales, escritas y de hecho. Que como Ministro de

Obras Públicas y en el Senado influyó para que se aprobara el Presupuesto de la Facultad. Que como Presidente de la República estuvo en la Facultad de Medicina (la única que visitó), envió valiosas palabras de aliento para la organización de la Semana Médica Cultural, y el 21 de marzo, en el Paraninfo de la Universidad, presidió la ceremonia de clausura de la misma.

Por todo eso propuso enviar una nota de condolencia a sus familiares moción que fue aceptada.

– – –

Al año siguiente, el 23 de noviembre de 1948 falleció Pedro Demaestri, bedel de la Facultad durante muchos años, recordado unánimemente con cariño por su rectitud. Y, sobre todo, por su inagotable capacidad de conocer las características de todos los estudiantes y por su habilidad para con una intervención oportuna, similar a la de un buen padre de familia, hacerles enderezar el rumbo cuando se había desviado, o restablecer la confianza que un resultado adverso en la carrera había disminuido.

## N.- 22 DE ABRIL DE 1949: INESPERADA RENUNCIA DE CHIFFLET AL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Ese día, en que se cumplían exactamente tres años de su elección como Decano, Chifflet elevó una carta al Consejo Directivo de la Facultad con su renuncia al cargo [56].

La misma decía así:

*"Montevideo, 22 de abril de 1949.*

*Señores Miembros del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.*

*De mi particular consideración:*

*Al cumplirse hoy tres años de mi elección como Decano de la Facultad de Medicina, presento mi renuncia a dicho cargo.*

*Tengo especial interés en hacer notar que esta renuncia no tiene el significado de un desacuerdo o rozamiento con el Consejo Directivo, ni con las demás fuerzas de la Facultad.*

*Diría más bien, pensando en los hombres de nuestra casa de estudios, que esta separación significa para mí el dolor de perder el contacto directo y el aliciente de tantas personas que colaboran en forma eficaz para nuestro progreso.*

*La cantidad y variedad de problemas que se plantean actualmente a las autoridades de la Facultad de Medicina hacen imposible el desarrollo concomitante de una actividad dirigente eficaz y el desempeño del trabajo científico y docente inherente a nuestra condición de Profesor. El esfuerzo mantenido para conservar el nivel indispensable, tiene un límite. Pero, sobre todo, el cumplimiento conjunto intensivo de ambas disciplinas no puede obtenerse con el debido equilibrio, ya que muchos factores inciden para crear en la persona un clima en una actividad, con evidente*

*oscurecimiento de la otra. Conservar por más de tres años las tareas de Decano podría perjudicar seriamente a la Facultad, haciéndome perder, tal vez para no retomar, el ritmo de toda mi actividad docente y científica; podría, por otra parte, llevarme a desatender las funciones dirigentes, con claro perjuicio para los intereses de la Facultad, a los cuales nos sentimos tan íntimamente ligados.*

*Conozco muy bien los inconvenientes de los gobiernos cortos. En el caso de la Facultad de Medicina, no se pueden, sin embargo, considerar tales inconvenientes al referirse al cargo de Decano, porque la verdadera autoridad en lo técnico y en la docente, está constituida por el Consejo Directivo, que se mantiene con mayoría de miembros permitiendo así una continuidad uniforme en la dirección. Todos los integrantes de la Facultad además, conocen su marcha, pudiendo decirse con satisfacción que allí todas las opiniones pesan por el solo valor de sus méritos. El retiro a los tres años del Decano, como lo establece el Estatuto Universitario, puede, en cambio, ser francamente beneficioso para la Facultad en estos momentos en que numerosos factores han coincidido para crear un período de serena sedimentación de sus progresos y de vigilante atención para nuevas rutas que es necesario delinear.*

*El período transcurrido durante mi Decanato me ha aportado un vasto caudal de conocimientos sobre la Facultad, conocimientos que considero de utilidad para el futuro y que deseo transmitir en la forma más generosa posible.*

*En ese sentido elevaré al Consejo un informe que pretenda ser una visión conjunta de la Facultad en el día de hoy, estando por otra parte a disposición de todos para cualquier información que se juzgue útil para el progreso de nuestra casa de estudios. Como están fuera de ese Informe, todos los asuntos de la esfera personal, quiero aprovechar esta oportunidad en que me dirijo a los Señores Consejeros, para exponer algunas consideraciones que deseo exteriorizar.*

*Diré en primer lugar que mis tres años de decanato me han llenado de satisfacciones y no precisamente por la ostentación del cargo o el ejercicio del mando, sino por haber tenido la posibilidad de hacer un esfuerzo intensivo por una institución como la Facultad de Medicina a la que he dedicado todas mis energías.*

*Y la satisfacción del esfuerzo cumplido se agranda aún por la sensación de la eficacia de ese esfuerzo, eficacia que ha resultado de su adaptación a las necesidades de la casa y sobre todo del apoyo personal y colectivo que para su engrandecimiento hacen sin interés todos los que la integran.*

*Trabajar como Decano de la Facultad de Medicina es duro por la intensidad de la tarea, pero es agradable porque esa actividad está conducida y hasta diría empujada por un Consejo Directivo que durante estos años se ha mostrado particularmente laborioso, con gran sentido de responsabilidad de su gestión, cuidadoso en el juicio y profundamente preocupado y estudioso de los problemas de la docencia.*

*Deseo agradecer por intermedio de los Señores Consejeros, todo lo que profesores, profesionales y estudiantes han servido de aliciente con sus gestiones para el desempeño de mi cargo.*

*Diré, en fin, a los miembros del Consejo, que guardo un profundo reconocimiento para el personal administrativo de la Facultad que ha constituido la base indispensable para todas las realizaciones. Se puede confiar en nuestro personal para cualquier obra, por su capacidad, por su laboriosidad, por su cariño a nuestra casa.*

*Despojándome poco a poco de mi cargo en los días pasados, he podido apreciar más de cerca las posiciones personales de muchos colegas cuyas actuaciones debieron ser consideradas en el curso de estos años. He encontrado, como ya lo había imaginado al iniciar mi Decanato, descontentos. El hecho me duele porque sufro naturalmente frente situaciones enojosas, pero me reconforta en lo íntimo porque demuestra que enfocando los problemas e intereses superiores de la Facultad he podido esfumar las posiciones de orden personal. Con esta ampliación del panorama no siento la responsabilidad por los que se consideraban beneficiados o perjudicados por mis actuaciones personales, porque todo se hizo con una sola directiva que fue el deseo del bien para la Facultad.*

*Reciban los compañeros del Consejo las manifestaciones de mi estima particular y mis deseos de éxito en la gestión que siguen desarrollando.*

*Abel Chifflet."*

El martes 26 de abril de 1949 se realizó una sesión extraordinaria del Consejo para considerar la renuncia de Chifflet [56] . Fue presidida por el Dr. Carlos H. Amorin y estuvieron los Consejeros Crottogini y Cassinoni por los Profesores, Cruz Goyenola por los Profesionales y Tabárez por los Estudiantes.

Se nombró una Comisión para entrevistar a Chifflet e intentar que retirara su renuncia. El Consejo se volvió a reunir al día siguiente y el Dr. Amorin comunicó que la posición de Chifflet era irreductible, que las razones que invocó en el plano personal eran de entidad, pero que en su opinión en el plano de la Facultad *"eran un poco inconvenientes, dado el hecho de su designación para* (poco más adelante precisa claramente que es para presidir) *la Comisión de Habilitación del Hospital de Clínicas".*

Luego varios Consejeros se expresaron en forma elogiosa sobre la gestión de Chifflet, por su laboriosidad, sentido universitario, inteligencia, interés denodado, sacrificio, optimismo contagioso. Se expresaron dudas sobre si su ausencia o la de la Facultad en la Comisión de Habilitación del Hospital de Clínicas sería realmente inconveniente y mociones para realizar una despedida-homenaje. Finalmente se aceptó la renuncia, se elevó al Rectorado con la expresión del pesar que ella produjo, y se resolvió que el Consejo lo visitara en pleno para expresarle el reconocimiento de la Facultad, significarle un justo homenaje de simpatía, y entregarle la versión taquigráfica de las sesiones en que se trató su renuncia.

Chifflet no aceptó la despedida-homenaje y concurrió a una sesión del Consejo a despedirse.

***¿Cuál fue la verdadera causa de la renuncia?***

Las palabras del Decano Interino Amorín en la sesión del Consejo del 26 de abril de 1949, insinúan que la renuncia de Chifflet puede interpretarse como una defección en un momento muy importante de la Facultad.

Chifflet señaló sin embargo en su carta que no perjudicaría la marcha de la Facultad porque ésta estaba en un período de calma, y los Consejeros que habían empujado esa marcha permanecerían en sus cargos. Y en la entrevista con Amorín le expresó que entendía que no había ningún inconveniente en que fuera la Universidad la que actuara en los hechos, aludiendo a la administración del Hospital de Clínicas.

Chifflet ante todo era un clínico, un científico y un docente que en todos los cargos de este tipo que ocupó, cumplió más allá de las expectativas con todas las obligaciones que éstos implicaban.

Poseía sensibilidad y responsabilidad gremial, política y de gobierno universitario, pero éstas no superaban a su vocación de médico y docente.

Su carta señala que cuando las obligaciones de su Decanato comenzaron a interferirse recíprocamente con las de Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, lo pusieron en una situación de opción dolorosa pero clara. La de un cargo a término, que lo alejaba de su vocación, retardaba su concreción y lo ponía en inminencia de contraer complejas obligaciones en la habilitación del Hospital de Clínicas, o la de una larga expectativa para desarrollar y aplicar su vocación, opción que en definitiva eligió y alcanzó tantos buenos resultados.

Es muy probable que en la toma de esa decisión también haya influido el cuestionamiento que a fines del año anterior mereció su gestión y la del Consejo en los asuntos del Hospital de Clínicas por parte de los estudiantes.

## O.- CHIFFLET Y EL CLÍNICAS LUEGO DE SU RENUNCIA AL DECANATO

Pese a su renuncia Chifflet no abandonó su compromiso con la causa del Hospital de Clínicas.

En abril de 1949, el Presidente Batlle Berres emitió un decreto que creaba una Comisión Administradora del Hospital de Clínicas integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública y de la Facultad y presidida por el decano de esta última.

En el fondo Batlle deseaba que el Hospital dependiera del Poder Ejecutivo y su Ministerio de Salud Pública. Posiblemente este decreto fue una tentativa personal conciliadora, que buscó capitalizar el ya gran prestigio profesional, universitario y personal que gozaba Chifflet, para integrarlo a su iniciativa de Presidente.

Hubo una demora en las comunicaciones en ambos sentidos. Batlle no se enteró que Chifflet había renunciado, y éste recibió la comunicación oficial del Ministerio de Salud Pública sobre esta designación cuando ya lo había hecho. El 7 de mayo de 1949, Chifflet por nota informó al Consejo de esta comunicación y de que no siendo más Decano, con su nota daba cuenta del fin de su gestión.

Al no aceptar Chifflet, esta Comisión quedó en la nada.

El 15 de agosto de 1949, el Presidente Batlle Berres citó al Decano Cassinoni para conocer los fundamentos de la posición de la Facultad y la Universidad [7].

Y poco después elevó al Poder Legislativo un proyecto de ley de transferencia del Hospital de Clínicas a la Universidad. Esto fue anunciado por el Ministro Fernando Fariña a los sorprendidos asistentes al acto inaugural de la III Convención Médica Nacional en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina.

El proyecto fue aprobado el 27 de junio de 1950 en la Asamblea General, en la que Eduardo Blanco Acevedo, hizo una exposición de su actuación en la Comisión Honoraria y, sorprendentemente, de los argumentos por los que era conveniente que el Hospital fuera universitario [63].

En su artículo 1º la Ley Nº 11.454 estableció que *"El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", con sus servicios anexos, pasará a depender de la Universidad de la República, bajo la dirección técnica y administrativa de la Facultad de Medicina."*[63]

El 4 de agosto de 1950, el Rector Leopoldo C. Agorio puso en manos de la Facultad el Hospital que días antes había recibido.

– – –

¿Qué hizo que el Presidente Batlle Berres al final apoyara en forma decisiva el traspaso a la Universidad enviando al Parlamento el proyecto de Ley?

Seguramente obraron varias causas.

Entre ellas: la entrevista con Cassinoni, el deseo de evitar las desagradables y ruidosas manifestaciones estudiantiles en un período pre-electoral, y el hecho que las aspiraciones de Blanco Acevedo respecto a que la administración del Hospital fuera del Ministerio de Salud Pública habían declinado en favor de una mayor aspiración política personal que de hecho posteriormente lo llevaron a altos cargos de gobierno.

¿Algunas de las causas dependieron de Chifflet?

No es posible asegurarlo.

Tal vez la sensatez de la argumentación contenida en su folleto haya contribuido a serenar las posiciones y a clarificar, en quienes no creían en ella, la conveniencia de que el Hospital fuera totalmente universitario.

No puede descartarse que Chifflet haya ejercido influencias de carácter personal.

En este sentido corresponde recordar que tenía mucha vinculación con Víctor Armand Ugón. En su época de formación en el Hospital Maciel estaban en clínicas vecinas, Armand Ugón en la de García Lagos, y Chifflet en la de Alfonso Lamas. En 1933 ambos habían concursado la Agregación de Cirugía. Habían trabajado juntos en el Sindicato Médico y su Centro de Asistencia. Chifflet había subrogado al Presidente del Sindicato Médico en 1933 y sido Presidente en 1936, años que antecedieron y siguieron al de la Fundación del Centro de Asistencia de la Institución, cuyo primer Jefe de Cirugía fue Armand Ugón.

Y éste tenía amistad, mucha cercanía, vínculos familiares y posiblemente cierta influencia con Luis Batlle Berres.

Tal vez Chifflet a través de una gestión discreta realizada por Armand Ugón ante Batlle, haya contribuido para que el poder político encontrara la solución a un problema que preocupaba a todos los que querían un buen hospital universitario.

La familia de Abel Chifflet recuerda que alguna vez éste se reunió con Luis Batlle, pero no la época ni el motivo.

**TESTIMONIO QUE DA CIERTA SUSTENTABILIDAD A ESTA HIPÓTESIS**

Fue dado al autor de esta biografía por el Dr. Jorge Batlle Ibáñez, quien le autorizó a reproducirlo [(2)].

Cuando le preguntó si sabía si en esa época su padre el Presidente Luis Batlle Berres mantuvo algún contacto con Chifflet para conocer su opinión respecto a la pertenencia del Hospital de Clínicas y tomar una decisión respecto a ésta, entre otras cosas el Dr. Batlle recordó:

- que su padre cuando era joven inició estudios de Medicina, lo que le permitió establecer vinculaciones perdurables con estudiantes que pasado el tiempo no sólo fueron destacados miembros de la profesión sino también prominentes integrantes de la sociedad uruguaya cuya opinión era solicitada y escuchada. Entre ellos mencionó a una serie de cirujanos y docentes de la Facultad entre los que estaba Chifflet.
- que hacia mediados de la década de 1940 a Luis Batlle se le hizo una colecistectomía en el Sanatorio Italiano, pero no recuerda si el cirujano fue el Dr. Piquerez o el Dr. Abel Chifflet.

Por ambas razones, si bien no puede asegurar que antes de tomar la decisión de enviar a las Cámaras el Proyecto de Ley de pertenencia a la Universidad, su padre haya solicitado o recibido directa o indirectamente la opinión de Chifflet, sabe que la respetaba mucho, y por ello cree que no solo es posible sino que además es bastante probable.

– – –

Una última actuación, un tanto periférica, de Chifflet en relación a la integración del Hospital de Clínicas al sistema asistencial público, tuvo lugar en 1953, cuando Cassinoni era Decano de la Facultad, y Federico García Capurro Ministro de Salud Pública.

Chifflet, junto a García Otero, Salveraglio, Ambrosoni y García Austt integró una comisión de la Facultad para revisar el Convenio entre ambas instituciones, para regularizar el funcionamiento de las clínicas que actuaban en sus hospitales y armonizarlas con el Hospital de Clínicas. Como resultado se estableció qué clínicas continuarían funcionando en los locales del Ministerio de Salud Pública mientras la Facultad de Medicina no pudiera recibirlas en el Hospital de Clínicas, y cuáles serían trasladadas a éste a medida que se obtuvieran los recursos presupuestales.

Se utilizó como base para la redacción de un nuevo acuerdo de 27 artículos, pero Chifflet no integró la delegación de Facultad que lo negoció con los delegados del Ministerio [7].

En 1957 Chifflet se trasladó con su Clínica del Hospital Pasteur al piso 9 del Hospital de Clínicas donde había estado el Profesor Stajano. En 1958 y 1959 fue delegado de los docentes en la Comisión Directiva del Hospital, papel referido al gobierno del Hospital y por tanto de naturaleza diferente a los que debió representar durante su Decanato.

## P.- EL AUTÉNTICO AFECTO DE CHIFFLET POR LA FACULTAD DE MEDICINA

Chifflet siempre tuvo un afecto sincero y profundo por la Facultad de Medicina como institución, por sus integrantes y por su acervo material y científico.

No lo expresaba con palabras pero lo demostraba con su dedicación y sus actuaciones en su seno a favor de ella, independientemente del cargo que ocupara.

Y era de tal intensidad que, en circunstancias puntuales particularmente adversas, su calma característica era superada por su preocupación por cómo éstas podrían afectar el futuro de de sus integrantes o de la Institución, como lo muestran los dos testimonios con que concluye este capítulo.

El primero fue dado por el Dr. Euclides Silva Gaudín, que ingresó a la Facultad de Medicina a principios de marzo de 1949 (71).

El primer día del curso por problemas circunstanciales no hubo clase de Anatomía, y entonces él con algunos compañeros se sentaron en uno de los bancos del hall de la Facultad para decidir qué hacer.

Mientras dialogaban, por la puerta de acceso desde General Flores entró un hombre alto que se sentó con ellos y les preguntó: *"¿Ustedes son nuevos estudiantes de primer año?".*

Le respondieron afirmativamente y entonces él agregó: *"Mucho gusto en conocerlos. Soy el Dr. Chifflet, Decano de la Facultad. Estoy muy preocupado porque Ustedes son muchos y en Anatomía cada uno no va a poder tener más un cadáver para disecar como era lo habitual cuando fui estudiante".*

Continuó conversando con ellos sobre el problema y convocó a una reunión con los estudiantes y los docentes para tratar de resolverlo.

Es de destacar que faltaba algo más de un mes para que presentara su renuncia al Decanato, y es muy probable que ya la hubiera decidido.

El segundo ocurrió en la década de 1960 cuando llegó al Hospital de Clínicas la noticia de que en el Edificio Central de la Facultad en la avenida General Flores se había desatado un incendio.

Chifflet visiblemente afectado abandonó lo que estaba haciendo y rápidamente se trasladó al lugar del siniestro.

Regresó horas después, algo más aliviado, porque a pesar de que las pérdidas producidas eran cuantiosas, *"no parecía que hubieran sido irreparables."* (60)

## Referencias bibliográficas

**1.- Anónimo.**
Semana Médica Cultural.
Anales de la Universidad. 1947; entrega nº 160: pág. 10.
http://www.periodicas.edu.uy/Anales_Universidad/pdfs/Anales_Universidad_a56_entrega_160_1947.pdf

**2.- Batlle Ibáñez J.**
Testimonio. 2012.

**3.- Blanco Acevedo E.**
Lección inaugural del Curso de Medicina Operatoria.
En: Blanco Acevedo E. Al Margen del Quirófano. Montevideo. Editorial Médico-Científica. 1945. Págs. 5-15.

**4.- Borrás A.**
Anecdotario. Historias que merecen ser contadas.
Montevideo. Artemisa editores. 2006.

**5.- Borrás A.**
Testimonio.

**6.- Campos Calvo-Sotelo, P.**
El viaje a la utopía.
Madrid. Ed. Complutense. 2002

**7.- Cassinoni M.**
Decanato de Mario A. Cassinoni (1949-1950 y 1950-1953).
Montevideo. Imprenta Rosgal. 1954. 250 páginas.

**8.-Chifflet A.**
Informe sobre la Cirugía Experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América.
Anales de la Facultad de Medicina 1936; 21: 481-506

**9.- Chifflet A.**
Títulos Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944.

**10.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**11.- Chifflet A.**
Diez puntos de patología mamaria.
Rev Med del Este. 1945; 6: 39-50.

**12.- Chifflet A.**
Flemones de cuello.
Montevideo. Asociación de los Estudiantes de Medicina. Manuales del Interno. 1945; fascículo VI: 3-38.

**13.- Chifflet A.**
Comentario sobre la comunicación del Dr. F. Etchegorry, hecha en la sesión anterior.
Bol Soc Cir Urug. 1945; 16:296-298.

**14.- Chifflet A.**
La Facultad de Medicina.
Montevideo. Imp. Rosgal. 1946. 29 págs.

**15.- Chifflet A.**
La Facultad de Medicina de Montevideo.
El Día Médico. Buenos Aires. 1948; 20.

**16.- Chifflet A.**
El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.
Montevideo, C.I.S.A., 1948.

**17.- Chifflet A.**
Discurso en la Sesión del Consejo Central Universitario por el cambio de Rector.
Anales de la Universidad. 1949. Entrega 164.
http://www.periodicas.edu.uy/Anales_Universidad/pdfs/Anales_Universidad_a58_entrega_164_1949.pdf

**18.- Chifflet A.**
Consideraciones generales sobre heridas de la mano.
Número Científico de Acción Sindical. 1946; 2: 3-11.

**19.- Chifflet A.**
Equinococosis hepática y riñón derecho. Con J Llopart.
Bol Soc Cir Urug; 1946; 17:147-165.

**20.- Chifflet A.**
El shock.
Número Científico de Acción Sindical. 1946; 8: 7-15.

**21.- Chifflet A.**
Fisiopatología del canal ano-rectal. Hernia del periné posterior provocada por resección del cóccix.
Bol Soc Cir Urug 1947; 18 : 156-163.

**22.- Chifflet A.**
El canal ano-rectal. Resultancias prácticas de un concepto funcional.
El Día Médico. Buenos Aires. 1948; 20.

**23.- Chifflet A.**
Cirugía y lumbagos y ciáticas.
Número científico de Acción Sindical.
1948; 5: 197-205.

**24.- Chifflet A.**
La hidatidosis hepática es una afección hepato-biliar.
Bol Soc Cir Urug 1948 19: 23-35.

**25.- Chifflet A.**
Patología vascular periférica.
Rev Med del Este. 1948; 9: 33-39.

**26.- Chifflet A.**
Heridas de las partes blandas del miembro superior.
1er Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. 1950: 195-213.

**27.- Chifflet A.**
La hernia inguinal directa.
Bol Soc Cir Urug 1950; 21: 418-431.

**28.- Chifflet A.**
Tratamiento de la hernia inguinal directa.
Bol Soc Cir Urug.1950; 21: 433-442.

**29.- Chifflet A.**
La travesía del perineo masculino
Bol Soc Cir Urug. 1950; 21: 539-549.

**30.- Chifflet A.**
Respuesta a los comentarios del trabajo: La travesía del perineo masculino.
Bol Soc Cir Urug. 1950; 21: 539-549.

**31.- Chifflet A.**
Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto.
Montevideo 1956.

**32.- Crottogini J. J.**
Carta a Martha De Lodron de Chifflet.
16 julio de 1976.

**33.- El Estudiante Libre.**
La provisión de la Cátedra de Operaciones.
Una sesión del Consejo de la Facultad. Un informe que se hará célebre.
Cómo y por qué razones se niega una reconsideración. 1923.

**34.- El Estudiante Libre.**
1945.

**35.- El Estudiante Libre.**
1946. Enero-abril.

**36.- El Estudiante Libre.**
1946. Junio-septiembre.

**37.- El Estudiante Libre.**
1946-1947.

**38.- El Estudiante Libre.**
Mayo-octubre de 1948.

**39.- El Estudiante Libre.**
1951.

**40.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 13 de febrero de 1933.

**41.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 14 de febrero de 1946.

**42.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Sesión extraordinaria. 22 de abril de 1946.

**43.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 23 de mayo de 1946.

**44.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 17 de marzo de 1947.

**45.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Junio de 1947.

**46.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 25 de septiembre de 1947.

**47.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 30 de octubre de 1947.

**48.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Marzo de 1948.

**49.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Mayo de 1948.

**50.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 3 junio de 1948.

**51.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Junio de 1948.

**52.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 4 de noviembre de 1948.

**53.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 9 de noviembre de 1948.

**54.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 11 de noviembre de 1948.

**55.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. 28 de diciembre de 1948.

**56.- Facultad de Medicina.**
Actas del Consejo Directivo. Sesión extraordinaria. 26 de abril de 1949.

**57.- Facultad de Medicina.**
80 años de la Facultad de Medicina Montevideo. 1956.

**58.- Ferrari J M.**
Testimonio.

**59.- García Otero J.**
Reglamentación de la Carrera Docente.
An Fac Med 1946: 31: 273-293.

**60.- Maquieira G.**
Testimonio.

**61.- Peña J M.**
Eduardo Blanco Acevedo. Historia de una vida integral.
Montevideo. Impresora Uruguaya S.A. 1950.
Cap. XVII: El Hospital de Clínicas.

**62.- Pérez Fontana V.**
Anatomía Quirúrgica de las hernias abdominales en el niño y el adulto. Monografía. Montevideo. Facultad de Medicina, 1951. 175 págs.

**63.- Poder Legislativo.**
Asamblea General.
Acta de la 35ª sesión (extraordinaria). 27 de junio de 1950.

**64.- Pou Ferrari, R.**
El Profesor Enrique Pouey y su época.
Montevideo. Plus Ultra. 2011.

**65.- Praderi L.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**66.- Praderi R.**
Eduardo C. Palma.
En Mañé Garzón F y Turnes A. Médicos Uruguayos ejemplares. T III. Montevideo. Tradinco. 2006 págs 504-507.

**67.- Rizzi M.**
La Facultad de Medicina. Montevideo. 1951.
Ses. Soc. Urug. Hist. Med. 2002; 21: 13-62.

**68.- Rizzi M, Borrás A.**
Historia de la oftalmología en el Uruguay.
Montevideo. Poen. 2010.

**69. - Salveraglio, C.**
Federico J. Salveraglio (1907-1987)
En Gutiérrez Blanco. Médicos Uruguayos Ejemplares. T II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 427-434.

**70. - Sánchez Puñales S.**
Historia de la enfermería en Uruguay.
Montevideo. Ediciones Trilce. 2002.

**71. - Silva Gaudín E.**
Testimonio.

**72.- Turnes A.**
Algo sobre el Hospital de Clínicas. Arq. Carlos Surraco.
Del Fondo documental del Dr. Aron Nowinski.
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hclinicas.pdf

**73.- Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S, Sierra J.**
Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad. Montevideo. Bioerix. 2011. 766 págs.

# CAPÍTULO 11

# PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

**Sumario**


**1.- INTRODUCCIÓN**

**2.- COMIENZOS DE LA DÉCADA DE 1950**

**3.- LLAMADO A ASPIRANTES**

**4.- NOMBRAMIENTO**

**5.- RECONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES**

**6.- CONCEPTOS QUE GUIARON A CHIFFLET EN LA ORGANIZACIÓN DE SU CLÍNICA**

**7.- LA ACTUACIÓN DE CHIFFLET COMO PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA**

**8.- 1951-1956. LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL PROFESOR ABEL CHIFFLET EN EL HOSPITAL PASTEUR. FORMACION Y PRIMEROS PASOS DE UN VERDADERO EQUIPO. CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN PRESTIGIO**

**9.- 1957. TRASLADO AL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**10.- 1957-1969. LA CLÍNICA QUIRURGICA "A" EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS (I). LOCALES Y PERSONAL**

**11.- 1957-1969. LA CLÍNICA QUIRURGICA "A" EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS (II). UNA ORGANIZACIÓN DE ESTRUCTURA ADECUADA Y FUNCIONAMIENTO EFICIENTE, EN UN HOSPITAL MODERNO CON INCIPIENTES DIFICULTADES**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**


*" … la cátedra es el conjunto de los colaboradores, siendo el Profesor el guía, el timonel, el consejero, pero sin llegar a insinuar la pretensión de ahogar una orientación del colaborador que se ha consustanciado en el esfuerzo común."*

*" … me creo capaz del enorme esfuerzo de síntesis, como para colocar en el eje de una cátedra populosa, una cabeza bien centrada."*

ABEL CHIFFLET [6]

## 1.- INTRODUCCIÓN

En su carrera académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Chifflet alcanzó por mérito personal y desempeñó con responsabilidad y características propias, tres cargos de la máxima jerarquía.

Los dos primeros - Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria y Decano de la Facultad - fueron descritos en el capítulo precedente.

En el tercero – Profesor de Clínica Quirúrgica, que comenzó a desempeñar en 1951 y se analiza en este capítulo – encontró el espacio para concretar su vocación docente quirúrgica formando un equipo que funcionó muy bien a su lado, en el que demostró ser capaz de *"colocar en el eje de una cátedra populosa, una cabeza bien centrada"* y, además, dejar un legado que trascendió a su vida como una escuela.

## 2.- COMIENZOS DE LA DÉCADA DE 1950

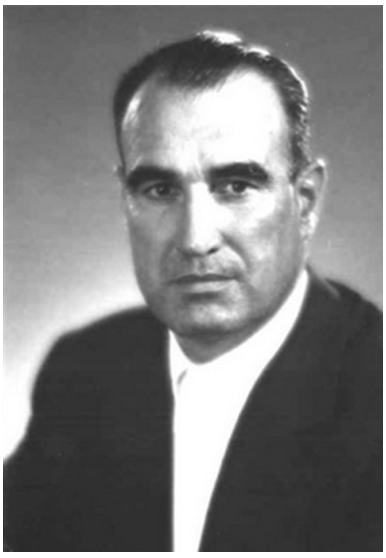
En Uruguay, que en la década anterior había salido de su adolescencia y crecido en autoestima y confianza [31] , la década de 1950 se inició con bonanza económica y prosperidad.

En su primer año hubo satisfacción y alegría deportiva por la obtención de la copa mundial de fútbol, el 16 de julio en el estadio de Maracaná en Río de Janeiro; en septiembre fastuosa celebración patriótica del centenario de la muerte de Artigas; y renovación política en las elecciones generales del 26 de noviembre que ganó el Partido Colorado con Andrés Martínez Trueba y Alfeo Brum.

### A.- LA CIRUGÍA GENERAL DE ENTONCES EN URUGUAY

La Cirugía en Uruguay ya era una especialidad médica bien definida, consolidada, e independiente, pero que conservaba una relación articulada con la Medicina.

Los cirujanos locales que se destacaban en la especialidad mantenían vínculos estrechos con sus pares de la región, eran apreciados e invitados por ellos por el alto nivel personal y de la Cirugía uruguaya y, en muchos casos, también estaban en relación con colegas europeos y estadounidenses, a los que visitaban [43].



1950. Héctor Ardao Presidente del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía

Desde hacía treinta años la Sociedad de Cirugía, primero de Montevideo y luego del Uruguay, funcionaba eficazmente como espacio de intercambio discusión y avance [11].

Hacía veinte años que disponía de una publicación propia de aparición regular cuyos artículos se referían a temas y problemas que no diferían en forma significativa de los países del Hemisferio Norte que lideraban la especialidad. A través del mecanismo de intercambios, constituía una vía de presentación de la Cirugía Uruguaya en la región y en varias partes del mundo y, a la vez, de información actualizada sobre el estado de la especialidad en ellas.

Con el Primer Congreso Uruguayo de Cirugía realizado entre el 15 y el 17 de diciembre de ese año de 1950, pocos días después de que el Consejo nombrara a Chifflet Profesor de Clínica Quirúrgica, la Sociedad de Cirugía del Uruguay había dado un paso adelante muy significativo y de proyección nacional. Fue organizado por una Comisión presidida por el Dr. Héctor Ardao y se realizó en la Facultad de Medicina, que ese año celebró sus setenta y cinco años [11].

**16 horas. —**
Visita a la Exposición de Radiología.

**SEGUNDA SESION PLENARIA**

**17 horas. —**
TEMA:

**Heridas de las partes blandas del miembro superior.**

Relator oficial:
Dr. Abel CHIFFLET.

CONTRIBUCIONES:

1º Dr. A. Fernández Chapela. Vías de entrada al miembro superior.
2º Dr. Lorenzo Mérola. Planos anatomo quirúrgicos del puño.
3º Dr. J. Suárez Meléndez. Anteposición del cubital en el codo.
4º Dr. Héctor Ardao. El problema de la piel en las heridas del miembro superior.
5º Dr. Carlos A. Pietropinto. Quemaduras del dorso de la mano.
6º Dr. L. Guglielmone. Accidentes por sortijas
7º Dr. Pedro V. Pedemonte - Enfermedad de Volkmann.
8º Dr. Carlos Ferratti. La capsulotomía anterior en las rigideces de las articulaciones de los dedos.
9º Dr. Fernando Herrera Ramos. La cortisona y la cicatriz.
10º Curación de las heridas. Mecanismos. Film ilustrativo realizado en la Facultad de Medicina de París, bajo la dirección del Profesor de Anatomía Patológica, Dr. Leroux.

**DISCUSION.**

**CIERRE DE LA DISCUSION**

Programa de la Segunda Sesión Plenaria del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía, coordinada por Chifflet.

Chifflet fue relator de la Segunda Sesión Plenaria, cuyo tema fue: "Heridas de las partes blandas del miembro superior".

En sus variadas contribuciones se aprecia el propósito de Chifflet de hacer confluir los elementos más importantes de diferentes disciplinas: Anatomía quirúrgica, problemas técnicos, invalidez, accidentes, y condicionamiento farmacológico de la cicatrización.

Como detalle innovador, la última contribución fue la proyección de una película sobre Curación de las Heridas realizada por el Profesor de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina

de París Dr. Roger Leroux (1892-1951), coautor de un Précis d'Anatomie Pathologique en dos tomos muy conocido desde su aparición en 1933.

## B.- ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Muchas de los datos que siguen se han tomado de la descripción de la Facultad en 1951 hecha por el Dr. Milton Rizzi en un trabajo pleno de datos interesantes [37].

### *a.- En el Pregrado*

Estaba vigente el plan de estudios 1945. Los primeros estudiantes que cursaron bajo este plan estaban acercándose al fin de sus estudios.

La Patología Quirúrgica se enseñaba en dos cursos. En 1951 el encargado de la enseñanza del primero era José Pedro Otero, y el profesor del segundo era José Piquinela.

La enseñanza de la Clínica Quirúrgica se hacía en los Hospitales Maciel y Pasteur del Ministerio de Salud Pública. De acuerdo a lo que consta en actas y documentos de la Facultad de Medicina, en 1951 los profesores de Clínica Quirúrgica eran:

- En el Hospital Maciel
  - Desde 1935 Clivio Nario. (En 1951 se había reintegrado ya recuperado de una craneotomía por un hematoma subdural, pero fallecería un año después) [14].
  - Desde 1944 Juan Carlos Del Campo.
  - Desde 1945 Carlos Stajano (que había sido nombrado profesor de Clínica Quirúrgica en 1936 y se inició como tal en el Hospital Pasteur en donde estuvo hasta 1945).
- En el Hospital Pasteur
  - Desde 1930 Eduardo Blanco Acevedo.
  - Desde 1944 Pedro Larghero.
  - Hacía cinco años que la Clínica Quirúrgica que había pertenecido a Stajano estaba acéfala o dirigida por un encargado (que en ciertos períodos fue Chifflet).

El Hospital de Clínicas estaba construido. A mediados de 1950 se promulgó la ley de pertenencia del mismo a la Universidad. En la Facultad se vivía la euforia de que por fin se iba a contar con un hospital moderno y propio y, a la vez, los temores y los problemas de ponerlo en marcha y administrarlo. La complejidad de estos aspectos determinó que recién en septiembre de 1953 pudiera iniciarse la internación de pacientes.

***b.- En el Postgrado***

La situación no había cambiado con respecto a cuando Chifflet se formó en Cirugía. Como se describe en el capítulo 5, la puesta en funcionamiento efectivo de la Escuela de Graduados ocurrió en 1953 y 1954.

## 3.- LLAMADO A ASPIRANTES

Chifflet puso de manifiesto precozmente con hechos su intención de alcanzar el cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica.

En las actas del Consejo de la Facultad de Medicina del 4 de enero de 1946 consta que se analizó la provisión del cargo de Profesor y Director de la Clínica Quirúrgica del Instituto de Cirugía Experimental que había dejado libre Navarro, y que los candidatos eran Chifflet, Nario, Larghero, Pérez Fontana, Prat y Stajano.

En sesiones anteriores Chifflet había insinuado la posibilidad de que el Instituto se suprimiera.

Chifflet ¿se anotó sólo para dejar marcado su interés, o pensó que ya tenía alguna posibilidad de ser nombrado a pesar de que entre los aspirantes varios lo superaban en edad y antecedentes?

En la sesión del 14 de enero, el Consejo nombró a Domingo Prat [17].

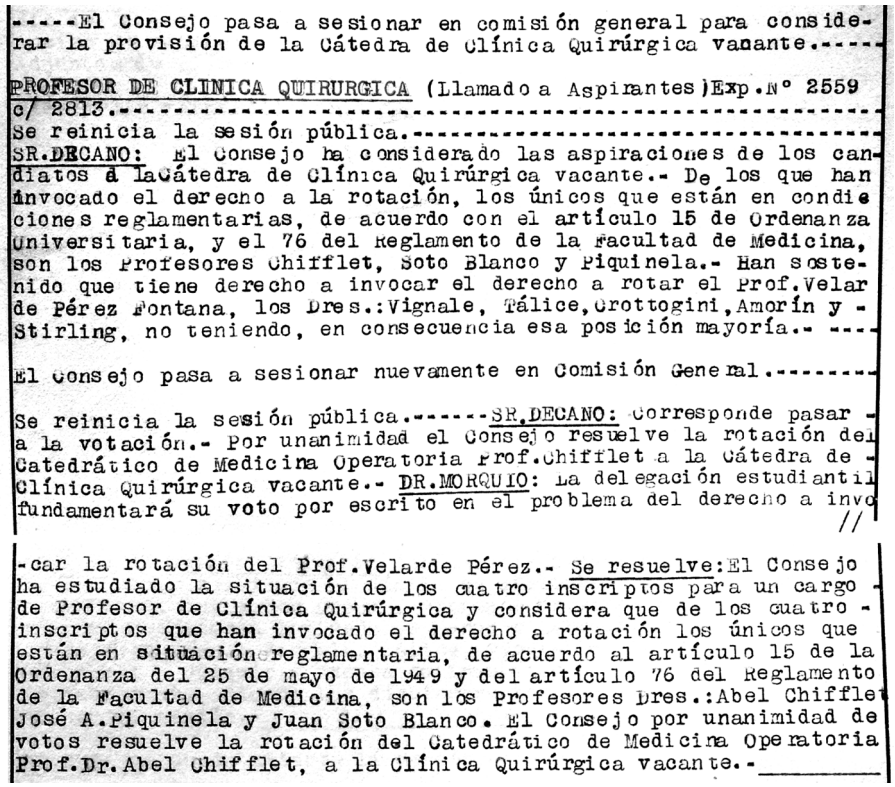
– – –

Cuatro años después, en la segunda mitad de 1950 se hizo un llamado a rotación entre los Profesores de materias relacionadas con la Clínica Quirúrgica para llenar el cargo vacante de Profesor de esta disciplina en el Hospital Pasteur .

Se presentaron Abel Chifflet, Velarde Pérez Fontana, José Piquinela y Juan Soto Blanco.

## 4.- NOMBRAMIENTO

El 7 de diciembre de 1950 en una sesión ordinaria, el Consejo de la Facultad con la presencia del Decano Mario Cassinoni y de los Consejeros Bartolomé Vignale, Rodolfo Tálice y Carlos Amorín por los docentes, Lauro Cruz Goyenola, Ernesto Stirling, y Manuel Ambrosoni por los egresados, y Atilio Morquio y Elio García Austt por los estudiantes, decidió sobre el llamado realizado.



-----El Consejo pasa a sesionar en comisión general para considerar la provisión de la Cátedra de Clínica Quirúrgica vacante.-----

PROFESOR DE CLINICA QUIRURGICA (Llamado a Aspirantes)Exp.Nº 2559 c/ 2813.----------

Se reinicia la sesión pública.----------

SR.DECANO: El Consejo ha considerado las aspiraciones de los candidatos a la cátedra de Clínica Quirúrgica vacante.- De los que han invocado el derecho a la rotación, los únicos que están en condiciones reglamentarias, de acuerdo con el artículo 15 de Ordenanza Universitaria, y el 76 del Reglamento de la Facultad de Medicina, son los Profesores Chifflet, Soto Blanco y Piquinela.- Han sostenido que tiene derecho a invocar el derecho a rotar el Prof.Velar de Pérez Fontana, los Dres.:Vignale, Tálice,Crottogini,Amorín y - Stirling, no teniendo, en consecuencia esa posición mayoría.- ----

El Consejo pasa a sesionar nuevamente en Comisión General.--------

Se reinicia la sesión pública.------SR.DECANO: Corresponde pasar - a la votación.- Por unanimidad el Consejo resuelve la rotación del Catedrático de Medicina Operatoria Prof.Chifflet a la Cátedra de - Clínica Quirúrgica vacante.- DR.MORQUIO: La delegación estudiantil fundamentará su voto por escrito en el problema del derecho a invo //

-car la rotación del Prof.Velarde Pérez.- Se resuelve:El Consejo ha estudiado la situación de los cuatro inscriptos para un cargo - de Profesor de Clínica Quirúrgica y considera que de los cuatro - inscriptos que han invocado el derecho a rotación los únicos que están en situación reglamentaria, de acuerdo al artículo 15 de la Ordenanza del 25 de mayo de 1949 y del artículo 76 del Reglamento de la Facultad de Medicina, son los Profesores Dres.:Abel Chifflet José A.Piquinela y Juan Soto Blanco. El Consejo por unanimidad de votos resuelve la rotación del Catedrático de Medicina Operatoria Prof.Dr.Abel Chifflet, a la Clínica Quirúrgica vacante.-_____

Acta de la sesión del Consejo de la Facultad de Medicina del 7 de diciembre de 1950. Rotación de Chifflet al cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica.

Hubo dos posiciones discrepantes. La mayoritaria que entendió que los únicos que de acuerdo con el artículo 15 de la Ordenanza Universitaria del 25 de mayo de 1949 y el artículo 76 del Reglamento de la Facultad de Medicina estaban en condiciones reglamentarias para rotar, eran Abel Chifflet, Juan Soto Blanco y José Piquinela. Y la minoritaria de los Consejeros Vignale, Tálice, Crottogini, Amorín y Stirling que entendieron que el Profesor Velarde Pérez Fontana también tenía derecho a rotar. El delegado estudiantil Dr. Morquio expresó que fundamentaría su voto por escrito.

El Consejo pasó a sesionar en régimen de Comisión General y, cuando se reinició la sesión pública y se pasó a votar, se resolvió por unanimidad la rotación del Profesor de Medicina Operatoria Abel Chifflet a la Cátedra de Clínica Quirúrgica vacante [18].

Velarde Pérez Fontana apeló a esa resolución, pero su apelación fue denegada por el Consejo Central Universitario, y el 3 de mayo de 1951 por el Consejo de la Facultad de Medicina.

---

Varias veces la Facultad dio muestras de que conocía muy bien la capacidad y buena disposición de Chifflet, y le encomendó tareas adicionales que estrictamente no correspondían al cargo que éste estaba ocupando.

Como se ha visto, en 1945 cuando se inició como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria el Consejo le encargó temporariamente la dirección de la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur que había dejado libre Stajano.

Y en 1951, cuando Chifflet se inició como Profesor de Clínica Quirúrgica, ocurrió algo similar. En una sesión del Consejo de la Facultad de principios de ese año se señaló que el mandato de Chifflet en la Cátedra "de Operaciones" (sic) vencía el 31 de enero, que no había sido reelecto y que a pocos días de su vencimiento fue designado por rotación para la Cátedra de Clínica Quirúrgica. El Consejo resolvió considerar a esta rotación como realizada a partir del 3 de enero y encargarlo interinamente de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria hasta el 31 de mayo de 1951, fecha en que fue provisto el cargo de Profesor de la materia [(19)].

## 5.- RECONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES

La Asociación de Estudiantes de Medicina recibió con beneplácito el nombramiento de Chifflet.

Un artículo muy mesurado aparecido en El Estudiante Libre a principios de 1951 dio cuenta de la noticia, recordó su radical divergencia con él cuando fue Decano y, desde esa posición, destacó sus méritos y se congratuló por la decisión del Consejo [(16)].

**El Dr. ABEL CHIFFLET**
**Nuevo Profesor de Clínica Quirúrgica**

Acaba de ser designado Profesor de Clínica Quirúrgica, por unanimidad del Consejo de nuestra Facultad, el Profesor Abel Chifflet.

Culmina así el Dr. Chifflet una larga y fecunda carrera docente iniciada ya en su vida de estudiante, durante la cual ganó por concurso de oposición por dos veces el cargo de Disector. Egresa de nuestra Facultad en 1929, mereciendo la medalla de oro en su promoción. Más tarde es nombrado Titular Adjunto de la Clínica del Dr. Lamas, y en 1933 realiza el concurso de Profesor Agregado de Cirugía.

Desempeña el cargo de Profesor Agregado Adjunto a la Clínica del Profesor Carlos Stajano desde el año 1936 hasta 1946, en que debe renunciar por haber sido designado Decano de nuestra Facultad.

En el año 1944 es designado Profesor Titular de Medicina Operatoria, cátedra que acaba de abandonar.

Además, el Dr. Chifflet fue delegado estudiantil en el año 1933, año crítico, en el cual se desempeñó brillantemente, renunciando al fin del mismo año y abandonando el cargo a principios de 1934.

Hecha esta brevísima reseña biográfica sobre la carrera docente del Prof. Chifflet, nos referiremos ahora a dos aspectos fundamentales que creemos necesario destacar.

En primer lugar debemos decir, que como Decano, que lo fue desde 1946 hasta 1949, el Dr. Chifflet tuvo en muchas oportunidades, actitudes que estuvieron de acuerdo con nuestra posición principista estudiantil. Pero en otras, es necesario decirlo, la discrepancia entre Decano y estudiantes, fue diametral.

No sólo no coincidimos, sino que, por intermedio de este mismo órgano estudiantil, pusimos de manifiesto nuestro desacuerdo, que se mantuvo hasta la renuncia del Dr. Chifflet al Decanato.

# El Dr. ABEL CHIFFLET

## Nuevo Profesor de Clínica Quirúrgica



*Acaba de ser designado profesor de Clínica Quirúrgica, por unanimidad del Consejo de nuestra Facultad, el profesor Abel Chifflet.*

*Culmina así el Dr. Chifflet una larga y fecunda carrera docente iniciada ya en su vida de estudiante, durante la cual ganó por concurso de oposición por dos veces el cargo de Disector. Egresa de nuestra Facultad en 1929, mereciendo la medalla de oro en su promoción. Más tarde es nombrado Titular Adjunto de la Clínica del Dr. Lamas, y en 1933 realiza el concurso de Profesor Agregado de Cirugía.*

*Desempeña el cargo de Prof. Agdo. Adjunto a la Clínica del Prof. Carlos Stajano desde el año 1936 hasta 1946, en que debe renunciar por haber sido designado Decano de nuestra Facultad.*

*En el año 1944 es designado profesor Titular de Medicina Operatoria, cátedra que acaba de abandonar.*

*Además, el Dr. Chifflet fué delegado estudiantil en el año 1933, año crítico, en el cual se desempeñó brillantemente, renunciando a fin del mismo año, y abandonando el cargo a principios de 1934.*

*Hecha esta brevísima reseña biográfica sobre la carrera docente del Prof. Chifflet, nos referiremos ahora a dos aspectos fundamentales que creemos necesario destacar.*

*En primer lugar debemos decir, que como Decano, que lo fué desde 1946 hasta 1948, el Dr. Chifflet tuvo en muchas oportunidades, actitudes que estuvieron de acuerdo con nuestra posición principista estudiantil. Pero en otras, es necesario decirlo, la discrepancia entre Decano y estudiantes, fué diametral.*

*No sólo no coincidimos, sino que, por intermedio de este mismo órgano estudiantil, pusimos de manifiesto nuestro desacuerdo, que se mantuvo hasta la renuncia del Dr. Chifflet al Decanato.*

*Todo esto no obsta sin embargo, y hasta da más valor a nuestra opinión, para hacer el elogio de la labor docente del Dr. Chifflet. En efecto, recién ingresados a nuestra Facultad, tuvimos oportunidad de oir sus clases de Anatomía, y ya, a pesar de nuestra inexperiencia, pudimos aprovechar los conceptos que en dichas clases vertía, en esa forma especial tan suya, simplificando lo intrincado, llamando la atención exclusivamente sobre lo importante, y pasando apenas tangencialmente sobre lo superfluo. Luego, los estudiantes pudieron aprovechar sus lecciones de Semiología en la Clínica del Prof. Stajano, recién iniciados en ese estudio, y el aprendizaje efectuado, los conceptos generales adquiridos en forma amena y amable, han servido indudablemente de sólida base para poder ir incorporando conocimientos más difíciles y complicados. Por último vamos a referirnos al desempeño por el Dr. Chifflet, en Medicina Operatoria y Anatomía Aplicada.*

*Por primera vez a cargo de una cátedra, el Prof. Chifflet, supo imprimir un ritmo distinto, y nuevo sentido a la enseñanza de dicha materia. Dejó paulatinamente de lado el modo clásico de enseñanza, que se basaba en descripciones detalladas, lujosas y brillantes de técnicas operatorias complejas, que resultaban a la postre inútiles para el estudiante. Dió, en cambio, conceptos elementales e importantes, de gran utilidad para*

Todo esto no obsta sin embargo, y hasta da más valor a nuestra opinión, para hacer el elogio de la labor docente del Dr. Chifflet. En efecto, recién ingresados a nuestra Facultad, tuvimos oportunidad de oír sus clases de Anatomía, y ya, a pesar de nuestra inexperiencia, pudimos aprovechar los conceptos que en dichas clases vertía, en esa forma especial tan suya, simplificando lo intrincado, llamando la atención exclusivamente sobre lo importante, y pasando apenas tangencialmente sobre lo superfluo. Luego, los estudiantes pudieron aprovechar sus lecciones de Semiología en la Clínica del Profesor Stajano, recién iniciados en ese estudio, y el aprendizaje efectuado, los conceptos generales adquiridos en forma amena y amable, han servido indudablemente de sólida base para poder ir incorporando conocimientos más difíciles y complicados. Por último vamos a referirnos al desempeño por el Dr. Chifflet, en Medicina Operatoria y Anatomía Aplicada.

Por primera vez a cargo de una cátedra, el Prof. Chifflet supo imprimir un ritmo distinto, y nuevo sentido a la enseñanza de dicha materia. Dejó paulatinamente de lado el modo clásico de enseñanza, que se basaba en descripciones detalladas, lujosas y brillantes de técnicas operatorias complejas, que resultaban a la postre inútiles para el estudiante. Dio, en cambio, conceptos elementales e importantes, de gran utilidad para el estudiante, encarando la parte de Operaciones propiamente dicha, en una forma general, conceptual, sin entrar nunca al detalle de técnica, con visión clara de lo provechoso y eficaz. Oímos muchas clases del Profesor Chifflet y de sus colaboradores ya cuando la cátedra llevaba el nombre de Anatomía Aplicada, y los estudiantes asistieron, casi con asombro a la forma en que se daban sobre temas por nosotros ya conocidos, y que juzgábamos hasta el momento engorrosos y hasta molestos, conceptos claros, precisos, "amenos" podríamos decir, que nos cambiaron el panorama sobre una materia que, permítasenos la expresión, habíamos aprendido a detestar, tal como era la Anatomía. Observamos además la adaptación, única en nuestra Facultad, de toda una cátedra al nuevo plan.

Es doloroso decirlo, pero en nuestro medio, en los oídos de nuestros profesores, el nuevo plan suena casi como algo inventado y destinado a desaparecer, y en consecuencia han obrado, salvo honrosas excepciones desde su aula. Con el Profesor Chifflet esto no ha ocurrido, y es un lauro más que se agrega a su labor docente, ya de por sí brillante. Y ahora, el Dr. Chifflet ha sido designado Profesor de Clínica Quirúrgica. Felicitamos al Dr. Chifflet por este motivo, felicitamos al Consejo de nuestra Facultad por su decisión, y nos felicitamos nosotros mismos por poder disfrutar de sus condiciones docentes, en el cargo máximo del cuadro de enseñanza de nuestra casa de Estudios.

Esta no fue una hueca declaración de cortesía sino una auténtica valoración que fue demostrada con hechos; años después dirigentes de la Asociación que habían discrepado radicalmente con varias actitudes de Chifflet como Decano porque no habían estado de acuerdo con la "posición principista estudiantil", eligieron su Clínica para cursar y rendir examen de Clínica Quirúrgica.

## 6.- CONCEPTOS QUE GUIARON A CHIFFLET EN LA ORGANIZACIÓN DE SU CLÍNICA

En las cuatro primeras décadas del siglo XX tenían vigencia dos modelos de Clínica Quirúrgica.

### *a.- Modelo europeo*

Era de inspiración "monárquica" o "militar", de diseño "vertical", y estaba en declinación. Se basaba en los conceptos de jerarquías, que determinaba la existencia de jefes y subalternos, y de mando y obediencia, que implicaba la existencia de dogmas, normas, disciplina y sanciones.

En su cúspide estaba el patrón, cuya autoridad indiscutida se basaba en su posición que mantenía celosamente en base a una actuación en las salas de internación y de operaciones, que era atrayente o deslumbrante por sus ingredientes histriónicos y temperamentales.

Sus bases científicas surgían del análisis personal de una experiencia clínica y técnica por lo general considerable, pero realizado con una metodología que hoy aparece como de escasa fortaleza.

Mantenían a sus clínicas como espacios cerrados y aislados, en frecuente rivalidad con sus vecinas, y exigían fidelidad a sus miembros que ocupaban lugares casi invisibles, a la sombra y muy por debajo del patrón.

### *b.- Modelo estadounidense*

Era de inspiración democrática, de diseño "horizontal", y por sus resultados, en esa época se estaba imponiendo en los países desarrollados.

Se basaba en la noción de equipos integrados por personas de diferente tipo y nivel de capacitación que comparten cierto número de principios y objetivos de producción y crecimiento entre todos, y se involucran en la tarea de lograrlos en un clima de trabajo ordenado y libertad responsable.

En ellos, la superioridad natural determina la existencia de orientadores o líderes, pero todos los miembros tienen un lugar y un papel importante y visible y la responsabilidad de cumplirlo a satisfacción de todos. Las actividades clínicas y operatorias se realizan con una calma desprovista de toda teatralidad, similar a la que reina en los laboratorios.

La ciencia surge de la experiencia clínica y operatoria y de la investigación aplicada de laboratorio, analizadas con una metodología todo lo exigente que sea necesario para acercarse a la evidencia. Por su pragmatismo, no se detiene en la etapa teórica sino que prosigue hasta la de las aplicaciones útiles para la práctica. Y siempre está abierta a la revisión, al intercambio, a la discusión, y a la proyección de sus avances en el medio, por todo lo que estos equipos tienen un alto poder de convocatoria.

– – –

Varios cirujanos uruguayos, que en esa época ya eran o en posteriores fueron líderes quirúrgicos locales, habían percibido este desarrollo de la Cirugía Estadounidense y habían visitado las clínicas quirúrgicas de aquél país. En la década de 1910 Manuel Albo y luego Julio Nin y Silva habían iniciado ese camino y puesto a Montevideo en el mapa sudamericano de la Cirugía (43). Posteriormente también lo hizo Velarde Pérez Fontana.

En 1935, cuando la Cirugía Estadounidense estaba en pujante avance, Chifflet utilizó la beca anual de la Facultad de Medicina que había ganado cinco años antes, para hacer una larga visita a varias clínicas del nor-este de aquél país. Varias publicaciones que Chifflet realizó en 1936 y en 1941 muestran que analizó larga y profundamente ese modelo, que lo consideró atendible, valioso y positivo y que en definitiva lo marcó en forma indeleble:

1. Su informe sobre la Cirugía Experimental en los Estados Unidos [(4)].
2. Su descripción de la Clínica Mayo [(5)].
3. El artículo aparecido en el diario "El País", seis años después de su visita y diez antes de que fuera nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica [(7)].

En su texto, que se transcribe en el capítulo 19, apéndice 11, señaló cuáles eran los principales conceptos de ese modelo:

a. Organización de equipos de trabajo en los que los cirujanos, que se sabían engranajes de un equipo, aceptaban que su papel sólo era el de jefes de la Unidad Quirúrgica y no los responsables totales de las operaciones, y no creían que por eso perdieran su dignidad.
b. Los demás integrantes médicos y no médicos del equipo no perdían su individualidad, conocían al detalle sus funciones, comprendían la importancia de las mismas y trabajaban eficazmente en ellas, en un clima de armonía y hasta de respetuosa camaradería.
c. Oponía esta organización a la de los padres europeos y franceses de nuestra escuela quirúrgica, artistas de la técnica, que como latinos, manifestaban emotividad en cualquier acto de su vida, pero centraban todo en su persona, hasta el extremo de considerar intolerable la presencia de una instrumentista porque que alguien le entregara instrumentos hería su orgullo y afectaba sus poses de maestros.
d. Especialización de los cirujanos en áreas limitadas de la disciplina y dedicación a ella, señalando los inconvenientes de la especialización extrema y la conveniencia de poseer un conocimiento general panorámico como el de los médicos de familia.

e. Jerarquización de los roles de todos los integrantes de los equipos, en especial los de los anestesistas y las instrumentistas.

En ese artículo señaló además que los cirujanos norteamericanos, por su ascendencia sajona y su afán positivista, pensando sobre todo en dar seguridad a los enfermos, habían desarrollado la preparación de los mismos para todas las eventualidades evolutivas, la elección y administración de un anestésico apropiado por un técnico especializado, y la disposición del número necesario de ayudantes, de aspiración, electrocoagulación, termoregulación, transfusión, etc., de cámaras de oxígeno al terminar la operación y de personal secundario que dominara las distintas funciones que se les encomendaban.

Por ello consideraba que para avanzar, nuestra cirugía debía conjuntar la ciencia estandarizada del Norte y la cirugía con profundo sentido humano del Sur.

Luego de comentar las posibilidades asistenciales y de creación de conocimientos que daban las grandes clínicas norteamericanas privadas, universitarias o de comunidades, señalaba que en nuestro país la absorción de la asistencia médica por el Estado, daba a los cirujanos el mismo material y las mismas comodidades que 30 años antes y había quitado posibilidades de éxito a la iniciativa privada de organizaciones asistenciales más perfectas.

En 1945, al asumir como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, demostró nuevamente cuán incorporado a su pensamiento estaba la noción de equipo. *"Durante diez años he actuado intensamente junto al Prof. Carlos Stajano en su Clínica Quirúrgica y hemos aprendido allí, que la cátedra es el conjunto de los colaboradores, siendo el Profesor el guía, el timonel, el consejero, pero sin llegar a insinuar la pretensión de ahogar una orientación del colaborador que se ha consustanciado en el esfuerzo común. No temo, en mi condición de Profesor, al subordinar en parte mi persona al interés fundamental de la cátedra, de verme asfixiado por la obra de los demás."* (6)

– – –

Diez y seis años después de aquella visita a Estados Unidos, Chifflet llegó a Profesor de Clínica.

Con la experiencia acumulada en el tratamiento de un gran número de heridos durante la Segunda Guerra Mundial terminada seis años antes, la Cirugía estadounidense había conquistado definitivamente el liderazgo mundial de la especialidad y demostró la superioridad de su modelo de organización de las clínicas.

Esto terminó de convencer a Chifflet, que en el medio universitario local fue el primero o el que tuvo más claramente la determinación de

aplicar en forma sistemática en la organización de su clínica los conceptos principales de aquél modelo.

## 7.- LA ACTUACIÓN DE CHIFFLET COMO PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

Chifflet tomó posesión de su cargo a principios de 1951. Luego, como marcaban las disposiciones de la Facultad, cada cinco años se sometió a re-elección y fue confirmado en su cargo por el Consejo en 1956, 1961 y 1966.

En julio de 1968, en plena actividad tuvo un infarto cardíaco que le obligó a una larga convalecencia, y luego de un fugaz reintegro, en febrero de 1969 murió en forma inesperada cuando le faltaban unos meses para cumplir los 65 años, edad en que, por disposiciones reglamentarias de la Facultad de Medicina, debía retirarse del cargo.

La descripción de su actuación de diez y ocho años en esta función sería facilitada y estaría enriquecida con un mayor número de datos si se hubiera podido contar con los informes de actuación que, como todos los Profesores de la Facultad de Medicina, periódicamente debía elevar al Consejo. Lamentablemente no se han podido encontrar en ésta, ni en otras fuentes institucionales, familiares o individuales.

Pero la lectura de algunos trabajos, las actas del Consejo de la Facultad de Medicina, y el recuerdo de muchos de sus colaboradores, permitieron hacer una reconstrucción de sus características generales y rescatar sus hechos más salientes.

En esa actuación se reconocen claramente dos períodos, que no se diferencian solamente por el hospital en que su Clínica actuó, sino por su grado de organización en equipo, su cohesión interna, su capacidad asistencial y docente, los resultados de su actividad y, como consecuencia de todo ello, su prestigio.

# 8.- 1951-1956. LA CLÍNICA QUIRÚRGICA DE ABEL CHIFFLET EN EL HOSPITAL PASTEUR. FORMACIÓN Y PRIMEROS PASOS DE UN VERDADERO EQUIPO. CREACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN PRESTIGIO

## A.- LOS JEFES DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL PASTEUR

Cuando Chifflet asumió como Profesor, hacía 29 años que el viejo edificio del Asilo de Mendigos del barrio de La Unión se había transformado en Hospital Pasteur.

Desde ese año habían actuado en la dirección de servicios de Cirugía varios connotados cirujanos:

- Manuel B. Nieto, cirujano de urgencia entre 1922 y 1930 [26].
- Ernesto Quintela entre 1923 y 1931 [39].
- Horacio García Lagos, Profesor de Clínica Quirúrgica entre 1924 y 1930, año en que rotó al Hospital Maciel a ocupar la clínica que quedó libre al fallecer Gerardo Arrizabalaga [33].
- Lorenzo Mérola (padre) que fue Profesor de Clínica Quirúrgica en las salas 21 y 24 entre 1925 y su muerte en 1935 [13].
- Manuel Albo entre 1934 (año en que fue nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica y renunció al de Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil y Ortopedia) y su muerte también en 1935 [32].
- Domingo Prat, que en 1929 luego de haber sido Profesor de Medicina Operatoria (1921), de Patología quirúrgica (1924), y de Terapéutica Quirúrgica (1926), fue nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica y estuvo en el Pasteur hasta 1935, año en que rotó del Hospital Pasteur al Maciel a dirigir la Clínica que hasta entonces por varias décadas había estado a cargo de su maestro Alfonso Lamas [26] [35].
- Carlos Stajano Profesor de Clínica Quirúrgica desde 1936, había tenido a Chifflet como Profesor Agregado, y en 1945 cuando cesó Alfredo Navarro como Profesor de Clínica Quirúrgica rotó a la clínica de éste en el Hospital Maciel.

Cuando en 1951 Chifflet asumió como Profesor de Clínica Quirúrgica, en el Hospital Pasteur estaban en funciones:

- Julio Nin y Silva, que desde 1930 tenía un servicio de Salud Pública en las salas 18 y 25 y que en 1935 fue nombrado Profesor libre de Clínica Quirúrgica.
- Eduardo Blanco Acevedo, también desde 1930, y hasta 1952. Tenía un servicio de Cirugía de Salud Pública y era Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina.

- y, finalmente, Pedro Larghero que desde 1944 era Profesor de Clínica Quirúrgica en las salas 21 (hombres) y 24 (mujeres).

Además desde 1934 Velarde Pérez Fontana, dirigía el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis.

Chifflet conocía bien este Hospital, porque había tenido en él una actuación prolongada.

## B.- LOCALES

La Clínica de Chifflet tenía dos salas de internación: la número 22 para mujeres y la 23 para hombres.

Anexo a la primera estaba la entrada al block operatorio propio, que contaba con dos salas de operaciones.

Además tenía un anfiteatro para las clases y reuniones, una secretaría y un laboratorio.

## C.- EL PERSONAL QUE ENCONTRÓ CHIFFLET CUANDO ASUMIÓ EL CARGO

Como bien señaló su discípulo y colaborador Luis A. Praderi, que recorrió con Chifflet todas las etapas de su carrera quirúrgica desde estudiante de Medicina a Profesor Agregado de Cirugía [(34)], cuando éste asumió la dirección de la Clínica encontró que su personal tenía dos inconvenientes:

1. era reducido para cumplir con todas las funciones que debía realizar.
2. y, como sus integrantes provenían de varias clínicas, sus conceptos sobre las enfermedades quirúrgicas, las indicaciones, oportunidad y tipo de técnicas operatorias, y sobre el modelo de profesor, diferían notoriamente.

Para solucionarlos Chifflet recurrió a dos estrategias**.**

### *a.- Convocó a múltiples colaboradores honorarios e invitados*

Ya en la primera mitad de 1951 Chifflet solicitó y obtuvo del Consejo el nombramiento de varios colaboradores honorarios, alguno de los que luego integraron el personal rentado de la Clínica:

- Médicos colaboradores: Mario Bossano Bozzo, Laureano Correa Bas, Ruben Garat, Juan Carlos Gordon y Jorge Labrot. Al año siguiente se agregó José Nande Aramburu.
- Médicos Auxiliares: Pedro Alonso Suárez, Carlos Ferrari, Luis A. Praderi, y el sobrino de Chifflet Juan A. Ubillos. Al año siguiente se agregó Hernán Parodi Samonati.

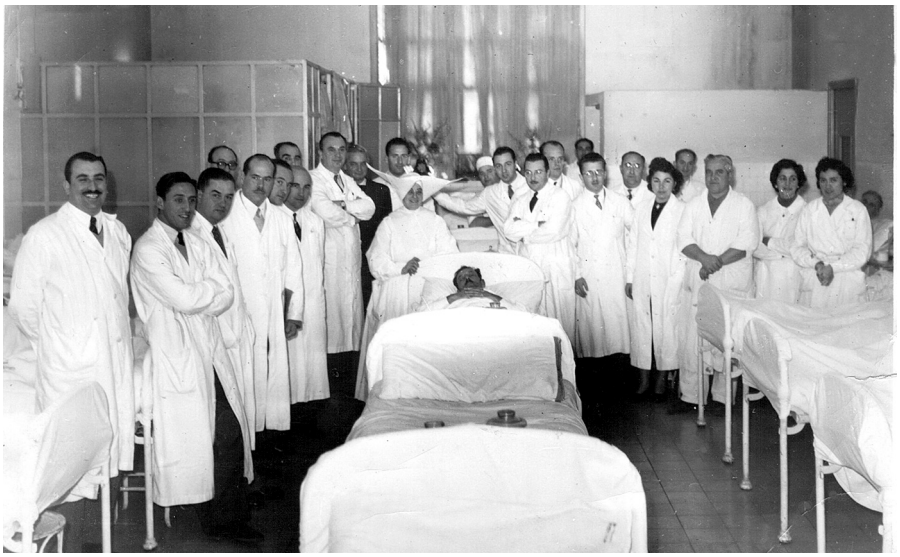
- Médicos Colaboradores Especializados:
  - Juan Soto Blanco. Había sido Profesor de Patología Quirúrgica y sustituyó a Chifflet en la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
  - Cinco especialistas que trabajaban en el Sanatorio Americano:
    - Frank Hughes, Profesor Agregado de Urología y más tarde Profesor.
    - Rogelio Belloso, que había sido practicante interno en el Servicio de Ginecología Blanco Acevedo en el Hospital Pereira Rossell, Jefe de Clínica Adjunto y Asistente (equivalente a Jefe de Sala) en la Clínica Ginecológica y luego sería Jefe de Servicio de Ginecología en los Hospitales Pereira Rossell y Pasteur.
    - Juan Llopart, urólogo muy experiente.
    - Miguel Ángel Galli, que también era urólogo.
    - Ricardo Magri que era hemoterapeuta.
  - Diego Lamas (Profesor Agregado de Cirugía).
  - Federico García Capurro (profesor Agregado de Radiología).
  - Manuel Arias Bellini (radiólogo).
  - Julio C. Barani (endoscopista).
  - Raúl A. Suárez (anestesista).
  - Dardo Vega (anestesista y endoscopista).
  - José I. Villar.
- Colaboradores no Médicos: Br. Alberto Aguiar (especializado en Anatomía Patológica).
- Aceptó la concurrencia de otros médicos como Max Walterkirchen, un cirujano de origen y formación europea al que se hace referencia más adelante.



Abel Chifflet Profesor de Clínica Quirúrgica. Caricatura de Juan Rudolf. El Estudiante Libre. 1953; 200: 47.



1951. Personal de la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet, posando en la escalera de un patio interior del Hospital Pasteur.



1951. Personal de la sala 23 (de hombres) de la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet en el Hospital Pasteur.



1951. Personal de la sala 22 (de mujeres) de la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet en el Hospital Pasteur.

Además Chifflet invitaba a dar clases, a participar en ateneos, o a colaborar en la resolución de casos que por su complejidad lo requirieran, a especialistas que entonces o después descollaron:

- Lorenzo Mérola Sóñora (cirujano, hijo del Profesor homónimo, que luego también fue Profesor de Clínica Quirúrgica)
- Gilberto Martínez Prado (Medicina interna y Laboratorio y luego Profesor Agregado de Gastroenterología).
- Ricardo Caritat (cirujano que luego se especializó en Ortopedia infantil).
- Germán Mernies (cirujano amigo de Chifflet, que luego se estableció en San José).

Esta larga lista de colaboradores honorarios e invitados sugiere o prueba muchas cosas:

- la amplitud de espíritu de Chifflet.
- su poder de convocatoria.
- la riqueza y solidez de la red de relaciones profesionales que había sabido crear.
- que su clínica era verdaderamente una organización abierta.
- que su aparición en el escenario de la Facultad fue vista como algo diferente y produjo muchas expectativas.
- y, sobre todo, que a la hora de resolver difíciles problemas asistenciales la tarea se hacía con la opinión de los más capacitados, pertenecieran o no al personal de la Clínica.

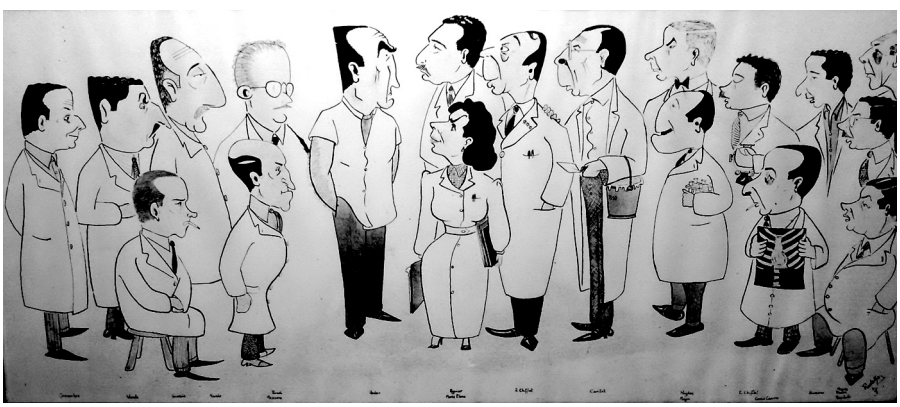
***b.- Inició un proceso de homogeneización***

Con él buscó y logró orientar y amoldar las inquietudes e impulsos de sus colaboradores a su concepto de Clínica, e involucrarlos en la tarea de alcanzar metas comunes.

Sus herramientas fueron:

- su presencia frecuente y su disponibilidad permanente, aún los domingos y feriados, que lo transformó en el eje de rotación de toda la actividad de la Clínica.
- la visita diaria a las salas. Ésta no siempre se realizaba en grupo; en esta etapa muchas veces Chifflet consideraba más conveniente realizarla sólo con el colaborador, aún cuando éste fuera practicante, porque le permitía captar en profundidad las características personales y técnicas de cada uno de ellos, enseñar, aconsejar, y corregir con sabiduría y respeto, y desarrollar con él una relación interpersonal de la necesaria cercanía, no desde la lejanía de un gran profesor.
- la actitud firme pero franca y desprovista de afectación, el tono de voz calmo, la expresión serena del rostro, y el lenguaje sencillo, que frecuentemente recurría a analogías que permitían captar y fijar en forma más fácil las ideas.

Este proceso le insumió un tiempo prolongado durante el que no expresó las preocupaciones que muchas veces le causó.



Personal de la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet en el Hospital Pasteur. (Caricatura de Juan Rudolf).

Pero poco a poco:

- fue afirmando sus ideas y sus técnicas por lo razonable de las mismas, sin necesidad de imponerlas, y toda la Clínica se organizó en torno a él, porque lo reconocieron como su jefe natural.

- la heterogeneidad inicial se transformó en armonía, y los conflictos naturalmente esperables entre tantos colaboradores tan diferentes entre sí no fueron tan numerosos ni adquirieron mayor entidad.
- y, en muchos casos la consideración personal se transformó en amistad hasta el grado que el característico nivel de reserva de Chifflet permitió.

## D.- INCORPORACIÓN DE PERSONAL RENTADO

Paralelamente a la puesta en marcha de las dos estrategias mencionadas, Chifflet realizó una tarea sostenida de incorporación de personal rentado que progresivamente fue aumentando el número de sus colaboradores estables.



Ca. 1951. Algunos colaboradores de Chifflet en un grupo de médicos que ingresaron a la Facultad en la década de 1940. Sentados (de izq. a der.): Ney Ferreira Ramos, Aquiles Delfino, Esteban Agustoni, **Hernán Parodi, Luis A. Praderi y Walter García Russich**; de pie: Luis E. Folle, Eduardo Yannicelli, Julio Arzuaga, Mario Figueredo y Juan A. Folle. Tomado de Turnes A. http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/agustoni.pdf

En este capítulo se incluyen dos extensas tablas en las que se trató de incluir, sin estar seguro de haberlo logrado, a todos quienes trabajaron en la Clínica Quirúrgica de Chifflet en los Hospitales Pasteur y de Clínicas.

Contienen sus nombres, los grados que ocuparon en la estructura docente de ella y en la Facultad de Medicina, una fotografía en general de baja calidad técnica pero elegida porque corresponde a su actuación en aquella época, junto a Chifflet, y un breve resumen de los datos más importantes de su carrera académica y profesional.

Su conocimiento es importante para comprender la Escuela Quirúrgica de Abel Chifflet, aspecto que se desarrolla en el capítulo 17.

## LOS PRIMEROS CIRUJANOS RENTADOS DE LA CLÍNICA DE CHIFFLET

**DOS ACLARACIONES PREVIAS.**

En los años en que Chifflet estuvo al frente de su Clínica, hubo cambios en el número de los cargos del escalafón docente rentado de las Clínicas de la Facultad de Medicina, y en sus denominaciones.

Inicialmente el escalafón sólo tenía tres cargos: el de Jefe de Clínica, el de Asistente y el de Profesor. El cargo de Profesor Agregado no lo integraba; como se describe en el capítulo 7, era un cargo honorario con funciones en una Clínica y alternativamente en una de las tres cátedras de materias básicas relacionadas con la Cirugía.

Luego apareció la posición de Docente Adscripto, de existencia efímera, creada durante el decanato de Julio García Otero, a la que se accedía en forma voluntaria mediante un exigente programa de cursos, pruebas y presentación de trabajos, que podía iniciarse luego de dos años de desempeño del cargo de Jefe de Clínica titular. Los Docentes Adscriptos actuaban en alguna Clínica o Cátedra y estaban habilitados a aspirar al cargo de Profesor Agregado, pero no accedían obligatoriamente a él.

La Ordenanza General aprobada por el Consejo Central Universitario el 3 de junio de 1953 [21] reorganizó el escalafón, que pasó a contar con cuatro cargos, que en orden ascendente de jerarquía eran:

1. Adjuntos de Clínica (ex Jefes de Clínica).
2. Profesores Adjuntos.
3. Profesores Agregados.
4. Profesor.

Pero además definía otros dos cargos:

1. Jefes de Sala o de Policlínica. El artículo 2º del Reglamento de Profesores Agregados, establecía que: "Los cargos de Jefe de Sala y los de Jefe de Policlínica a crearse en las Clínicas Generales … serán desempeñados por Profesores Agregados, quienes podrán ser reelectos de acuerdo al reglamento respectivo".
2. Asistentes. Eran médicos de actuación calificada encargados de colaborar en la docencia la investigación y la asistencia de acuerdo a las directivas del Profesor. Se designaban por un concurso de méritos en el que tenían preferencia los que integraban la clínica.

– – –

Como la repetición de estas denominaciones en épocas diferentes para cargos de distinta jerarquía es fuente de confusión y no se ha podido establecer en todos los casos en forma segura las de los cargos que ocuparon los primeros colaboradores de Chifflet, en esta tabla y en la que sigue se ha preferido utilizar la denominación por grados (II, III y IV), tomando la libertad de incluir en este último a los Jefes de Sala o de Policlínica, lo que puede no ser estrictamente correcto.

| | Formación inicial en Cirugía con | Cargos desempeñados en la Clínica de Chifflet | | | | | Otros cargos en la Facultad de Medicina | Cargo más alto en la Facultad de Medicina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Practicante interno | Colaborador honorario | Grado II | Grado III | Grado IV | | |
| **Héctor ARDAO.** | Alfredo Navarro (Grado II) | | | | | * | Profesor de Patología Quirúrgica y de Semiología Quirúrgica | Clínica Quirúrgica (Grado V) |

Era tres años menor que Chifflet y los unía una fuerte amistad. Ardao tenía una sólida formación en Anatomía Patológica. En una beca en Inglaterra usufructuada en la primera mitad de la década de 1940, agregó una también sólida capacitación en Cirugía Reparadora y en Cirugía de Guerra.



En 1945, cuando Chifflet fue encargado interinamente de la dirección de la Clínica que dejó libre Stajano, invitó a Ardao a que colaborara con él como sub-director [42].

En 1951 Ardao era Jefe de Sala (Cirugía) de la Clínica Semiológica y solicitó rotar a la Clínica de Chifflet. Acompañó largo tiempo a Chifflet como Profesor Agregado.

Posteriormente, al año siguiente de la rotación al Hospital de Clínicas fue encargado de la enseñanza de la Semiología Quirúrgica en el Hospital, pero seguía concurriendo a la Clínica un día fijo por semana. Y en 1963 fue designado Profesor de la Clínica Quirúrgica "F" en el piso 7.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mario BOSSANO BOZZO.** | Clivio Nario (Grado II) | | | | * | * | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Chifflet lo conoció en el Servicio Médico de la Caja de Jubilaciones donde ambos trabajaban.<br>En 1951, apenas nombrado Profesor de Clínica Quirúrgica, Chifflet lo incluyó en el primer grupo de médicos colaboradores honorarios.<br>Fue el primer Grado III de la Clínica de Chifflet y el primer integrante de ésta que trabajó con él en práctica privada.<br>Fue Jefe de Sala de la Clínica de Chifflet.<br>Se especializó en Cirugía Tiroidea, Mamaria y Colo-rectal y ejerció la Cirugía en el Círculo Católico y otras mutualistas de Montevideo y zonas próximas del Departamento de Canelones.<br>Permaneció junto a Chifflet hasta comienzos de la segunda mitad de la década de 1960. | | | | | | |  |
| **Julio Raúl MEZZERA.** | Eduardo Blanco Acevedo (Grado II).<br><br>V. Armand Ugón (Cir. de tórax) | | | | * | * | * | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Conoció a Chifflet cuando fue Practicante Interno en la Clínica de Stajano del Hospital Pasteur, donde en 1943 se recibió de médico.<br>Hacia 1946 Mezzera eligió a Chifflet para la organización del Sanatorio Americano y de su Cirugía.<br>En 1951 Mezzera era Grado II en la Clínica de Blanco Acevedo y rotó al cargo que quedó libre en la Clínica de Chifflet por renuncia de Martín Miqueo.<br>En 1956 fue Profesor Agregado de Cirugía y se desempeñó como Jefe de Policlínica de la Clínica de Chifflet.<br>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 sir 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.<br>Pese a su estrecha vinculación con Chifflet y su cumplimiento estricto de las obligaciones de los cargos que ocupaba, por sus obligaciones en el Hospital Saint Bois la concurrencia de Mezzera a la Clínica de Chifflet luego que terminó su cargo, fue más esporádica. | | | | | | |  |
| **Eduardo ANAVITARTE.** | Alfredo Navarro (Grado II) | | | | | * | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Se formó en Cirugía con Alfredo Navarro, del que aprendió su sorprendente y proverbial rapidez para operar.<br>En enero de 1953 había hecho la Adscripción, era docente libre de Cirugía y solicitó al Consejo de la Facultad que se llamara a concurso de Profesor Agregado como correspondía por reglamento.<br>Fue Jefe de Sala de la Clínica de Chifflet. Gozaba de gran vitalidad, una salud envidiable y una aguda inteligencia. Era rápido en apreciar las situaciones y conciso y contundente en sus comentarios. En la década de 1960 introdujo en la clínica de Chifflet la técnica de tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago en tres etapas diseñada por el cirujano japonés Komei Nakayama. | | | | | | |  |
| **Carlos ORMAECHEA.** | Nin y Silva (Practicante); Pedro Larghero (colaborador) | | | | * | * | * | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Fue uno de los dos integrantes de la primera generación de Grados II de Chifflet y colaboró con él en su consultorio privado. Observador agudo, y poseedor de una fina ironía, hacía comentarios breves pero contundentes que eran resaltados por su tartamudez. Era un cirujano general, pero se especializó en Cirugía Vascular Periférica y de la Hipertensión Portal, en nuestro medio fue pionero en varios aspectos de ambas, y con su ejercicio la enseñó a otros integrantes más jóvenes de la Clínica de Chifflet. Desempeñó una importante actividad quirúrgica en instituciones de asistencia médica colectiva, especialmente en Casa de Galicia. Fue Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. Mantuvo su vinculación con Chifflet y su Clínica hasta la muerte de éste, y luego la continuó en la de Alberto Aguiar y la del autor de este libro. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ruben VARELA SOTO.** | Pedro Larghero (colaborador) | | | * | * | | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Fue el otro integrante de la primera generación de Grados II de Chifflet y también colaboró en su consultorio privado. Mantuvo su vinculación con Chifflet y su Clínica hasta la muerte de éste.<br>Fue un cirujano muy competente, con gran actividad operatoria especialmente en Casa de Galicia.<br>Tenía un carácter reservado, se expresaba en forma breve, cortante, pero amable, y tenía un excelente trato con los pacientes. El autor de este libro lo sucedió en su cargo en Casa de Galicia, en el que comprobó que muchos años después de la muerte de Varela los que habían sido sus pacientes lo recordaban con profundo afecto.<br>Se especializó en Cirugía de la mano. Fue Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas donde escribió un folleto sobre "La mano en la Emergencia", que fue objeto de una jocosa réplica por parte de su compañero de guardia Gonzalo Fernández.<br>Luego de la muerte de Chifflet fue Profesor Agregado en otras Clínicas Quirúrgicas de la Facultad, la última de las que fue la de Uruguay Larre Borges en el Hospital Maciel. | | | | | | |  |
| **Alberto AGUIAR.** | | * | * | * | * | * | | Clínica Quirúrgica (Grado V) |
| | Era primo de Héctor Ardao y, como él se especializó en Anatomía Patológica.<br>En 1951, siendo aún practicante interno, Chifflet lo nombró Colaborador no médico especializado en Anatomía Patológica.<br>Hacia 1960 llegó a Jefe de Trabajos Prácticos del Departamento respectivo en el Hospital de Clínicas.<br>Ocupó todos los cargos del escalafón en la Clínica de Chifflet y fue uno de los dos primeros Profesores Agregados "nativos" de ella. Luego de la muerte de éste pasó a la Clínica de Héctor Ardao, posteriormente fue Profesor Agregado en la Clínica de Roberto Rubio y finalmente fue Profesor titular de Clínica Quirúrgica en el piso 9 del Hospital de Clínicas, en la que volvió a reunir a muchos de los primeros colaboradores y discípulos de Chifflet. Se dedicó a la Cirugía Coloproctológica. | | | | | | |  |
| **Walter GARCIA RUSSICH.** | | | | * | * | | | Clínica Quirúrgica (Grado III) |
| | Cuando estudiante de Medicina fue compañero de generación de Luis Praderi y Hernán Parodi.<br>Fue uno de los integrantes de la segunda generación de Grados II de Chifflet. Concursó para este cargo en 1952.Permaneció en la Clínica de Chifflet hasta que terminó su cargo de Grado III y luego se dedicó a la práctica de la Cirugía en el Círculo Católico y en el Sanatorio Italiano. | | | | | | |  |
| **Hernán PARODI SAMONATI.** | Clivio Nario (colaborador) | | | * | * | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) | Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria (Encargado) Medicina Laboral (Grado V) |
| | En 1951 era Ayudante de Clase en la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria donde Chifflet lo conoció. Se recibió en la primera mitad de 1952 y Chifflet lo nombró Médico Auxiliar. Integró la segunda generación de Grados II de Chifflet que concursó en 1952. Se dedicó a la Cirugía Hepática y después de finalizado el grado III continuó concurriendo a la Clínica de Chifflet.<br>Luego de la muerte de éste, Parodi fue Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica y dirigió la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria hasta que a principios de la década de 1970, ésta se fusionó con la Cátedra de Cirugía formando el actual Departamento Básico de Cirugía.<br>Paralelamente desarrolló importante actividad en Medicina Laboral, especialidad de la que fue el primer Profesor en la Facultad de Medicina. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Luis Alberto PRADERI. | | * | * | * | * | * | | Clínica Quirúrgica (Grado V) |

Era compañero de generación de García Russich y de Parodi. Fue estudiante, practicante interno y médico colaborador honorario de Chifflet. En 1952 se retiró Blanco Acevedo y Praderi, que era Médico Adjunto de su Clínica rotó a la Clínica de Chifflet. Integró la segunda generación de Grados II de Chifflet que concursó en 1952. Como Aguiar, L. Praderi hizo toda su carrera académica quirúrgica hasta Profesor Agregado en la Clínica de Chifflet. Fue el segundo Profesor Agregado "nativo". El nombramiento de ambos produjo singular alegría en la Clínica porque eran los primeros íntegramente formados en ella que llegaban a esta elevada posición académica. Permaneció con Chifflet hasta la muerte de éste, luego de la que fue encargado temporariamente de la dirección de la clínica. Se especializó en Cirugía esófago-gástrica y torácica no cardíaca y trabajó especialmente en el problema del reflujo gastroesofágico y sus relaciones con el broncoespasmo. Posteriormente fue Profesor titular de la Clínica Quirúrgica "F" en el piso 7 del Hospital de Clínicas, y allí apoyó a un grupo de jóvenes colaboradores que constituyeron uno de los dos primeros equipos de cirugía biliar laparoscópica que hubo en el país y estuvo entre los primeros en introducir el uso de suturas mecánicas en cirugía digestiva.



– – –

Como ya se ha señalado, en su visita a los Estados Unidos Chifflet percibió la alta significación del anestesista en el equipo quirúrgico.

En los años iniciales, en su Clínica del Hospital Pasteur actuaron los siguientes médicos dedicados a esta disciplina:

- Juan Carlos Gordon.
- Su sobrino el Br. Carlos Chifflet, entonces estudiante que por consejo de su tío continuó sus estudios, se recibió de médico se especializó en Anestesia y se dedicó a ella en exclusividad.
- Laureano Correa Bas que luego trabajó en el Hospital Español.
- Conrado Nin Avelleira, que luego se dedicó a la Oftalmología pediátrica.
- Yszo Grunwald.

### UNA ACTITUD ÉTICA DE CHIFFLET RESPECTO A LA ANESTESIA RAQUÍDEA

"Recordamos con toda claridad cuando el Prof. Dr. Abel Chifflet tomó posesión de su Cátedra de Cirugía General, en el Hospital Pasteur en el año 1952; al realizar el inventario de todo el instrumental de su block quirúrgico, al llegar a una caja metálica conteniendo agujas para raquianestesia, ordenó a la enfermera encargada del área retirarla de su uso, para reincorporarla cuando fueran los anestesistas que practicaran dicha técnica anestesiológica.

Esta orden impactó a todos los que estaban presentes en dicho acto.

Debo señalar que yo estaba concurriendo al semestre de Clínica Quirúrgica del programa de vigencia, y que de anestesia lo único que sabía era lo aprendido de los practicantes internos de guardia del Hospital, que en mi condición de practicante de guardia supernumerario ("leucocito") me tocó la función de "anestesista" colocándome en las manos un aparato de Ombredanne, al lado de una bolsa de carbógeno, obedeciendo las órdenes del practicante interno ayudante del cirujano: "ponelo en 1, pasalo a 2" y así progresivamente hasta que la paciente entraba en coma.

Esa orden del Prof. Chifflet creo que signó mi futuro ejercicio profesional, como también mi primera incursión en el arte de la anestesiología." (25)

En 1951, la Clínica de Chifflet contaba con un jefe del laboratorio: Hugo C. Liguori.

– – –

En cuanto al personal rentado no médico, en 1951 Chifflet obtuvo del Consejo el nombramiento de una Ayudante de Clínica: María Elena Fernández.

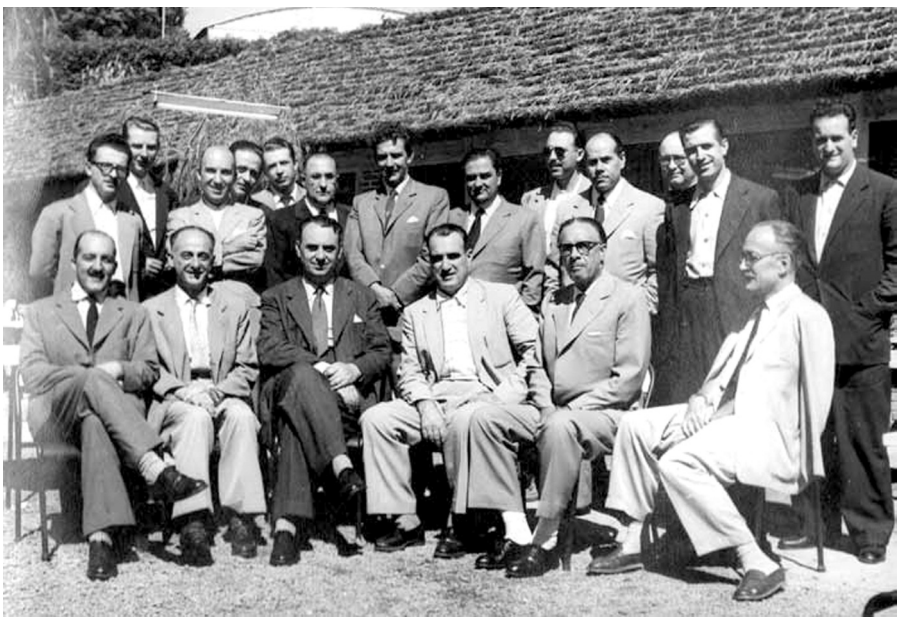
## E.- FUNCIONAMIENTO GENERAL DE LA CLÍNICA

### *a.- Relaciones entre el personal*

Desde el inicio de las actividades de esta Clínica, se puso de manifiesto el excelente clima de relaciones humanas entre sus integrantes que luego la caracterizó.

Como se señala en otros pasajes de este libro, esto fue el resultado del ejemplo cotidiano de Chifflet y de su tarea continua de limar eventuales asperezas.

Los logros de los integrantes eran sinceramente celebrados por todos como lo testimonia, por ejemplo, la fotografía adjunta.



12 de febrero de 1955. Homenaje a Héctor Ardao por haber sido designado Profesor de Patología Quirúrgica.

### *b.- Reclutamiento de pacientes*

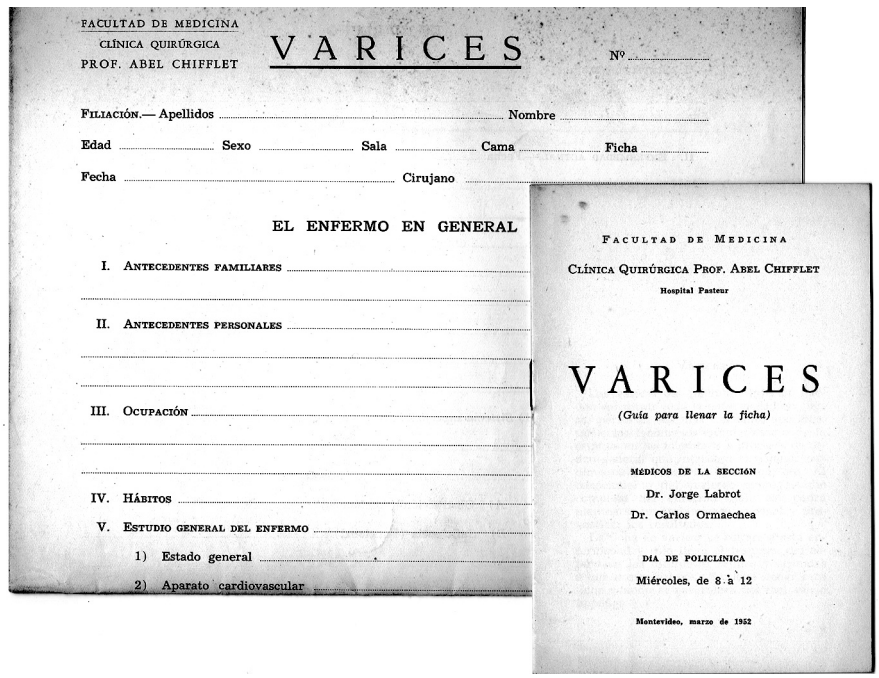
La Clínica Quirúrgica de Chifflet en el Hospital Pasteur tenía un importante reclutamiento de pacientes porque tenía una activa Policlínica externa.

Chifflet daba gran importancia a ésta. En su folleto sobre el Hospital de Clínicas señala que *"ya se ha logrado un gran paso para que (las policlínicas) lleguen a funcionar bien, porque cuando hace 10 años (es decir cuando era Profesor Agregado de Stajano) hicimos un proyecto de organización de Policlínicas para el Hospital Pasteur, nuestro trabajo quedó archivado por falta de espacio para hacer esa asistencia al enfermo no internado."* (capítulo 19; apéndice 10 B).

Se conservan fichas de volcado de datos y guías con instrucciones para llenarlas, para dos problemas que eran motivo de consulta frecuente y objeto del interés del equipo: várices y enfermedades de la mano.

Ambas fichas y guías datan de 1952 y llevan el nombre de los "médicos de la sección", respectivamente Jorge Labrot y Carlos Ormaechea para las primeras, y Rubén Varela Soto y Pedro Alonso para la segunda.

Ellas prueban que la policlínica estuvo bien organizada desde comienzos del funcionamiento de la Clínica de Chifflet, que la consulta por ciertas enfermedades se concentraba en determinados días de la semana, y que ya entonces se esbozaba la dedicación de los integrantes a desarrollar un tema con mayor profundidad.



FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA QUIRÚRGICA
PROF. ABEL CHIFFLET

VARICES

Nº .....

Filiación.— Apellidos ..... Nombre .....

Edad ..... Sexo ..... Sala ..... Cama ..... Ficha .....

Fecha ..... Cirujano .....

EL ENFERMO EN GENERAL

I. Antecedentes familiares .....

II. Antecedentes personales .....

III. Ocupación .....

IV. Hábitos .....

V. Estudio general del enfermo .....

1) Estado general .....

2) Aparato cardiovascular .....

Facultad de Medicina
Clínica Quirúrgica Prof. Abel Chifflet
Hospital Pasteur

VARICES

*(Guía para llenar la ficha)*

Médicos de la sección
Dr. Jorge Labrot
Dr. Carlos Ormaechea

Dia de policlínica
Miércoles, de 8 à 12

Montevideo, marzo de 1952

1952. Clínica de Chifflet en el Hospital Pasteur. Sección Várices. Ficha de volcado de datos y guía para su llenado.

Además varios integrantes de la Clínica eran cirujanos de guardia del Hospital, lo que acrecentaba el número de ingresos y a la vez les daba oportunidades adicionales para crecer en experiencia y en formación quirúrgica integral.

### *c.- Actividad operatoria*

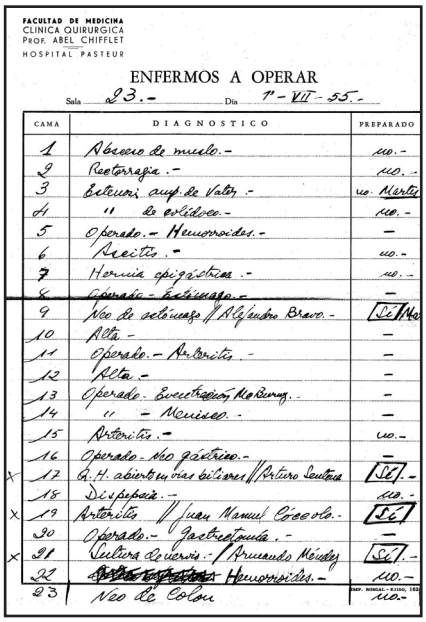
Chifflet daba un lugar especial a las actividades en sala de operaciones.

La realización técnica no era para él una coreografía vistosa, espectacular y siempre igual a si misma, sino una forma de cumplir de la mejor manera posible con una finalidad terapéutica, por lo que tenía las naturales variaciones que no afectaran lo esencial.

No le preocupaba la variante técnica en sí, si era una alternativa razonable y había sido correctamente realizada, sino obtener los mejores resultados finales para el paciente.

Aceptaba otras técnicas que sus colaboradores más próximos defendían con buenas razones para ello. Ejemplo de ello fue que Chifflet, que en la gastrectomía distal hacía una gastro-yeyunostomía oral total, permitía que su Profesor Agregado Héctor Ardao realizara y enseñara la gastro-yeyunostomía oral parcial que había aprendido con Oscar J. Cames en Rosario de Santa Fe y que éste consideraba ventajosa.

Pero no todo estaba permitido. Existía la máxima libertad responsable y vigilada para optar entre variantes fundamentadas que se mantuvieran dentro de los parámetros acordados.



FACULTAD DE MEDICINA
CLINICA QUIRURGICA
Prof. ABEL CHIFFLET
HOSPITAL PASTEUR

ENFERMOS A OPERAR

Sala 23.- Dia 7 - VII - 55.-

| CAMA | DIAGNOSTICO | PREPARADO |
|---|---|---|
| 1 | Hérnia de muslo.- | no.- |
| 2 | Rectorragia.- | no.- |
| 3 | Estenosis esof. de Valtz.- | no. Mortz |
| 4 | " de esófago.- | no.- |
| 5 | Operado.- Hemorroides.- | — |
| 6 | Reciste.- | no.- |
| 7 | Hernia epigástrica.- | no.- |
| 8 | Operado - Colecistogr.- | — |
| 9 | Neo de estómago // Alejandro Bravo.- | Dc/No |
| 10 | Alta.- | — |
| 11 | Operado.- Artenitis.- | — |
| 12 | Alta.- | — |
| 13 | Operado - Exeresis Mc Burney.- | — |
| 14 | " - Meniseo.- | — |
| 15 | Artenitis.- | no.- |
| 16 | Operado - Neo gástrico.- | — |
| X 17 | C.H. abierta en vías biliares // Arturo Sentura | Sc/ |
| 18 | Dispepsia.- | no.- |
| X 19 | Arteritis // Juan Manuel Cócolo.- | Sc/ |
| 20 | Operado.- Gastrectomía.- | — |
| X 21 | Sentura de uretra.- // Armando Méndez | Sc/ |
| 22 | ~~Artenitis~~ Hemorroides.- | no.- |
| 23 | Neo de Colon | no.- |

1955. Una lista de pacientes a operar.

### *d.- Docencia a los Estudiantes de Medicina*

*"Una larga lista de aquellos compañeros,* (Chifflet se refiera a sus compañeros de la Asociación de Estudiantes de Medicina) *que muchos son los hombres de hoy, y a los que intensos años nos unieron después en las luchas gremiales, siguen formando mi cuadro de honor. Tal vez sea yo el primero que llego a la cátedra, pero, ese mérito supone un compromiso. Debo cumplir aquí las directivas que trazábamos en nuestras luchas, cuando pedíamos a los profesores, dedicación por el alumno, y a*

*los dirigentes de la Facultad, respeto por nuestras cosas. Desde allá arranca la fuerza que no me deja, siendo hoy profesor, encerrarme en mis problemas profesionales."*

Más adelante agrega que *"… algunos no sienten que, para un profesor, hay alumnos que requieren consejos. Y estancamos a quienes debemos dar impulso."* (6)

Estas dos frases de Chifflet explican las razones de su fuerte compromiso con la docencia a los estudiantes.

Pero no sólo se dedicó a ellos, sino que introdujo algunas prácticas innovadoras.

Desde 1952, y tal vez también en forma no tan clara en sus actividades docentes anteriores, Chifflet fue un precursor en varias décadas de una pedagogía sobre la que en la Facultad insistieron planes de estudios posteriores. Entre ellos los talleres y seminarios de pequeños grupos de estudiantes, que sustituyeron en gran medida a las clases de anfiteatro unidireccionales ante auditorios pasivos.

En estas actividades se fijaban los estudiantes objetivos de conocimiento o habilidades a adquirir, se les orientaba e indicaba las fuentes y los medios y se les apoyaba. Pero eran ellos quienes luego de la preparación necesaria aportaban a sus compañeros los conocimientos de la parte del tema que se les había encomendado y, en un clima de diálogo en que el docente sólo actuaba como moderador y orientador de la discusión, se ayudaban activamente y por su propio esfuerzo en el desarrollo y la maduración de sus cualidades (34).

### *e.- Actividades colectivas o grupales*

Chifflet nunca sació su curiosidad, su sed de saber más en profundidad de cada tema y más acerca de más temas; siempre se sintió un deudor moroso con respecto a ellos. Inculcó el concepto de que siempre se debía compartir lo que se sabía, plantearse dudas e incógnitas, comentarlas con los colegas, evaluar los conocimientos y las técnicas, e identificar los temas y asuntos en que éstos eran escasos o insuficientes, manteniendo siempre un espíritu crítico y abierto a la renovación por otros mejores, sin aferrarse rígidamente a moldes clásicos.

En consecuencia y en correspondencia con su profunda racionalidad, daba gran importancia a las actividades que se desarrollaban colectivamente entre todos los integrantes de la Clínica.

Por esa razón jerarquizaba las visitas a Salas, en las que gota a gota enseñaba *"… cómo debe establecerse la relación médico-paciente y médico-familiares"*; *" … a valorar el tipo de vida, la labor del paciente, las enfermedades profesionales y su importancia en la oportunidad y decisión terapéutica."* (34)

Y las actividades de anfiteatro: ateneos de diversos tipos, conferencias de invitados que ejercían otras especialidades y que entonces o después descollaron en ellas.

Estas actividades colectivas permitían dar a las decisiones el carácter de compartidas y definir criterios de consenso, elaborar guías o recomendaciones que dieran unidad de acción fundamentada y aceptada, en lugar de dogmas, normas o decretos, y así crecer individualmente y como grupo.



Abel Chifflet y su personal en sus primeros años de Profesor de Clínica Quirúrgica en un anfiteatro. A su izquierda la ayudante de clase María Elena Fernández. Atrás y a su derecha en la primera fila Ricardo Saldaña, en la segunda Carlos Ormaechea y en del fondo Hernán Parodi Samonati.

Ante situaciones en las que se podían plantear soluciones diferentes sin que hubiera argumentos que incidieran definidamente a favor de una, Chifflet con honestidad planteaba sus dudas e inquietudes a sus colaboradores más capacitados, y escuchaba sus respuestas. Con esto no delegaba la opción, pero se aseguraba de hacerla sin haber ignorado aspectos que pudiera haber pasado por alto.

En suma siempre estuvo dispuesto, y así lo imprimió como un sello de carácter y como un estímulo permanente en sus colaboradores, a la identificación de los temas que ignoraba, a la enumeración de sus dudas sobre los temas de los que algo conocía, a la evaluación de los resultados de sus prácticas, y a la incorporación crítica de los cambios.

Esta actitud frente a lo que se ignoraba, despertó inquietudes e inició y estimuló a sus colaboradores en el trabajo de profundización en el conocimiento de un área de la Cirugía.

Con su práctica cotidiana en la Clínica, una vez más demostró lo que afirmó ocho años antes, cuando señaló que el Profesor era *" … el guía, el timonel, el consejero … ",* con una limitante: *"… pero sin llegar a insinuar la pretensión de ahogar una orientación del colaborador que se ha consustanciado en el esfuerzo común."*(6)

De este modo, con la dedicación y el trabajo de sus respectivos responsables, la Clínica fue afirmándose en el conocimiento y las realizaciones operatorias en las áreas que les correspondía a cada uno. Esta política se mantuvo durante toda la actuación de Chifflet, y ya en el Hospital de Clínicas ensanchó considerablemente el espectro de posibilidades diagnósticas y terapéuticas que la Clínica era capaz de brindar (27).

## F.- PRESTIGIO NACIONAL E INTERNACIONAL CONSOLIDADO

Pocos años después del inicio de sus actividades Chifflet y su Clínica Quirúrgica adquirieron un sólido prestigio no sólo nacional sino fuera de fronteras reflejado en actividades de responsabilidad, en el respeto con que era recibido en viajes por iniciativa propia, y en invitaciones.

En ese aspecto pueden enumerarse:

En el nivel nacional:

- Los viajes de la Clínica a ciudades del interior uruguayo.

### LA RAZÓN DE LA BUENA EVOLUCIÓN INMEDIATA DE LOS GASTRECTOMIZADOS EN URUGUAY

El Dr. Max Walterkirchen era un cirujano centroeuropeo formado en Viena con el Profesor Hans Finsterer conocido por su extraordinaria experiencia y sus técnicas originales en cirugía del estómago.

Walterkirchen emigró a nuestro país con toda su familia y concurría en forma regular a la Clínica de Chifflet en el Hospital Pasteur donde realizaba algunas operaciones. Chifflet lo distinguía; lo escuchaba con atención (27), e invitó a los hijos de éste a pasar unos días en la chacra de Parador Tajes junto con los suyos (22).

Con frecuencia Walterkirchen señalaba que en su país los gastrectomizados no tenían una evolución inmediata tan favorable como en Uruguay y que ignoraba la causa.

Como muestra la fotografía siguiente, en 1955 Walterkirchen integró el grupo de miembros de la Clínica de Chifflet que visitó Mercedes. Allí fueron agasajados con un asado tan abundante, que en su español de fuerte acento centroeuropeo en tono jocoso señaló que la causa de esta diferencia en la evolución de los gastrectomizados, era la alta tasa de ingesta proteica de los uruguayos (28).

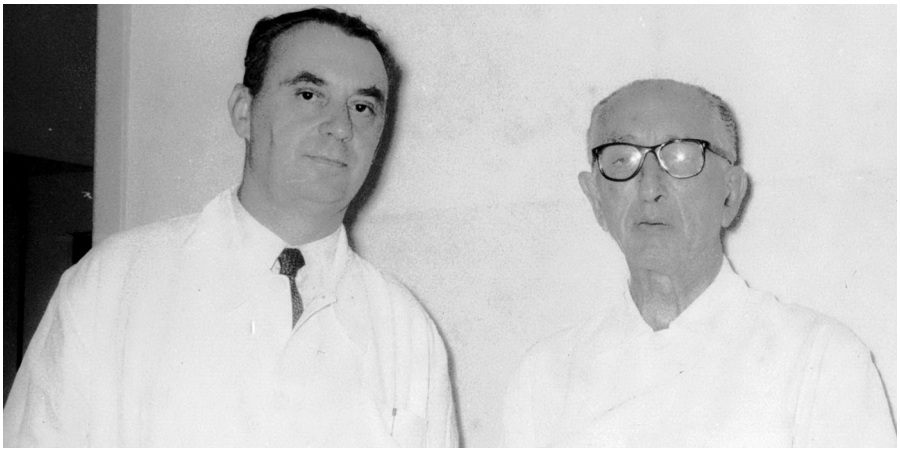


1955. Visita de la Clínica Quirúrgica de Abel Chifflet a la ciudad de Mercedes.

- La presidencia del 7º Congreso Uruguayo de Cirugía en el que pronunció un discurso muy rico en conceptos que se reproduce en el capítulo 19, apéndice 13 B.

En el nivel internacional:

- La forma cordial y respetuosa con que fue recibido por profesores y jefes de servicio de Francia y de España en su viaje profesional y familiar en 1954.
  *"Nos impresionaba el afecto y la admiración con que trataban a Abel los médicos que conocimos, sobre todo el Dr Puigvert en Barcelona y otro en París cuyo nombre no recuerdo."*(3)
- La resonancia de sus libros "Cirugía del Estómago" y "Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del Recto", publicados en 1956.
- Los viajes de 1956 al Congreso de Gastroenterología en La Habana (Cuba), a Lima (Perú) y a Guayaquil (Ecuador).



Ca. 1957. Abel Chifflet y su maestro Carlos Stajano.

## 9.- 1957: TRASLADO AL HOSPITAL DE CLÍNICAS

En 1957, por límite de edad, Carlos Stajano debía cesar como Profesor de Clínica Quirúrgica.

Dado el sistema de rotaciones que regía entonces, surgió la posibilidad de que la Clínica de Chifflet se mudara al piso 9 del Hospital de Clínicas que quedaría libre.

A principios del año Chifflet convocó a una reunión de todos los miembros de la Clínica para analizar las ventajas e inconvenientes del traslado y tomar una decisión colectiva al respecto.

Lo más señalable del Hospital de Clínicas en esa época eran varias características:

- hacía cuatro años que había comenzado a internar pacientes y su funcionamiento estaba aceitado.
- contaba con el entusiasmo, y el involucramiento contagioso de todo el personal con la misión de la Institución.
- la infraestructura era muy superior a la del Pasteur, con disponibilidad de:
  - todo el espectro de exámenes paraclínicos diagnósticos humorales y de imagen existentes en la época.
  - un Departamento de Anestesiología con técnicos de alta capacitación como Walter Fernández Oria, León Chertkoff, Antonio Cañellas, Scasso.
  - una Enfermería Universitaria que posibilitaban la realización con seguridad de operaciones más ambiciosas.
  - un block operatorio amplio y moderno cuya eficiencia permitió alcanzar la cifra record de 25 operaciones en un día [34].

Y los atractivos:

- Una mayor disponibilidad de camas para internación: 70 distribuidas en cuatro salas.
- La autosuficiencia en especialidades médicas y en métodos diagnósticos de última generación.
- Las posibilidades derivadas del funcionamiento en un sistema de correlación médico-quirúrgica con la Clínica Médica del Profesor Pablo Purriel, amigo de Chifflet.

– – –

La decisión tomada fue rotar.



1957. Chifflet despidiéndose de las hermanas de caridad del Hospital Pasteur.

En el legajo personal de Chifflet en la Facultad de Medicina figura que el 26 de abril de 1957 el Consejo de la Facultad dejó constancia de que había pasado a desempeñar funciones en el Hospital de Clínicas y que correspondía que se incorporara al presupuesto del mismo.

– – –

Es de imaginar que la decisión de rotar debe haber generado considerable expectativa en el grupo, pero no ha quedado constancia de ella. Es probable que por tratarse de una rotación a una clínica ya funcionante y no la ocupación de un nuevo local y puesta en funcionamiento de una nueva clínica, no haya llegado a los extremos que ocurrieron en la Clínica Semiológica de Pablo Purriel, la primera que funcionó en el Hospital de Clínicas que vivió y mencionó Juan J. Ravera. Éste señaló que esa Clínica se dividió en dos grupos; uno quedó en el Maciel y otro al Clínicas donde *"hacíamos ateneos simbólicos en el piso 8 que está absolutamente vacío sin siquiera un mueble en el gran anfiteatro."* (36)

# 10.- 1957-1969. LA CLÍNICA QUIRURGICA "A" EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS (I). LOCALES Y PERSONAL

## A.- LAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS GENERALES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

### LAS PRIMERAS CLÍNICAS QUIRÚRGICAS GENERALES DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS [44]

La internación de pacientes en el Hospital de Clínicas se inició el 21 de septiembre de 1953 con la habilitación de 50 camas en el Piso 8 para la Clínica Semiológica del Profesor Pablo Purriel, que hasta entonces había estado en el Hospital Maciel.

Unos meses después, el 8 de marzo de 1954, en el Piso 9 se habilitó la Clínica Quirúrgica A del Profesor Carlos Stajano, que vino del Hospital Maciel. Inicialmente tuvo tres salas y 51 camas, y al año siguiente se le dio una sala más.

Una semana después del inicio de actividades de la Clínica de Stajano, el 15 de marzo de 1954 en el Piso 10 se habilitó la Clínica Quirúrgica B del Profesor Juan Carlos Del Campo. Éste debió cesar por edad en 1961, pero se le permitió que continuara dirigiendo la Clínica por dos años más, hasta que se definiera quién debía sucederlo. Pedro Larghero no aceptó trasladarse desde el Pasteur, y en 1963 se decidió que rotara el Profesor José A. Piquinela que desde 1957 tenía su Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur.

Stajano estuvo en el cargo algo más de dos años. Cuando cesó por límite de edad, la Clínica de Chifflet ocupó ese piso en marzo de 1957.

En 1953 Eduardo Palma había sido designado Profesor de Clínica Quirúrgica inicialmente sin Clínica, hasta que en 1955 se le otorgó la Clínica Quirúrgica F en el piso 7.

En 1961 Palma decidió trasladar su clínica al Hospital Maciel y en marzo de 1962 su lugar fue ocupado por la Clínica Quirúrgica del Profesor Juan Soto Blanco, desde 1953 profesor de la misma en el Hospital Maciel. Poco después, antes de cumplir los 65 años, Soto Blanco falleció y en febrero de 1963 Héctor Ardao fue designado Profesor de Clínica Quirúrgica y pasó a ocupar esa clínica.

Cuando la Clínica Quirúrgica de Chifflet rotó al Hospital de Clínicas, en él había otras dos clínicas quirúrgicas generales, que entre 1957 y 1969, período en que Chifflet fue Profesor en el mismo, estuvieron a cargo sucesivamente de los Profesores:

- Juan Carlos Del Campo y José Piquinela. (Clínica Quirúrgica "B" en el piso 10).
- Eduardo Palma, Juan Soto Blanco y Héctor Ardao (Clínica Quirúrgica "F" en el piso 7).

La Clínica de Chifflet en el Hospital de Clínicas fue la Clínica Quirúrgica "A".

## B.- LOCALES DE LA CLÍNICA QUIRÚRGICA "A"

Ocupaba la mayor parte del piso 9.

Para la internación de pacientes disponía de cuatro salas: la 2, 4 y 6 que ocupaban toda el ala este del piso y la 1 en la oeste. Los hombres se internaban en las salas 1 y 6 y las mujeres en las salas 2 y 4. En total tenía 70 camas, 36 para mujeres y 34 para hombres.

El resto de las salas del piso pertenecían a la Clínica Urológica que durante el Profesorado de Chifflet estuvo sucesivamente a cargo de los Profesores Jorge Pereyra (1951-1960), y Frank Hughes (1960-1970). Entre Chifflet y los profesores de Urología, especialmente con Frank Hughes, así como entre los integrantes de sus clínicas siempre reinó un clima de mucha cercanía y estrecha colaboración.

En el lado izquierdo del corredor del ala docente se sucedían:

- el anfiteatro, que era compartido con la Clínica Urológica. Su diseño, muy familiar a muchas generaciones porque se conserva hasta hoy, tenía una característica diferencial con los similares de los otros pisos. Consistía en varias frases aleccionadoras que Carlos Stajano habían hecho pintar y que Chifflet conservó aunque no le agradaba mucho que estuvieran, no su texto; entre ellas se destacaba en letra grande la muy recordada *"Cirugía sin alma no es Cirugía"*.

  Como en otros anfiteatros de los pisos de internación del hospital, en el centro de la gradería había un proyector de láminas, de transparencias y de preparaciones histológicas; su fuente de luz era un arco voltaico con varillas de carbón, de manejo muy complejo por lo que se usaba poco. Estuvo unos años y finalmente se retiró.
- la Secretaría y Archivo estaban cargo de las Técnicas en Archivo Médico Nelsa Furiato y Beatriz Sagario.

  Allí también solía estar el Ayudante de clase de la clínica.
- el escritorio de Chifflet, que era muy austero y no tenía nada de particular.

En el lado derecho:

- una Sala de reuniones ubicada cerca de la entrada enfrente al anfiteatro, que era utilizada exclusivamente por la Clínica Urológica. En ese entonces, o posteriormente, los integrantes de esa clínica por el color en que fueron pintadas sus paredes comenzaron a llamarlo "Cuartito azul" como el tango de Battistella y Mores.
- los vestuarios y baños masculino y femenino.
- finalmente, una habitación enfrente al escritorio de Chifflet que era el escritorio del Profesor de la Clínica Urológica.

La Clínica Quirúrgica "A" disponía además de una sala de reuniones enfrente a la sala 2, que se utilizaba para actividades de pequeños grupos que no justificaban el uso del anfiteatro.

La Policlínica estaba en el piso 1 y era compartida con otras clínicas que atendían en otros días u horas.

## C.- PERSONAL TÉCNICO

La Clínica Quirúrgica de Chifflet rotó al Hospital de Clínicas con todo su personal: Ardao, Varela Soto, Luis Praderi, Ormaechea, Mezzera, Bossano, Parodi, Anavitarte, García Russich y Aguiar.



1957. Abel Chifflet y personal de su Clínica en el piso 9 del Hospital de Clínicas

Una vez en él, la estructura de la clínica sufrió las necesarias modificaciones de adaptación a la necesidad de atender cuatro salas de internación, y además del de Profesor tenía los siguientes cargos:

- Dos docentes grado IV. Los ocuparon Héctor Ardao (que en 1958 fue encargado de la enseñanza de la Semiología Quirúrgica en el Hospital de Clínicas), Mario Bossano Bozzo, Julio Mezzera, Ruben Varela Soto, Eduardo Anavitarte, Carlos Ormaechea, Luis A. Praderi y Alberto Aguiar.
- Cuatro docentes grado III. Los ocuparon Hernán Parodi Samonati, Walter García Russich, Alberto Aguiar, Luis A. Praderi, Raúl C. Praderi, Uruguay Larre Borges, Bolívar Delgado, Gonzalo Maquieira, Manlio Chizzola, y Alberto Del Campo.

- Cuatro docentes grado II. Los ocuparon Uruguay Larre Borges, Luis Bonavita, Raúl C. Praderi, Bolívar Delgado, Gonzalo Maquieira, José Lucas, Manlio Chizzola, Felipe Díaz, Alberto Del Campo, Víctor Zerbino, Milton Mazza, Daniel Cassinelli, Martín Harretche, Osvaldo Fregeiro, y Carlos Gómez Fossati.
- Cuatro Practicantes internos.
- Y hasta 1960 inclusive, cuatro Practicantes externos.

La mayoría de estos colaboradores habían sido estudiantes en la Clínica de Chifflet donde conocieron su poderoso atractivo que hizo que se acercaran y trataran de ocupar alguno de sus cargos.

Con la ayuda y supervisión de los que ya la integraban, se preparaban para concursar el cargo de ingreso: el Grado II. El resultado era muy bueno: por lo general un alto porcentaje de los preparados en la Clínica Quirúrgica "A" ganaban el concurso. Muchas veces superaban en número al de los cargos llamados para la Clínica, por lo que debían desempeñarlo en alguna de las otras Clínicas Quirúrgicas de la Facultad.

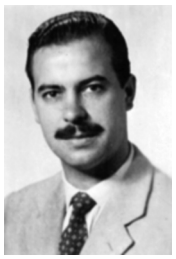
Quienes podían desempeñarlo en la Clínica de Chifflet, cuando cesaban y no tenían la oportunidad de acceder a cargos superiores, por lo general conservaban la vinculación y la concurrencia.

La extensa tabla que sigue contiene algunos datos más sobre estos colaboradores.

**LISTA (INCOMPLETA) DE LOS CIRUJANOS QUE SE INTEGRARON DE DIVERSAS FORMAS A LA CLÍNICA DE CHIFFLET EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS Y PUEDEN SER CONSIDERADOS TOTAL O PARCIALMENTE SUS DISCÍPULOS**

| | Formación inicial en Cirugía con | Cargos desempeñados en la Clínica de Chifflet | | | | | Otros cargos en la Facultad de Medicina | Cargo más alto en la Facultad de Medicina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Practicante interno | Colaborador honorario | Grado II | Grado III | Grado IV | | |
| **Raúl PRADERI.** | Abel Chifflet | * | * | * | * | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) | Clínica Quirúrgica (Grado V) |
| | Se formó en Cirugía en la Clínica de Stajano (Practicante Externo), en la Clínica de Chifflet en la última etapa del Hospital Pasteur (Practicante Interno) y en la etapa del Hospital de Clínicas, (Grado II titular desde 1957, y a continuación Grado III). Además ocupó numerosos cargos titulares en Anatomía, Medicina Operatoria, Departamento Básico de Cirugía, Departamento de Emergencia y Clínica Quirúrgica de la que fue Grado V.<br>Inicialmente se dedicó a la cirugía venosa. Pero luego centró su interés en la cirugía hepato-bilio-pancreática compleja, a cuyas técnicas aportó ingeniosos recursos y refinamientos prácticos, especialmente en intubación de los conductos biliares (para decompresión, travesía de obstrucciones neoplásicas, y calibrado de anastomosis bilio-digestivas de pequeño calibre) y en asas desfuncionalizadas (para derivación biliodigestiva y entero-entérica). Reunió un volumen considerable de experiencia clínica y operatoria. Dotado de mucha iniciativa, disfrutaba y era eficaz en los desafíos de la búsqueda de soluciones a las situaciones atípicas, especialmente en la cirugía de urgencia. Con su carácter extrovertido y desenvuelto, con su interés y versación en Historia (en especial la Médica y la Marítima) y en Geografía, con su experiencia en viajes y en náutica, con su afición a la pintura, y con su forma de exponer atrayente, a lo largo de muchos años estableció innumerables vinculaciones internacionales entre las que divulgó incansablemente estos aportes y experiencias mediante incontables visitas, presentaciones y publicaciones. | | | | | | |  |
| **Gonzalo MAQUIEIRA.** | Abel Chifflet | * | * | * | * | | Grado III titular del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.<br>Grado II y III titular de Clínica pediátrica.<br>Grado IV del Departamento Básico de Cirugía | Clínica Quirúrgica (Grado IV titular) encargado entre 1985 y 87 de la Dirección de la Clínica Quirúrgica "A".<br>Clínica Quirúrgica Pediátrica (Grado IV) |
| | Se formó íntegramente en la Clínica de Chifflet. Se capacitó en Cirugía General y se especializó en Equinococosis tema en que realizó estudios angiográficos originales de las alteraciones vasculares venosas portales y de la vena cava en la hidatidosis hepática con o sin hipertensión portal, y en los enfermos operados de esta enfermedad en los que se había debido dejar una adventicia hidática gruesa ("correosa" como se decía entonces). Paralelamente se especializó en Cirugía Pediátrica. Durante casi una década en el tramo final de la vida de Chifflet, fue su colaborador en su consultorio, y su ayudante en las operaciones. Maquieira valora enormemente la oportunidad excepcional que constituyó para él esta experiencia; tenía a su disposición directa un "Profesor de cabecera", con el que aprendía, podía consultar sus dudas y encontraba apoyo en las decisiones que debía tomar mientras paralelamente se iniciaba en la práctica de la especialidad[28]. Al mismo tiempo y como pocos percibió la personalidad de Chifflet, y con su estilo propio Maquieira incorporó el sentido común, la sensatez y adoptó muchos de sus criterios. Entre 1985 y 1987, como Grado IV titular de la Clínica Quirúrgica "A" estuvo interinamente encargado de su Dirección, que hasta entonces había sido ejercida por Alberto Aguiar. Maquieira tuvo un gran volumen de actividad quirúrgica personal en varias instituciones con el que adquirió una experiencia destacable en ambas especialidades. En la década de 1980 reunía inmejorables condiciones profesionales y académicas para aspirar a Grado V en cualquiera de las dos, y desempeñarlo con brillo; pero por diversas razones, entre ellas las de no cortar la carrera de los más jóvenes, con destacable generosidad prefirió no hacerlo. Luego de la muerte de Chifflet y hasta su retiro mucho tiempo después, Maquieira trabajó en el Sanatorio Americano en estrecha relación con el Dr. Mezzera. Con su capacitación, y el tiempo y cuidado que dedicaba a sus tareas en la institución, rápidamente se transformó en el cirujano de referencia para la mayor parte de los médicos que trabajaban en la misma y en el Seguro Americano, y para muchos médicos del interior. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Luis BONAVITA.** | Abel Chifflet | * | * | * | | | | Urología (Grado IV) |
| | Luego de su capacitación en Cirugía General como Grado II titular en la Clínica de Chifflet, se dedicó a la Urología en forma exclusiva, y ocupó los cargos de Grado II, III y IV en la Clínica de esta especialidad en la Facultad de Medicina. Trabajó en estrecha relación con Frank Hughes, y a la muerte de éste se transformó en el urólogo de referencia del Sanatorio Americano. | | | | | | |  |
| **Uruguay LARRE BORGES.** | Pedro Larghero | | | * | * | | | Departamento Básico de Cirugía (Grado V) Clínica Quirúrgica (Grado V) |
| | Tuvo una prolongada y fructífera actuación en la Facultad de Medicina. Además de una sólida formación en Cirugía General adquirida como Grado II y III titular de Clínica Quirúrgica "A" y Grado III del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, se especializó en Cirugía torácica, cardíaca y vascular periférica en Uruguay, en Francia y en Estados Unidos. Fue Ayudante de Clase de Anatomía Patológica, Jefe de trabajos Prácticos del Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Cirugía, y el primer Profesor del Departamento Básico de Cirugía. En estos dos últimos cargos no actuó como si fuera una cátedra "de paso". Bajo su inspiración, el Laboratorio de Cirugía Experimental produjo en forma regular trabajos en diferentes áreas de la Cirugía digestiva, torácica, vascular, etc. que ganaron varias veces el Premio Selman Waksman. Además de esta distinción, y de su propio valor especifico, tuvieron el mérito de enseñar el método científico de la investigación quirúrgica moderna en modelos experimentales de grandes y pequeños animales.<br>Con su apoyo, varios jóvenes cirujanos hicieron en ese Laboratorio la parte experimental de su Monografía o de su Tesis de doctorado. En 1975 creó y mantuvo funcionante por más de una década un vigoroso y fértil programa de intercambio con la Escuela Quirúrgica Francesa, programa que continuó funcionando luego de su retiro como Profesor de Clínica Quirúrgica. En el ámbito de este programa organizó las Jornadas de Actualización Quirúrgica, dirigidas a todos los cirujanos pero sobre todo a los del interior del país. Se realizaron en forma anual durante más de 25 años y se siguen realizando hoy. Su esquema básico contaba con la asistencia como invitado de un cirujano académico de Francia. Algunos años estas Jornadas de Actualización además tuvieron actividades prácticas en modelos animales y publicaciones. El programa de intercambio contaba con un sistema de Becas por el que varios jóvenes cirujanos hicieron pasantías de un año en servicios quirúrgicos de Francia. La abundancia de frutos de este programa mereció que el Gobierno de Francia lo distinguiera con la Legión de Honor. Con el apoyo de sus Agregados Luis Cazabán y Alberto Del Campo y de varios integrantes del Departamento Básico de Cirugía, Larre Borges escribió un tratado de Patología Quirúrgica en varios tomos, que durante varias décadas fue el texto de referencia utilizado por los estudiantes y jóvenes graduados. Finalmente fue Profesor titular de Clínica Quirúrgica en el Hospital Maciel, y luego en la Clínica Quirúrgica "B" del piso 9 del Hospital de Clínicas. En todos estos cargos Larre Borges aplicó una estrategia similar a la de Chifflet respecto a permitir y estimular el crecimiento personal y profesional de sus colaboradores, muchos de los que alcanzaron los puestos más altos del escalafón docente de la Facultad de Medicina. Constantemente enseñó una Cirugía de fuerte fundamento biológico apoyado inicialmente en la cirugía experimental, y en su etapa de Profesor de Clínica en aspectos hemodinámicos no invasivos, de incipiente biología molecular, oncología básica, etc. que se cumplían en el moderno Laboratorio que creó en la Clínica. Estuvo entre los primeros en introducir innovaciones como las suturas mecánicas, el uso de la televisión para la docencia quirúrgica, etc. Contribuyó al desarrollo del trasplante pulmonar, hepático y renal experimental. Y finalmente lideró el grupo quirúrgico del equipo que realizó los trece primeros trasplantes renales humanos en nuestro país.<br>———<br>Luego de su retiro como Profesor de Clínica Quirúrgica, fue Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina y en su gestión impulsó en forma decisiva al desarrollo de los programas de Educación Médica Continua y Permanente. | | | | | | |  |

<table>
<tr><td rowspan="2">Bolívar DELGADO.</td><td></td><td></td><td></td><td>*</td><td>*</td><td></td><td>Departamento Básico de Cirugía (Grado IV)</td><td>Clínica Quirúrgica (Grado V)</td></tr>
<tr><td colspan="8">Ocupó cargos titulares en Anatomía, Departamento Básico de Cirugía, Departamento de Emergencia y Clínica Quirúrgica de la que fue Grado V. Fue un cirujano general de sólida formación, pragmático, decidido, con gran energía y con una gran experiencia en Cirugía General, Vascular periférica y Torácica no cardiaca. Inicialmente en la Clínica de Chifflet se especializó en la cirugía de las vías biliares, luego se dedicó al estudio y tratamiento del síndrome postrombótico de los miembros inferiores y en la última parte de su vida a las enfermedades tiroideas de tratamiento quirúrgico.<br>Al final de su vida académica mostró mucho interés por utilizar y hacer utilizar a su colaboradores la metodología científica rigurosa y el método estadístico.<br>  </td></tr>
<tr><td rowspan="2">Manlio CHIZZOLA.</td><td></td><td></td><td></td><td>*</td><td>*</td><td></td><td></td><td>Clínica Quirúrgica Pediátrica (Grado IV)</td></tr>
<tr><td colspan="8">Se formó en Cirugía General en el desempeño de cargos titulares en Anatomía, Clínica Quirúrgica (Grado II y III) y Departamento de Emergencia (grado III).<br>Paralelamente tenía formación y experiencia en Clínica Quirúrgica Pediátrica en la que llegó a ser grado IV titular.<br>Además fue Profesor de Anatomía en la Universidad de Río Grande del Sur.<br>Era un observador agudo, muy reflexivo, no se precipitaba, era parco al hablar, tenía mucha sagacidad y experiencia clínica, considerable habilidad operatoria y alto volumen de casos.<br>  </td></tr>
<tr><td rowspan="2">Alberto DEL CAMPO.</td><td>Juan Carlos Del Campo</td><td></td><td></td><td>*</td><td>*</td><td></td><td></td><td>Departamento Básico de Cirugía (Grado V)</td></tr>
<tr><td colspan="8">Se formó en Cirugía en la Clínica de su padre el Profesor Juan Carlos Del Campo. Ocupó cargos titulares en la Cátedra de Cirugía (Grado I), Clínica Quirúrgica (grados II y III), Departamento de Emergencia (Grado III) y Departamento Básico de Cirugía en el que fue Profesor Agregado y finalmente Profesor titular. Estudioso, conciso y práctico adquirió una sólida formación en Cirugía General, una técnica operatoria depurada y prolija y tuvo una extensa práctica profesional. Profundizó su capacitación en Cirugía Venosa y luego en Cirugía Mamaria, habiendo sido co-director de una de las primeras Unidades multidisciplinarias dedicadas al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mamarias en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Además fue Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.<br>  </td></tr>
<tr><td rowspan="2">Celso SILVA</td><td>Abel Chifflet</td><td>*</td><td>*</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Departamento Básico de Cirugía (Grado V)<br>Clínica Quirúrgica (Grado V)</td></tr>
<tr><td colspan="8">Fue estudiante, practicante externo, practicante interno y médico colaborador honorario de la Clínica de Chifflet. En ella preparó la Jefatura de Clínica, y bajo la inspiración de Chifflet hizo su Tesis de Doctorado sobre “Alteraciones fisiopatológicas en las oclusiones estrangulación” que tiene una fuerte base experimental realizada en el Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Cirugía, donde Celso Silva era Ayudante de Clase titular. Silva fue uno de los vencedores del Concurso de Jefe de Clínica, pero por falta de cargos en la Clínica de Chifflet debió ejercerlo en la de Pedro Larghero. Además de su capacitación específica en Cirugía General, Coloproctológica y Mamaria, Celso Silva se dedicó al estudio de la fisiopatología del shock, de las alteraciones del metabolismo hidroelectrolítico y de las infecciones en Cirugía, temas en los que adquirió profundo conocimiento y experiencia que volcó en publicaciones. En la Facultad de Medicina actuó en el Departamento Básico de Cirugía y en Clínica Quirúrgica llegando en ambos a ser Grado V; también fue grado IV del Departamento de Emergencia en el Hospital de Clínicas. En las instituciones de asistencia médica colectiva, fue Cirujano, Consultante, Jefe del Departamento de Cirugía, Jefe de una Unidad de Patología Mamaria y Jefe Cirugía de una Unidad de Cuidados Intensivos. Silva guarda un agradecido recuerdo de Chifflet, del grupo humano de su clínica y de todo lo que le aportaron, por lo que se considera en gran parte su discípulo [40] .<br>  </td></tr>
</table>

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Víctor ZERBINO** | | | | * | | | | |
| | Víctor Zerbino Schmidt era hijo de un médico del mismo nombre que fue uno de los médicos fundadores del Sindicato Médico del Uruguay, que además hizo una destacada carrera asistencial, docente y académica de singular brillo en la Facultad de Medicina y otros servicios públicos. Fue Grado I, II y Ayudante de Investigación de Ciencias Fisiológicas, y encargado de su enseñanza en la Escuela Universitaria de Enfermería. Entre 1961 y 1964 fue Grado II de la Clínica Quirúrgica de Chifflet, y entre 1966 y 1969 Grado II de Clínica Quirúrgica Pediátrica. Luego fue a Estados Unidos donde llegó a ser Jefe de Residentes de Cirugía Cardio-torácica del hospital Bellevue de Nueva York. Vuelto al Uruguay, participó activamente en el diseño del Fondo Nacional de Recursos, y lo dirigió con gran eficacia por más de tres lustros [41]. | | | | | | |  |
| **Julio Osvaldo FREGEIRO.** | | | * | * | | | | Neurocirugía (Grado V) |
| | Fregeiro era optimista, extrovertido, sencillo, decidido y firme. Preparó, ganó el concurso y ejerció el cargo de Grado II en la Quirúrgica "A". Cuando estaba en la mitad de su desempeño, el Profesor de Neurocirugía y Director del Instituto de Neurología Román Arana Iñiguez necesitaba jóvenes que ya tuvieran cierta experiencia en Cirugía General y reorientándose hacia la Neurocirugía, se presentaran al concurso para llenar un cargo de Grado II que iba a quedar vacante. Arana que era amigo y admirador de Chifflet le planteó a éste su necesidad. Chifflet primero comunicó esta posibilidad a Bolívar Delgado y Gonzalo Maquieira que habían terminado el Grado II. Éstos, por obligaciones laborales asumidas en Cirugía General y porque no se sintieron cómodos con las particularidades de las operaciones neuroquirúrgicas, declinaron aceptar esa posibilidad [28]. Entonces Chifflet se la comunicó a Fregeiro, que aceptó solicitando que se le permitiera completar dos años de ejercicio del cargo de Grado II de Cirugía para no perder el mérito. Arana estuvo de acuerdo. Fregeiro hizo el postgrado de Neurología, luego ganó el concurso de Grado II de Neurocirugía y así inició la carrera que lo llevó a ser Profesor de la Especialidad [24]. | | | | | | |  |
| **Roberto GREZZI** | | * | * | | | | | Clínica quirúrgica Grado IV |
| | Fue practicante interno y médico colaborador de la Clínica de Chifflet. Preparó el concurso de Grado II y lo ganó pero no había cargo disponible en ella por lo que debió desempeñarlo en la Clínica del Profesor Oscar Bermúdez. Luego fue Grado III y Grado IV de Clínica Quirúrgica | | | | | | |  |
| **Orestes SBARBARO.** | | | | * | | | | Clínica Quirúrgica Pediátrica (Grado IV) |
| | Después del Desempeño de su cargo de Grado II en la Clínica Quirúrgica "A", Sbarbaro se dedicó exclusivamente a la Cirugía Pediátrica logrando un excelente nivel de capacitación en la especialidad, y llegó a ser grado IV titular en la Cátedra correspondiente de la Facultad de Medicina. Mantuvo fluidas relaciones internacionales y poseyó una genuina condición de consultante en esta especialidad en el medio. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jorge PEREYRA** | | | | * | | | | Clínica Urológica (Grado V) |
| | Fue Grado II titular de Clínica Quirúrgica. Luego se dedicó en forma exclusiva a la Urología, ocupando sucesivamente todos los cargos de la carrera académica hasta el de Grado V titular.<br>Fue otro de los firmes impulsores del desarrollo y puesta en práctica del programa de trasplante renal en Uruguay, para lo que hizo pasantías de entrenamiento en otros países, especialmente Chile y Francia, e investigación en el Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra y Departamento Básico de Cirugía. | | | | | | |  |
| **Felipe DÍAZ.** | | | | * | | | | Clínica Quirúrgica (Grado III) |
| | Fue un cirujano clínico, criterioso y práctico, y un operador muy hábil con una experiencia sólidamente basada en un gran volumen de casos.<br>De carácter algo retraído y muy parco en palabras (la expresión de su rostro decía más que éstas) sentía que su lugar era al lado de los enfermos en la sala de internación y en la sala de operaciones. Sin que se lo propusiera, fue un docente nato de primer nivel en el día a día de la actividad clínica al lado de los estudiantes y jóvenes cirujanos. | | | | | | |  |
| **José LUCAS.** | Abel Chifflet | | | * | | | | Clínica Quirúrgica (Grado III) |
| | Cuando terminó su capacitación en Cirugía en la Clínica de Chifflet, se estableció en la ciudad de Melo en la que con su actividad dio un gran avance a la práctica de la especialidad, llevando a cabo operaciones que no se realizaban antes, como colectomías y operaciones sobre la glándula tiroides. Para realizar estas últimas tuvo que superar algunas carencias locales, por ejemplo la falta de un endocrinólogo. En los enfermos hospitalarios las suplía enviándolos a Montevideo, donde sus amigos de la Clínica Quirúrgica "A" los hacían estudiar y compensar, y luego los devolvían a Lucas que los operaba en Melo. Ejerció la especialidad hasta su muerte prematura. | | | | | | |  |
| **Martín HARRETCHE** | | | | * | | | | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Durante sus etapas de Médico colaborador y Grado II en la Clínica Quirúrgica "A", Harretche fue encargado del estudio del colon detransitado, entonces un tema original y difícil de investigar en el que Chifflet tenía mucho interés. Harretche se entregó a esta tarea con su entusiasmo y dedicación característicos. | | | | | | |  |
| **Juan Carlos PERTUSSO** | | | | * | | | | |
| | Integrante de una conocida familia de médicos de la ciudad de Rocha, finalizado su entrenamiento y su grado II en la Clínica de Chifflet se trasladó a esa ciudad donde ejerció la Cirugía General hasta su retiro. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Daniel CASSINELLI** | | | | * | | | Clínica Quirúrgica (Grado III) | |
| | Fue un cirujano pragmático de profundo sentido clínico, realización operatoria rápida y precisa y un gran volumen de casos. Luego del desempeño del cargo de grado III no continuó la carrera académica, dedicándose al ejercicio de la Cirugía en importantes instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo. | | | | | | |  |
| **Milton MAZZA** | Abel Chifflet | | | * | | | Departamento de Emergencia (Grado III) | Clínica Quirúrgica (Grado IV) |
| | Fue Ayudante de Clase titular de Anatomía, Practicante Externo, Practicante Interno y Grado II titular de la Clínica de Chifflet. Luego del desempeño de este último cargo se dedicó exclusivamente a la Cirugía Vascular Periférica y de la Hipertensión Portal. Se inició en ellas con Carlos Ormaechea y luego se especializó en Francia, Italia y Estados Unidos, estableciendo sobre todo con cirujanos de Francia relaciones profesionales y personales perdurables y enriquecedoras, que entre otras cosas permitieron que varios jóvenes cirujanos vasculares uruguayos hicieran estadías de un año en servicios de Cirugía Vascular de primer nivel de París, incorporándose efectivamente a su funcionamiento clínico y operatorio. Dotado de un pensamiento crítico y de profunda sensatez, en su prolongada actividad profesional en esa especialidad en hospitales e instituciones de asistencia médica colectiva, Mazza adquirió una capacitación y una experiencia no sólo muy destacadas y poco usuales en el medio, sino referidas a los adultos y además a los niños. En su carrera académica fue Cirujano Grado III titular del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y Grado IV titular de Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur con el Profesor Bolívar Delgado. Reunió inmejorables condiciones profesionales y académicas para aspirar a un cargo de Grado V en Cirugía y no hay dudas de que lo hubiera desempeñado con particular brillo, pero prefirió no hacerlo. | | | | | | |  |
| **Raúl AMORÍN CAL** | | * | | | | | | Clínica Quirúrgica (Grado II) |
| | Amorín fue Practicante interno en la Clínica Quirúrgica "A" de Chifflet. Luego fue Grado II titular en la Clínica del Profesor Walter Suiffet en el Hospital Pasteur, e Instructor de Semiología Quirúrgica en el Hospital de Clínicas.<br>Se radicó en la ciudad de Florida donde desempeñó una labor quirúrgica intensa, prolongada y muy valorada en el medio.<br>Fue muy activo en la Sociedad de Cirugía, de la que fue presidente, y en sus Congresos. Ejerció altos cargos en la dirección de los servicios sanitarios públicos departamentales y nacionales y hoy llevan su nombre el Hospital de la ciudad de Florida y unas Jornadas anuales del Interior de la Sociedad de Cirugía. | | | | | | |  |
| **José PIÑEIRO** | | | | * | | | | |
| | Con mucho mérito y lentamente Piñeiro hizo su carrera médica mientras trabajaba en otras actividades para sostenerse económicamente. Llegó a Grado II después de varios intentos y fue uno de los últimos en acceder a la Clínica Quirúrgica "A" y desempeñar casi todo su cargo en vida de Chifflet. Era muy apreciado por su bonhomía. Luego de desempeñar el cargo de Grado II, intentó especializarse en Urología pero no logró continuar en la carrera académica. | | | | | | |  |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Carlos GOMEZ FOSSATI** | | * | * | * | | | Departamento Básico de Cirugía (Grado IV) | Clínica Quirúrgica (Grado V) |
| | Fue estudiante, Practicante externo, Practicante interno y Médico colaborador honorario de la Clínica de Chifflet. Fue Grado II del Departamento de Anatomía y Grado III del Departamento Básico de Cirugía. En 1968 ganó el concurso de Grado II de Clínica Quirúrgica y eligió la Clínica de Chifflet. Por la enfermedad y muerte de éste debió desempeñarlo bajo la dirección interina de los Profesores Agregados Luis Praderi y Roberto Rubio, y luego bajo la titular del Profesor Juan Cendán Alfonso. Fue Grado III en la Clínica Quirúrgica del Profesor Jorge Pradines. Estuvo un año en Francia en el Servicio del Profesor Bismuth. Fue Secretario de la Escuela de Graduados, e integró el primer Consejo de la Facultad de Medicina cuando cesó la intervención de ésta. Fue grado IV de Clínica Quirúrgica del Profesor Larre Borges a quien sucedió como Grado V . Fue un decisivo propulsor de los programas de trasplante renal y renopancreático en el Hospital de Clínicas y organizador del programa conjunto de trasplante hepático de este Hospital y el Hospital Militar. Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía y de uno de sus Congresos. Dotado de un pensamiento claro, una información abundante y actualizada y una prodigiosa capacidad de trabajo, desarrolló una intensísima actividad asistencial y de consultante en varias instituciones de Asistencia Médica Colectiva en Cirugía General y Vascular Periférica, que mantuvo hasta su muerte. | | | | | | |  |
| **Francisco CRESTANELLO** | | * | * | | | | Departamento Básico de Cirugía (Grado IV) | Clínica Quirúrgica (Grado V) |
| | ACLARACIÓN.<br>No corresponde que el autor de este libro hable de sí mismo. Pero debe hacerlo porque, como señala en varias partes del texto, siente profundamente que integra este segundo grupo de discípulos de Chifflet.<br>Fue estudiante, Practicante externo, Practicante interno y Médico colaborador honorario de la Clínica de Chifflet. En 1968 ganó el concurso de Grado II de Clínica Quirúrgica, y por no haber lugar disponible en la Clínica de Chifflet desempeñó este cargo en la Clínica del Profesor Eduardo Palma donde se inició en Cirugía Vascular Periférica. Estuvo un año en Francia en el Servicio del Profesor Bismuth profundizando su capacitación en cirugía hepato-biliopancreática y de la hipertensión portal y en investigación quirúrgica experimental en pequeños animales de laboratorio. Fue Grado II del Departamento de Anatomía, Grado I del Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Patología Quirúrgica, Grado III y IV del Departamento Básico de Cirugía, Grado III de la Clínica Quirúrgica del Profesor Roberto Rubio con el que completó su formación en Cirugía Vascular Periférica, Grado III del Departamento de Emergencia, Grado IV de la Clínica Quirúrgica del Profesor Larre Borges y, entre 1987 y 2003, Grado V titular de la Clínica Quirúrgica "A" en el piso 10 del Hospital de Clínicas, cargo que previamente había sido ocupado por Alberto Aguiar.<br>Fue Presidente de la Sociedad de Cirugía y de uno de sus Congresos, miembro de la Comisión Directiva y del Comité del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas e integrante de las Comisiones de Disciplina y de Ética y Conducta Universitaria de la Facultad de Medicina.<br>Ejerció la Cirugía General y Vascular Periférica en varias Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y en el Sanatorio Americano, y fue Consultante y Jefe de Cirugía en CRAMI. | | | | | | |  |
| **Guillermo MESA FIGUERAS** | Era oriundo del departamento de Soriano. Su padre era comisario y su madre tenía ascendencia alemana.<br>Cuando estaba en las últimas etapas de sus estudios de Medicina, ocupó varios años el cargo de Ayudante de Clase de la Clínica de Chifflet. Fue el último de ellos. Mesa era alto, muy delgado, pausado, silencioso, ubicado y eficaz; casi siempre tenía un cigarrillo en sus manos o en la boca, con el que aparece en varias fotografías en este capítulo. Era muy apreciado por todo el personal de la Clínica. Luego, como médico, tuvo una doble especialidad. Una vez graduado, fue Residente titular de Cirugía (la Clínica Quirúrgica de Chifflet se había desmembrado por muerte de éste), obtuvo el título de Especialista en Cirugía y ejerció la especialidad con competencia en el ámbito mutual, en el Sanatorio Americano y en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas. La otra especialidad fue la Medicina Legal. Fue docente en la Cátedra respectiva de la Facultad de Medicina, en la que sucesivamente fue ocupando en titularidad los cargos del escalafón académico hasta acceder al de Profesor Grado V, en cuyo desempeño fue un líder singular. Sencillo, carente de vanidad y muy humano, no gustaba que lo llamaran Doctor o Profesor (solía decir: *"profesores hay muchos, señores muy pocos"*). Con su fuerte personalidad realizó un proceso renovador de la Cátedra conformando un colectivo de trabajo, al que escuchaba y daba participación. Entre sus méritos más señalables se destaca la tenacidad con que mantuvo funcionante un consultorio médico-legal en el Hospital Pereira Rossell, que fue la primera inserción de esta especialidad en el sistema de salud. En el poder Judicial desempeñó por muchos años una brillante tarea como Médico Forense e hizo contribuciones importantes que tendieron sólidos puentes entre los puntos de vista jurídicos y médicos [20]. | | | | | | |  |

La lista del personal de la Clínica Quirúrgica "A" de Chifflet debe completarse con los nombres del personal de enfermería.

Por la organización departamentalizada del Hospital de Clínicas las enfermeras universitarias trabajaban bajo las directivas y las órdenes del Departamento respectivo. Sin embargo se trataba de establecer una relación funcional estable entre los cirujanos y el personal de enfermería del piso, para que se constituyeran verdaderos equipos asistenciales.

En ese contexto muchas enfermeras universitarias (hoy denominadas licenciadas en enfermería) trabajaron eficazmente en la Clínica Quirúrgica "A". Por su actuación prolongada y su compenetración con los objetivos de ésta, en esta evocación del autor surgen los nombres de las Enfermeras universitarias Minetti, Muniz y Anselmi, pero naturalmente hubo muchas otras más igualmente valiosas.

## 11.- 1957-1969. LA CLÍNICA QUIRURGICA "A" EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS (II). UNA ORGANIZACIÓN DE ESTRUCTURA ADECUADA Y FUNCIONAMIENTO EFICIENTE, EN UN HOSPITAL MODERNO CON INCIPIENTES DIFICULTADES

### A.- UNA CORTA LUNA DE MIEL Y EL COMIENZO DE LA DECLINACIÓN

La Clínica dirigida por Chifflet funcionó doce años en el Hospital de Clínicas.

Llegó a éste cuando la institución había alcanzado el cenit de su trayectoria.

Se habían habilitado todos los Servicios, y el funcionamiento, que había superado las lógicas dificultades iniciales, estaba muy "aceitado". Puede decirse que estaba en su "luna de miel".

Pero lo más importante era que todos por igual, médicos, enfermeras, funcionarios y hasta pacientes tenían un fuerte sentido de pertenencia al Hospital, y estaban amalgamados por una verdadera mística.

Este involucramiento espontáneo en la tarea de mantenerlo en el nivel más alto posible, a veces adoptaba formas de expresión que tenían algunas características de la rivalidad de los simpatizantes de los cuadros de fútbol: se manifestaba un claro antagonismo entre los "hinchas" del Clínicas y los de los hospitales del Ministerio de Salud Pública. Como ejemplo de él, el autor puede dejar su testimonio. Tenía familiares médicos que trabajaban en éstos últimos y por ello eran sus "hinchas", pero a pesar de ellos eligió el Hospital de Clínicas para realizar la parte práctica de sus estudios de

pregrado de Medicina. Por esa decisión, recibió de aquellos no pocas presiones, por cierto bienintencionadas, para que cambiara de hospital.

– – –

Pocos años después, en una fecha de la década de 1960 cuya ubicación precisa puede ser objeto de discusión, por un complejo cúmulo de causas, el funcionamiento del Hospital comenzó a decaer.

En 1960 hubo considerables dificultades externas, de índole presupuestal, que pudieron hacer necesario desde una reducción drástica del número de camas al cierre del Hospital

Pero también hubo dificultades internas derivadas del debilitamiento o la pérdida de aquella mística inicial y su sustitución por un desaliento generalizado. Ellas fueron señaladas en forma genérica en un número de la Gaceta de la Universidad de junio de ese año: falta de colaboración de ciertos funcionarios administrativos, y de responsabilidad de todo el personal.

Unas páginas más adelante en la misma publicación Chifflet expresó: *"Debemos evitar que los enfermos esperen días y semanas la hora para ser operados o para hacer una radiografía". "Deseo terminar insistiendo en que se va perdiendo el tono con que se mantuvo el Hospital de Clínicas en marcha y que hay en técnicos y funcionarios un pesimismo que debemos suprimir."*

Una vez más señaló un camino para salir de esas dificultades internas: *"Debemos crear una nueva mística y para ello colocar en el centro de todos nosotros al enfermo, única razón de ser del hospital."* (9)

Varios testimonios de sus colaboradores de esa época coinciden en señalar cuánto le afectaban estas dificultades internas.

En cierta oportunidad en el anfiteatro del piso 9 se realizó una reunión multitudinaria entre el personal de la Clínica y la Dirección del Hospital de ese momento, a propósito de las persistentes y crecientes dificultades funcionales del block operatorio.

Los cirujanos jóvenes manifestaron con bastante vehemencia los inconvenientes derivados de la prolongada demora para poder operar los enfermos, de la falta de materiales de sutura, y de otros problemas puntuales, y la Dirección desde una posición que a aquellos pareció autoritaria e insensible, minimizó el asunto generando una situación de considerable tensión.

Chifflet la percibió, tomó la palabra y comenzó diciendo que el quirófano era *"el templo de los cirujanos"*, y que por eso sus dificultades les provocaban tanto disgusto.

Y a continuación en un tono reposado pero muy firme y hasta con cierta indignación, expresó muchos más argumentos que sus colaboradores por los que esa situación era inaceptable, y señaló que una actitud tolerante frente a carencias de insumos que dependían de una notoria displicencia

en las previsiones por parte de los funcionarios responsables de ellas, era éticamente inapropiada [28] [30].

– – –

Se conservan muchos documentos y testimonios que permiten describir la forma, por demás interesante, con que la Clínica Quirúrgica de Chifflet desarrolló sus actividades en el Hospital de Clínicas.

## B.- ASPECTOS GENERALES DEL FUNCIONAMIENTO

Chifflet concurría a su Clínica todos los días y llegaba temprano y puntualmente a las 8 de la mañana.

Para él, en la mañana el hospital estaba por encima de todo y así lo exigía a sus colaboradores, quienes por otra parte se encontraban tan a gusto en la Clínica y tenían tanto para hacer y aprender en ella, que consideraban natural ese criterio.

Excepcionalmente permitía que alguno de sus colaboradores, por motivos fundados se ausentara, no sin trasmitirle el mensaje de que eso no era lo deseable, de una manera que le llegara claramente.

### ¡SI ASÍ COMIENZA LA CIRUGÍA…! [30]

Un día, a media mañana, pocos meses después de que comenzara a desempeñar su cargo de Jefe de Clínica, el Dr. Milton Mazza le pidió permiso a Chifflet para retirarse porque una hora después tenía una importante e ineludible obligación familiar.

Chifflet con rostro severo accedió, pero le comentó: *"¡Si así comienza la Cirugía… ¡"*

Un sabio comentario que caló hondo e imperecedero en espíritu del protagonista.

– – –

Las actividades de la Clínica estaban muy bien organizadas y seguían un esquema regular de modo que no se debía preguntar qué actividad se iba a desarrollar ese día sino a lo sumo, para ciertas actividades, cuál era el tema o quién era el expositor o el invitado.

Para que la Clínica fuera eficiente, para que todos sus miembros actuaran en forma coherente con los principios generales y las directivas acordadas, y para que no se perdieran los aportes de nadie por modestos que fueran, Chifflet sostenía que necesariamente numerosas actividades tenían que ser grupales.

Por eso en las visitas de sala debían estar todos los que trabajaban en ella: los médicos desde el profesor adjunto hasta los practicantes; los estudiantes; el personal de enfermería; la dietista; la asistente social, etc.

También por eso en las reuniones grupales de anfiteatro debía estar todo el personal médico.

Logró que este concepto fuera comprendido y compartido, lo que sumado a lo provechoso que se percibían estas actividades grupales, determinó que todos los integrantes de la Clínica concurrieran a ellas naturalmente, por convicción, no por imposición.

– – –

En un grupo humano tan numeroso, por las características generales usuales entre quienes se dedican a la Cirugía, y por la convivencia de personas en distinto grado de formación y con personalidades diferentes, siempre existía un ambiente propicio para la aparición de errores, tensiones, y conductas inadecuadas.

Chifflet sabía prevenir estos desvíos y corregirlos cuando se presentaban.

*"Manejaba los errores de la inexperiencia en forma constructiva en la reserva de la entrevista personal con el protagonista para analizar la situación, buscar su solución y prevenir su repetición, sin recurrir al comentario o la expresión reprobatoria pública y destemplada, ni a la sanción u otras medidas drásticas."* (34)

El episodio que sigue es un ejemplo de cómo sabía encauzar en forma positiva las conductas inadecuadas.

**UNA CONDUCTA INAPROPIADA CORREGIDA CON EFICIENCIA Y DISCRECIÓN (28)**

En cierta oportunidad, como era frecuente entonces, un notorio cirujano de Montevideo envió un paciente a la Emergencia del Hospital de Clínicas con una nota solicitando que se lo internara en Clínica del Profesor Juan C. Del Campo en el piso 10.

Estaba de guardia uno de los entonces jóvenes colaboradores de Chifflet; como estaba ávido de tener pacientes para operar, realizó una "operación de alquimia" sobre la hoja del pase e internó al paciente en su sala del piso 9.

Uno o dos días después el cirujano remitente se presentó en ésta para averiguar en forma por cierto muy correcta, por qué no se había cumplido su pedido de internarlo en la Clínica del Profesor Del Campo.

Chifflet se enteró de esta situación incorrecta que hasta entonces desconocía y lo recibió en su escritorio. Entonces personalmente dio las órdenes administrativas para que el paciente fuera trasladado de inmediato a la Clínica a la que había sido dirigido, y aclaró la situación ante el cirujano remitente, con las disculpas del caso y a satisfacción de éste.

Luego llamó al colaborador que había procedido de esa manera inadecuada y se reunió con él a puertas cerradas en el escritorio.

La noticia del hecho había trascendido y el ambiente de la Clínica estaba bastante expectante, "galvanizado".

Pero desde al interior del escritorio no se escuchó ninguna palabra.

Luego de un tiempo vivido con no disimulado interés, se abrió la puerta salió el colaborador observado, y detrás de él Chifflet, con la misma naturalidad de siempre. Ni entonces ni en los días siguientes, Chifflet realizó comentario alguno sobre el hecho.

Pero el principio estaba refrendado y el mensaje había llegado a todos.

– – –

Chifflet observaba a sus colaboradores, captaba sus características, sus potencialidades, y constituía para ellos una referencia de confianza, de consejo y de apoyo en diversos aspectos profesionales y humanos.

De los múltiples datos documentales y testimoniales que se recogieron durante la elaboración de este libro y que fundamentan esta afirmación, se han elegido como ejemplo de esta característica los que siguen.

**CONSEJO I**

Estos cuatro testimonios personales que el Profesor Antonio Borrás puso en su libro "Anecdotario" [2], muestran cómo vio a Chifflet y que recibió de él en distintos períodos de su carrera médica.

— — —

Cuando era estudiante, Borrás conoció a Chifflet a través de su padre médico que ejercía en la ciudad de Minas. Señala que entonces Chifflet le enseñó que estudiar es distinto de leer, que hay que saber jerarquizar lo fundamental del tema y lo que es una exposición ordenada.

— — —

Cuando Borrás fue a comunicarle que se había recibido, Chifflet lo recibió con amabilidad de siempre, le expresó su alegría por la noticia, y le dio un consejo que le acompañó en todo su ejercicio profesional: *"Usted ha hecho una buena carrera; su escolaridad es muy satisfactoria, ganó su concurso como practicante interno. En suma, aprendió a examinar bien un enfermo. Tenga cuidado que se aprende a examinar mal. Cuando aparecen las consultas muy llenas y los horarios apretados, se aprende a examinar mal."*

— — —

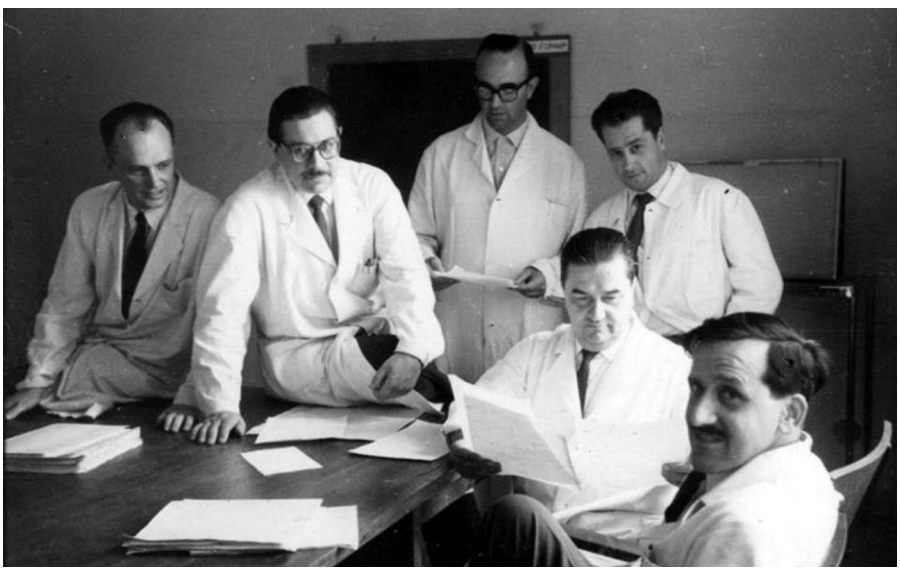
Poco después le pidió consejo respecto a cómo orientarse y Chifflet le dijo: *"Haga lo que a usted le interese, lo que le guste, pero hágalo bien, de modo que cuando se nombren dos o tres personas sobre el tema, uno de los nombres sea el suyo. Con eso usted va a ser exitoso."* Y luego dijo: *"Si se considera un genio haga Medicina, Cirugía y Especialidades, porque usted es un genio y se lleva a todo el mundo por delante y su nombre será de los primeros. Si se considera muy bruto o muy haragán haga algo muy chico, por ejemplo, sólo uña encarnada, o algo menor si encuentra, pero hágalo bien, de modo que aunque sea algo muy pequeño, en el tema su nombre esté entre los conocidos. En el medio haga lo que quiera, pero hágalo bien."*

— — —

Mas adelante ya avanzado en la carrera, le pidió nuevamente consejo y Chifflet le dio una respuesta diferente: *"Usted ya está lanzado; ya no precisa consejos. Siga adelante y rinda lo que le toque rendir."*



1958. Integrantes de la Clínica Quirúrgica "A" invitados a una reunión de anfiteatro.
(De izquierda a derecha). Primera fila: no identificado, G. Maquieira, R Varela Soto y L. Praderi. Segunda fila: C. Ormaechea, B. Delgado, A. Aguiar y R. Praderi. Tercera fila: G. Mesa (fumando). En el centro de la fila, detrás de B. Delgado, L.Zubiaurre (radiólogo).



Integrantes de la Clínica Quirúrgica "A" trabajando en la sala de reuniones frente a la sala 2 del piso 9 del Hospital de Clínicas. De izquierda a derecha: al frente E. Anavitarte y U. Larre Borges. Al fondo W. García Russich, B. Delgado, G. Maquieira y J. Lucas.

**CONSEJO II** [28]

El Dr. Maquieira estaba cerca de terminar el desempeño de su cargo de Grado II.

Tenía decidido instalarse en su ciudad natal, Melo, para ejercer allí, y se estaba preparando para ello, reforzando su formación en Obstetricia, como era necesario y habitual en quienes se iban a ejercer al interior.

Se lo comentó a Chifflet y éste le aconsejó que esperara. Maquieira lo interpretó como un signo de que Chifflet consideraba que aún no estaba suficientemente capacitado.

La verdad era que Chifflet deseaba conservarlo en su Clínica y, como por un tiempo no se desocuparía un cargo de Grado III y no se haría el llamado correspondiente, le aconsejó que hiciera el concurso de Grado II de Cirugía Pediátrica. Este consejo lo introdujo en esa especialidad que cultivó en forma paralela a la Cirugía General llegando en ambas a ser Grado IV.

**APOYO I** [1]

Cierta tarde el Dr. Eugenio Bonavita accidentalmente recibió una herida de bala de tórax que le interesó la aurícula y fue conducido al Hospital Italiano donde fue exitosamente operado por el Dr. José Luis Roglia. Su hermano Luis Bonavita estaba en Carrasco y cuando se enteró de lo ocurrido informó telefónicamente a Chifflet, en cuya Clínica era Grado II, y de inmediato con la urgencia del caso se trasladó al Hospital Italiano. Cuando llegó, Chifflet ya estaba en sala de operaciones apoyando al Dr. Roglia.

**APOYO II** [28]

Un domingo de tarde, cuando estaba haciendo sus primeras armas como cirujano de una mutualista de Montevideo, el Dr. Maquieira estaba preocupado porque había operado a un colega con una oclusión intestinal por bridas y no restablecía el tránsito intestinal. Fue a la casa de Chifflet a pedirle consejo. Éste lo recibió en el escritorio donde estaba trabajando, escuchó a Maquieira y simplemente le dijo: *"Vamos a verlo"*. Con ello cumplió con varios cometidos: no opinó de un enfermo sin antes verlo; tranquilizó al paciente y a su familia; apoyó a su colaborador en el momento de incertidumbre y realzó la imagen de éste ante los familiares mostrándoles que en una circunstancia difícil había ido a buscar a su Profesor.

Como ocurre habitualmente en estos casos, poco después el paciente normalizó su evolución postoperatoria.

Chifflet se interesaba por otros problemas de la vida de sus colaboradores.

Respecto a la familia de éstos su interés apuntaba a múltiples aspectos.

Con su pragmatismo, señalaba a sus jóvenes colaboradores que la época en que era más necesario que estuvieran cubiertos por un seguro de vida era cuando se era joven, se tenían hijos pequeños y escaso patrimonio;

aconsejaba contratarlos porque pensaba que no eran superfluos sino una prioridad.

Más de una vez manifestó a sus más allegados su preocupación por alguno de sus colaboradores que avanzaban en edad y aún no habían constituido su propia familia.

Respecto al trabajo profesional de sus colaboradores fuera de la Clínica, los aconsejaba, los orientaba y los apoyaba.

La solidaridad y el apoyo a sus colaboradores a veces iban más allá del simple consejo. Más de una vez sostuvo con dinero, en forma significativa pero totalmente discreta, a algunos miembros de su clínica que estaban en circunstancias económicas difíciles o que tenían una necesidad (una vivienda o un automóvil) que era conveniente satisfacer pero no lo podían hacer sólo con sus recursos.

## C.- ASPECTOS PARTICULARES

### *a.- Las visitas a las Salas y a la Policlínica Externa*

Chifflet tenía un programa regular de visitas a esas dependencias de la Clínica y además realizaba frecuentes visitas a demanda.

Entraba a ellas en forma más bien rápida. Mientras se dirigía al sitio donde los médicos, practicantes, estudiantes, personal de enfermería, de archivo y de servicio estaban trabajando con los pacientes, tendía una mirada panorámica que observaba y captaba todo lo importante que estaba ocurriendo allí. Y, si era la primera visita del día, simultáneamente, por lo general con un gesto característico que separaba algo sus brazos del tronco y orientaba ligeramente la palma de las manos hacia el piso, decía *"buen día"* y enseguida otra vez "*buen día"*, con lo que cumplía con los cometidos de saludar a todos, hacer una entusiasta apelación a la actividad y reafirmar la sensación de que estaba dispuesto a escuchar y a considerar importante a quienes le hablaban.

A continuación Chifflet abría el diálogo con una breve pregunta o comentario sobre una operación, o la evolución de un paciente destacado de la Clínica, o sobre un tema de la Facultad o de actualidad. Con ello abría de par en par las puertas para la comunicación, contribuía a crear una indefinible noción de unidad del servicio y de continuidad con las actividades de las jornadas previas, y hacía una rápida puesta al día en la que recogía de primera mano las principales novedades, inquietudes y problemas, daba algunas directivas, y comentaba sucintamente algunos hechos.

Luego, según fuera el caso Chifflet se integraba al grupo y comenzaba la visita, se dirigía a ver un enfermo en particular o trataba un asunto con alguno de los médicos o el resto del personal.

Con frecuencia aprovechaba estas visitas para insistir en varios puntos prácticos que consideraba muy importantes y que quedaban firmemente fijados en quienes lo escuchaban. Entre otros:

1. En que las curaciones, el retiro de drenajes y de puntos eran partes integrantes del tratamiento quirúrgico y las únicas que eran vistas por el paciente; por estas razones las dos últimas debían ser hechas sólo por el cirujano.
2. En el control de que lo que se le daba estuviera en condiciones y era lo que se había solicitado. Como ejemplo relataba accidentes graves (inyecciones de cocaína o de formaldehído en lugar de procaína) por errores facilitados porque en aquella época el Departamento de Farmacia del Hospital de Clínicas los envasaba en frascos-ampolla de aspecto y rotulado similares. En consecuencia, aconsejaba que cuando el practicante o el cirujano se disponía a cargar el producto en una jeringa, en forma sistemática debía pedir a la enfermera que sostenía el frasco-ampolla que le mostrara el rotulado para ver que efectivamente era el medicamento solicitado, a la concentración apropiada y pudiera controlar la fecha de vencimiento.

### *b.- Reuniones grupales de anfiteatro*

Chifflet varias veces expresó las diversas razones por las que les concedía gran importancia.

Además de las razones generales ya enunciadas, consideraba que en lo personal lo enriquecían, y que servían para que los integrantes de la Clínica desarrollaran la capacidad de defender sus posiciones frente a problemas opinables con argumentos atendibles y válidos. Por otra parte, en una época en que ya el conocimiento médico experimentaba avances que lo hacían cada vez más difícil de seguir, facilitaban mantener una visión panorámica del conjunto de la especialidad y avanzar colectivamente en la capacitación del grupo.

Como fácilmente se apreciará en la descripción que sigue:

1.- todo esto no era casual sino deliberado.

2.- y era evidente que Chifflet las disfrutaba.

En forma regular durante la semana había tres de estas reuniones, y un cuarto tipo ocasional.

#### *b.1.- Ateneos generales de la Clínica*

Eran las reuniones de mayor jerarquía.

Eran multidisciplinarios; concurrían especialistas de otras disciplinas especialmente convocados de acuerdo a los temas a tratar.

Eran multitudinarios: concurría todo el personal médico, los estudiantes, dependiendo del tema un número variable de personal de enfermería, y de visitantes.

Chifflet los dirigía y mantenía el orden de su desarrollo. Les daba un ritmo ágil y un curso muy formal pero bastante distendido.

*"El temario es sólo una lista de sugestiones, para iniciar en cualquier punto la conversación. Después seguiremos hacia donde nos lleve el interés de los presentes."* (10)

Se sentaba en el centro de la primera fila de la gradería en actitud atenta, *"con el torso erguido y colocaba las palmas de las manos apoyadas a sus costados o las ponía juntas entre las rodillas. Ligeramente echado hacia atrás recorría a la gente con la mirada …"* (29)

Estimulaba a los demás a que se expresaran.

*"… utilizaba, naturalmente que con fines justos, la finta o el camino oblicuo con gran habilidad. Una de sus astucias favoritas, que al tiempo representa una de sus mayores virtudes, era hacernos creer a todos, desde los agregados al más humilde estudiante, que éramos muy inteligentes y como natural consecuencia, seducidos, e incapaces de reflexionar sobre lo justo de esa apreciación suya, todos íbamos muy contentos al Hospital y lo queríamos mucho."* (29)

Mantenía el orden. *"El éxito de la reunión depende de la colaboración de todos, buscando el diálogo ordenado. Es perjudicial quien quiere demostrar erudición o quien pretende hacer un planteamiento general del tema que todos conocen, en lugar de concretarse al asunto en discusión. Sacrifique su entusiasmo y atienda la insinuación del coordinador para terminar su exposición."* (10)

No permitía desperdiciar el tiempo. Cuando quien intervenía hablaba pero no expresaba ideas o razones, o se extendían más allá de lo necesario, Chifflet manifestaba sutilmente cierto grado de impaciencia y en forma característica y por demás elegante lo interrumpía diciendo *"Ta, ta"* (por *"está, está"*), que era una de sus pocas muletillas, seguida de una corta frase de síntesis del problema actual que oficiaba de puente hacia la consideración del siguiente.

Y en una oportunidad, interrumpió la exposición de uno de sus Profesores Agregados que se había excedido mucho del tiempo asignado con un recordado: *"Fulano, cortito, como para nosotros."*

– – –

Respecto a los asuntos de la Cirugía, Chifflet tenía sus sólidas convicciones, a las que había llegado por información, experiencia y reflexión.

Pero no las consideraba dogmas inmutables.

Escuchaba las razones de los otros, y en una actitud muy diferente a la prevalente entre sus iguales de entonces, no consideraba que confrontarlas con las suyas fuera impropio de su jerarquía.

Revelando una característica inherente a su espíritu científico, siempre estaba dispuesto a revisar sus saberes y a modificarlos si las evidencias lo demostraban sensato y necesario.

Este testimonio constituye un ejemplo de cuán lejos podía llegar en esta materia.



Comienzos de la década de 1960. Fotografía muy deteriorada de miembros de la Clínica Quirúrgica "A" en el anfiteatro de piso 9. De izquierda a derecha. Primera fila. A. Aguiar, C. Ormaechea, L. Praderi, E. Anavitarte, A. Chifflet, R. Varela Soto. Segunda fila: R. Praderi, M. Harretche, M. Zagía, B. Delgado, H. Parodi, O. Sbárbaro, M. Rouso, E. Bonavita. Tercera fila: A. Del Campo, M. Chizzola, J.C. Pertusso, no identificado, G. Mesa, N. Furiato y B. Sagario (secretarias), M. Mazza, R. Caritat. Última fila: el último a la derecha es U. Larre Borges.

### EL CÍSTICO EN LA LITIASIS BILIAR [15]

Alberto Del Campo se había formado en Cirugía en las Clínicas de su padre, el Profesor Juan Carlos Del Campo y, parcialmente, en la del Profesor Héctor Ardao.

En el concurso de Jefe de Clínica obtuvo un lugar que le permitía optar por ejercerlo en las Clínicas del Profesor Abel Chifflet o en la del Profesor José Piquinela; optó por la del primero.

En esa época tenía casi terminada su Tesis de Doctorado sobre el Conducto Cístico en la litiasis biliar, en la que defendía algunos conceptos sostenidos en la Clínica del Profesor Juan Carlos Del Campo; en especial, que la constatación de que el diámetro de los cálculos vesiculares era mayor que el del cístico no excluía la posibilidad de que existieran cálculos en la vía biliar principal, y que la exploración colangiográfica transcística de ésta era más completa y confiable que la puramente instrumental.

En la Clínica de Chifflet no se sostenían estos conceptos, y por los plazos reglamentarios Alberto Del Campo no tenía tiempo para hacer una tesis sobre otro tema.

Entonces le planteó el problema a Chifflet y éste no sólo le respondió que no veía inconvenientes en que presentara la tesis que tenía preparada, sino que aceptó ser el padrino de la misma y le pidió que, en operaciones por litiasis biliar, le mostrara en forma práctica lo que sostenía en su tesis.

Tiempo después Del Campo fue con Chifflet a Buenos Aires a una reunión científica importante con los cirujanos argentinos, en la que le hizo exponer esos conceptos.

La exposición de Del Campo fue criticada en forma pública y dura por un connotado gastroenterólogo uruguayo, que expuso argumentos basados más en la enemistad que tenía con el Profesor Juan Carlos Del Campo, que en sólidas razones.

La respuesta del gastroenterólogo "descolocó" un poco al joven Alberto Del Campo. Pero en ese momento sintió que alguien le presionaba la espalda y dio vuelta la cabeza. Era Chifflet que estaba detrás y le dijo: *"Respóndale, que yo lo apoyo"*.

### *b.2.- Reuniones de coordinación operatoria*

Junto con los ateneos generales eran las actividades grupales más importantes.

Su objetivo no era asignar un día, una hora y un equipo quirúrgico para operar a cada paciente; en aquella época con un block operatorio que funcionaba a pleno mañana y tarde y operaciones más cortas, prácticamente no había plazos de espera por falta de lugar.

La finalidad era considerar entre todos los componentes del problema clínico del paciente e identificar la mejor propuesta terapéutica como garantía de calidad asistencial y como experiencia de aprendizaje colectivo.

A ellas concurrían los anestesistas, y cuando las características particulares de los casos lo exigían, radiólogos, anatomopatólogos, laboratoristas, otros especialistas quirúrgicos, endoscopistas, médicos internistas, etc.

Las diversas posiciones frente a un problema no siempre eran defendidas por personal de la clínica de igual jerarquía. En el clima de racionalidad y confianza imperante era posible que un practicante interno sostuviera con razones válidas posiciones distintas a las de un profesor Agregado. Un ejemplo de esta situación, muy recordado por los integrantes de la Clínica de esa época, fue una interesante discusión entre el Practicante Raúl Amorín y el Profesor Agregado Eduardo Anavitarte a propósito de lo que era mejor hacer con un paciente portador de un aneurisma cirsoideo recidivante del pulgar y la eminencia tenar.

Chifflet dirigía estas reuniones y trataba de hacer participar a todos.

Insistía en la consideración de todos los aspectos del problema clínico y jerarquizaba la valoración global del paciente.

**¿CÓMO ESTÁ EL ENFERMO?** [30]

En una reunión de anfiteatro, el Dr. Milton Mazza Jefe de Clínica presentó un paciente con una arteriopatía obstructiva periférica. Como ya tenía una clara orientación hacia la Cirugía Vascular Periférica, se explayó tal vez excesivamente en la descripción de la enfermedad.

Cuando terminó su presentación, Chifflet con una ligera sonrisa comentó: *"Dr. Mazza, por su exposición ya sabemos muy bien cómo están las arterias, pero ¿cómo está el enfermo?*

Como conclusión, sistematizaba las propuestas y las ordenaba por el peso de las razones que las fundamentaban.

En general, en el contexto de la libertad vigilada que reinaba en la clínica, la directiva operatoria era general y amplia en el sentido de permitir la realización de las variaciones técnicas menores que el cirujano encargado de la operación prefiriera.

### *b.3.- Reuniones de Anatomía Patológica*

Se hacían en un contexto de correlación con la actividad operatoria, para ver la pieza de resección o el corte histológico y cerrar así los casos. Por sus capacitaciones específicas en esta disciplina inicialmente estas reuniones eran coordinadas por Héctor Ardao; luego lo fueron por Alberto Aguiar .

### *b.4.- Reuniones conjuntas con otras clínicas y departamentos. Exposiciones de invitados, etc.*

Eran menos frecuentes y más formales, aunque Chifflet procuraba que dejaran un espacio final para preguntas y comentarios.

Como la mayoría de los invitados trabajaban en el Hospital de Clínicas y existía un conocimiento y una fluida comunicación funcional entre los diversos servicios asistenciales, reinaba un clima de cercanía y de trabajo conjunto que facilitaba y hacía muy productivas estas reuniones. Esta cercanía era especialmente destacable con Medicina, con Gastroenterología y con Urología, no sólo porque trabajaban en grupos de enfermedades que eran comunes o vecinos a los de la Cirugía, sino además porque Chifflet tenía estrechas relaciones con sus docentes superiores: Pablo Purriel [23] en Medicina, Cándido Muñoz Monteavaro y Gilberto Martínez Prado en Gastroenterología, Frank Hughes, Julio Viola Peluffo y otros en Urología.

Muñoz Monteavaro conocía a Chifflet desde la época del Pasteur cuando estaba en la Clínica de Plá como médico colaborador; allí hizo su tesis de doctorado sobre sindromes costoescalénicos y realizó con Chifflet el trabajo sobre aspectos quirúrgicos de los mismos (capítulo 17).

Pocos años más tarde aparece en las primeras fotografías de grupo de la Clínica de Chifflet en el Pasteur; y como Profesor de Gastroenterología en el Hospital de Clínicas estableció una vinculación funcional estrecha con la Clínica Quirúrgica "A" en múltiples temas comunes a ambas, especialmente en hipertensión portal.

– – –

La anécdota que sigue se repite con frecuencia entre los cirujanos. Probablemente sea cierta, y muestra el clima de cercanía y jovialidad que reinaba en el Hospital hasta entre los jefes de estos diferentes Servicios.

**UN COMENTARIO SOBRE UN CIRUJANO CON UN LIBRO ... SIN VER SU TÍTULO**

El Profesor Pablo Purriel nació en Navarra (España) un año después que Chifflet. Sus padres vinieron a Uruguay en 1909 y se establecieron en Santa Catalina, una población de menos de 1.000 habitantes del Departamento de Soriano sobre la ruta 2 a 80 kilómetros de Mercedes, centrada por una estación de ferrocarril.

Hizo la enseñanza media en Montevideo y una carrera brillante como estudiante de Medicina. Se recibió a los 24 años, a los 34 era Profesor Agregado de Medicina (1939) y a los 42 (1947) luego de un memorable concurso, Profesor de Semiología, cargo que ocupó hasta su retiro en 1970. Hombre apasionado e incansable tuvo múltiples cargos de gran responsabilidad y realizó trabajos científicos que le dieron merecido prestigio fuera de fronteras.

Como se puede comprobar en diversas partes de este libro, Purriel y Chifflet tenían mucha cercanía porque recorrieron juntos muchos caminos en la Medicina; y en la culminación de sus respectivas vidas académicas, coincidieron varios años en la jefatura de dos servicios asistenciales vecinos del Hospital de Clínicas a los que en muchos aspectos hicieron trabajar en forma conjunta.

— — —

Cierta vez al entrar a un ascensor del Hospital de Clínicas, Purriel que tenía una nariz muy pronunciada por la que el ingenio anónimo de la Facultad le había puesto el sobrenombre de "el Ñato", vio que en él estaba Chifflet que llevaba un libro de volumen considerable. El ascensor estaba casi lleno y quedó a distancia de Chifflet.

Entonces juzgó que era una buena oportunidad para marcar las dudas tradicionales de los médicos respecto al saber de los cirujanos, y en consecuencia en tono jocoso, sin dirigirse a nadie en particular comentó en voz alta y en tono admirativo como si se tratara de una rareza: *"¡ Mirá: un cirujano con un libro !"*

Chifflet esbozó una sonrisa y le respondió de inmediato en forma lacónica, pícara y, para sus colaboradores que le rodeaban, lapidaria: *"Si. ¿Te interesa?"***.** Y a continuación le mostró el título.

Purriel no sabía que era un libro escrito en italiano sobre *"Chirurgia del Naso"* (Cirugía de la nariz).

### *b.5.- Cursos y jornadas*

Chifflet organizaba Cursos y Jornadas que tenían una elevada concurrencia de cirujanos de Montevideo y el Interior.

Con cierta frecuencia se estructuraban en torno a un cirujano de renombre de países vecinos o lejanos. Como ejemplo de las actividades de este tipo merece recordarse el curso de Proctología organizado en 1965 en torno a la visita de varios días a Uruguay del Profesor Neil W. Swinton, un prestigioso cirujano colorectal de la Clínica Lahey de Boston.

### *c.- Las clases clínicas de Chifflet*

En general las destinaba a los estudiantes de Medicina. Pero eran útiles a todos los cirujanos de la clínica, no sólo a los que estaban en etapa de formación.

Lo primero a señalar es que en los períodos en que estaban presentes los pacientes, se hacía muy evidente el profundo respeto que Chifflet tenía por éstos como personas.

En toda la interacción con ellos cuidaba tratarlo en forma deferente, percibir su estado de ánimo y ajustarse a él, respetar sus sentimientos, mantenerlo en esa situación desventajosa de sometimiento a la exposición pública el menor tiempo posible, no menoscabar su dignidad, y no hacer ningún comentario referente a su enfermedad que pudiera aumentar su zozobra.

Cuidaba especialmente no herir su pudor; el examen pelviano por tacto rectal o vaginal y el examen mamario eran maniobras que jamás hacía en ambientes donde hubiera más personas que las necesarias para un digno acto asistencial y docente. Y no sólo cuidaba escrupulosamente estos aspectos, sino que señalaba su importancia e insistía en que todos hicieran lo mismo.

– – –

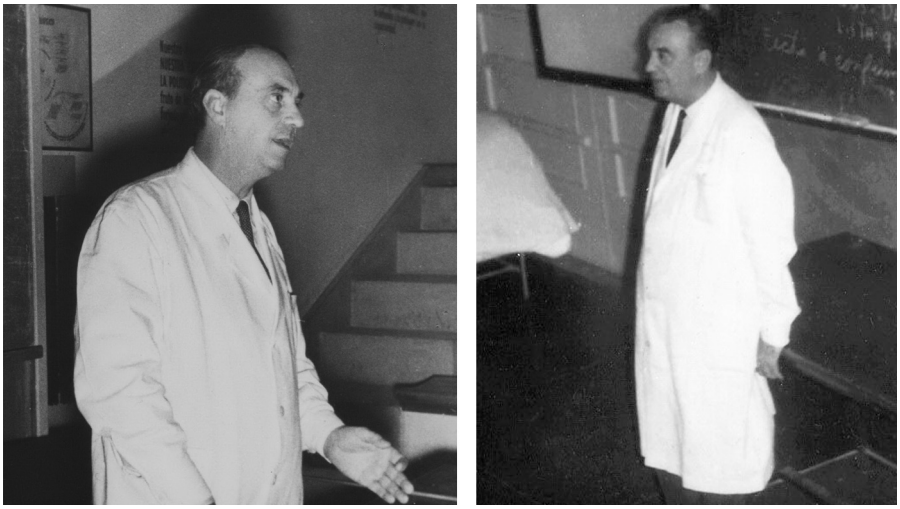
Las clases de Chifflet como Profesor de Clínica Quirúrgica tenían el mismo atractivo pedagógico especial que las de las etapas anteriores de su carrera docente. Como se señala en diversas partes de este capítulo y en algunas otras de esta biografía, ellas fueron destacadas en forma unánime y repetida por quienes muchos años antes las habían presenciado, lo que testimonia el impacto que ellas tenían.

Mantenían en forma permanente la atención y cierto grado de expectativa.

Eran destacables la claridad de la exposición, la simplicidad con que presentaba los asuntos más complejos y encontraba la solución a los problemas que éstos planteaban.

Y sobre todo era muy notoria su practicidad.

Cualquiera fuera el nivel del auditorio o el propósito de la clase, ésta, como su pensamiento, no tenía la finalidad de detenerse en la exposición o el desarrollo detallado de los conocimientos teóricos, sino subrayar conceptos que fueran de utilidad para las actividades clínicas y operatorias de la práctica asistencial cotidiana.



Abel Chifflet, en dos momentos diferentes, dictando clase en el anfiteatro del piso 9 del Hospital de Clínicas. En la fotografía de la izquierda se observan algunas de las leyendas que su predecesor Carlos Stajano había hecho pintar en las paredes.

En cuanto a su estructura, como se señala en el preámbulo de este libro, en sus expresiones orales o escritas, Chifflet en general no pretendía describir ordenadamente el tema desde la A a la Z y mucho menos agotarlo, sino que rápidamente se centraba en los puntos clave para entender un asunto o encontrar la solución de un problema.

Sus clases no escapaban a este esquema y eran un modelo de orden, sensatez, racionalidad y pragmatismo.

También de concreción.

Iba derecho al asunto principal, identificaba claramente los cuatro o cinco aspectos más importantes o dificultosos del problema clínico-terapéutico, y los analizaba en forma reflexiva. Con ello dejaba en el auditorio conclusiones claras y conceptuales que mostraban la indudable profundidad de su pensamiento y los cursos de acción necesarios para avanzar en el proceso asistencial quirúrgico de cada caso.

Con conceptos elegidos y frases claras y cortas, en las que no había palabras innecesarias, sus clases no se prolongaban más de 45 minutos sin que por ello amputara el mensaje a trasmitir o redujera el énfasis en su importancia.

Interactuaba con los concurrentes; nunca los abrumaba con su superioridad intelectual.

Eran clases verdaderamente clínicas.

Raramente recurría al pizarrón y excepcionalmente usaba proyecciones. La tecnología para ellas aún era rudimentaria (placas de vidrio de 10 x 10 cms. y episcopios primitivos que daban imágenes oscuras; las diapositivas de 35 mm. recién empezaban a popularizarse, no existían los retroproyectores de láminas transparentes modernos y nadie imaginaba que un día no tan lejano existirían cañones de proyección y multimedia).

El autor conserva algunos apuntes que tomó en esas clases cuando era estudiante, que reflejan claramente estas características. Pero consideró más demostrativo transcribir y comentar un artículo publicado en la Revista Médica del Este.

La simplicidad y concisión de su lenguaje, la linealidad de su estructura y la claridad y practicidad de su mensaje, y el propósito de convencer sin imponer, lo hacen un buen ejemplo de las características de la pedagogía de Chifflet y bien podría haber sido el texto de una de sus clases.

**LEVANTAMIENTO DE LOS OPERADOS [8]**

**Comienza aludiendo a una situación concreta que ubica en el tema, y da las razones parahaberlo elegido.**

*"De paso por la sala vimos una enferma operada ayer de apendicitis en frío. Preguntamos por su temperatura y pulso, que eran normales. Había orinado espontáneamente. No tenía dolores y se sentía bien. Le habían indicado el levantamiento para hoy.*
*Nos parece que es una indicación correcta, pero deseamos tomar el hecho, para puntualizar algunos aspectos de lo que ha dado en llamarse el levantamiento precoz."*

**A continuación reconoce los componentes del problema.**

*"Relacionado con este problema debemos considerar dos puntos diferentes: la movilización del enfermo y la posición del enfermo."*

**Analiza el primero.**

*"La movilización del operado debe ser inmediata. Siempre que no interfiera con la zona operatoria, el enfermo debe moverse desde que está despertando de la anestesia. Esta movilización evita el encharcamiento sanguíneo en zonas declives y favorece la circulación por efecto de las contracciones musculares. Esta movilización puede ser pasiva, pero es indudablemente mejor si es activa. En la cama el enfermo debe mover en forma periódica sus miembros inferiores, sus miembros superiores; su cuello; su tronco, en un sentido y en otro. Es necesario que la enfermera dirija estos movimientos vigilando su cumplimiento regular.*

*La movilización es una indicación fundamental en el operado. A menudo se confunde con levantamiento del enfermo y se ubica al operado en un sillón, dejándolo quieto en forma seriamente perjudicial. Personalmente no tenemos la obsesión de levantar al enfermo, pero nos preocupa mucho en no tener al enfermo anclado e inmóvil en ningún lugar ni en ninguna posición."*

**Analiza el segundo y lo subdivide.**
*"La posición del enfermo es un asunto diferente, que se presta a discusión. En esta discusión no hacemos pesar más que las razones científicas, pasando a segundo término las consideraciones sobre días de hospitalización, que sólo pueden influir si se respeta la salud del enfermo que es lo fundamental. En la posición a dar a un operado debe considerarse por una parte la acción sobre la zona operatoria y por otra parte la acción sobre el enfermo en general."*

**Se refiere a la primera sub-división.**
*"La zona operatoria debe estar en reposo, porque la movilización da dolor y modifica perjudicialmente los procesos de cicatrización. El reposo regional después de una operación sobre cuello, tórax o miembro superior se obtiene sin considerar para nada si el enfermo está en cama o sentado o caminando. Lo mismo sucede con una operación sobre vientre superior. Después de operaciones sobre el bajo vientre o el perineo o el miembro inferior, sólo puede tenerse reposo regional si el enfermo está en cama o se levanta con un dispositivo que impida la movilización de la zona operatoria. En este sentido está indicado un buen vendaje hipogástrico para el vientre o el uso de un dispositivo ortopédico para el miembro inferior."*

**Analiza la segunda sub-división.**
*"Manteniendo en reposo la zona operatoria los factores a considerar para levantar al enfermo son numerosos. Analizaremos los cinco principales: psiquis, digestión. y deposiciones, micción, respiración y circulación.*
*La psiquis del operado mejora mucho con el levantamiento. Por supuesto que debe ser un levantamiento preparado mentalmente, agradable, sin violencias. El enfermo adquiere así un sentido de mejoría y confianza. Desaparece la intranquilidad y se alimenta mejor colaborando en las terapéuticas que exigen su participación.*
*La digestión es mejor con el enfermo levantado. El funcionamiento intestinal es particularmente beneficiado. La movilización intestinal detenida por el reposo en cama, se realiza mejor con el levantamiento. La evacuación es siempre mejor que en la cama.*
*La micción es con frecuencia difícil en el lecho, aun para una persona sana. En el operado lo es más. Haciendo poner de pie al enfermo se consigue con frecuencia una micción espontánea. Este hecho tiene una gran importancia en el hombre, en especial si ha pasado los 50 años, porque la retención de orina origina distensión y anoxia del músculo vesical con seria repercusión en la motilidad, y porque el sondeo vesical puede provocar fenómenos infecciosos que sumados a la paresia vesical, pueden poner en marcha fenómenos de prostatismo que era latente y tolerado.*
*Agreguemos además que el esfuerzo de micción se realiza con la musculatura hipogástrica y que, por lo tanto, en las incisiones de esa región, en especial por hernia inguinal, tal esfuerzo puede ser perjudicial. Por estos motivos, los operados de hernia, que deberían, por ser operados de bajo vientre, mantenerse en decúbito, son levantados por nosotros el día mismo de la operación si la micción no es fácil en la cama.*

*La respiración es mucho mejor, teniendo el tronco vertical, sobre todo en el hombre. Esto se puede conseguir poniendo de pie al enfermo o sentándolo en un sillón o en la cama. La posición sentada no es tan útil a la respiración como la posición de pie, pero puede igualarse si se levantan los brazos del enfermo.*
*La circulación es muy modificada por el levantamiento. En términos generales se perjudica con esta posición. Lo saben muy bien todos los médicos generales y no es diferente en el operado. El corazón trabaja mejor con los miembros inferiores horizontales y el tronco vertical si la volemia es normal o hay sobrecarga cardíaca. Cuando hay hipovolemia (hemorragia, deshidratación, shock) el corazón beneficia de la posición en decúbito en que recibe más sangre.*
*El sistema venoso se vacía mejor en decúbito que de pie. Hemos analizado las estadísticas sobre flebitis postoperatoria en que se ha querido mostrar los beneficios del levantamiento en su profilaxis y hemos encontrado que el número de flebitis era con frecuencia mayor en los levantados. Es indudable que la verdadera profilaxis es el movimiento de las diferentes partes del enfermo, en especial de los miembros inferiores y que es mucho mejor si está horizontal que si está de pie o sentado en un sillón, con las piernas verticales."*

**En base a lo anterior asume una posición frente al tema.**
*"Todas las consideraciones antedichas nos conducen a la afirmación de que los que son partidarios o contrarios del llamado levantamiento precoz actúan en forma sistemática que puede ser perjudicial para los enfermos. Es necesario resolver frente a cada caso, haciendo pesar los beneficios o perjuicios que a ese enfermo le significa cada posición.*
*En la práctica hay enfermos que por razones psíquicas, pulmonares o de la micción, deben levantarse lo más pronto posible y entonces indicamos: levantarlo. Otras veces no hay contraindicación para levantarlo y entusiasmamos al enfermo, pero lo dejamos a su criterio. Indicamos en estos casos: puede levantarse."*

**Concluye.**
*"Cuando se ha resuelto levantar a un operado reciente es necesario hacerlo con ciertas precauciones. Prepararlo psíquicamente, mostrándole el buen efecto sobre otros enfermos y dándole la seguridad de los beneficios. Debe ser levantado por enfermera experimentada, de modo que no sufra ni se perjudique por movilización de la zona operatoria."*

**Vuelve al caso original y aplica las conclusiones.**
*"La enferma que vimos en el Hospital operada ayer de apendicitis va a levantarse hoy.*

1) *La región operatoria no va a ser influenciada ni en las vísceras ni en la pared abdominal.*
2) *La enferma se va a sentir más satisfecha y va a contribuir a su pronta recuperación.*
3) *La digestión y la evacuación intestinal y urinaria va a ser mejor.*
4) *Respirará mejor, alejando la posibilidad de un proceso pulmonar.*
5) *El sistema venoso de los miembros inferiores se encharcará, favoreciendo con esto la flebitis."*

**Y termina con dos frases que refuerzan el mensaje principal.**
*"En este caso la conducta es sencilla: levantar hoy a la enferma, pero no dejarla inmóvil en un sillón. Dar más jerarquía a la movilización que al levantamiento."*

### *d.- Temas en discusión*

En 1963 Chifflet publicó un folleto, por demás interesante, con este título [10].

En su introducción explica que: *"En el curso de los últimos años se ha dedicado en la Clínica Quirúrgica a mi cargo, particular atención a determinados temas. Entre ellos hemos escogido seis y de cada uno hemos anotado 10 puntos para centrar en ellos la atención este año."*

El folleto ante todo muestra el nivel de desarrollo organización y madurez que bajo la dirección de Chifflet había alcanzado la Clínica Quirúrgica "A".

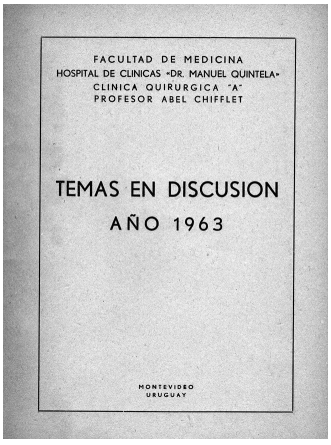
Además señala la metodología que consideraba más adecuada para avanzar en el conocimiento de estos temas y el valor que daba para esta tarea a los aportes de todos los integrantes de la Clínica reunidos en ateneo. *"El análisis cuidadoso de la casuística y la consulta bibliográfica deben ser enriquecidos por la enseñanza que surge del intercambio constructivo, franco y libre en reuniones dedicadas a esos temas. Buscamos opiniones y objeciones a las nuestras, con hechos que las fundamenten, prefiriendo la experiencia vivida junto al enfermo a los números fríos de la estadística."*

Finalmente el folleto contiene el listado de los temas en discusión que hacen un retrato de los principales problemas de la cirugía en aquella época, por lo que merece ser reproducido.

**TEMAS EN DISCUSIÓN. AÑO 1963**

**Cirugía de las paredes anterolaterales del abdomen.**

- Técnicas de descenso del borde inferior del músculo conjunto en la hernia inguinal.
- La recidiva de la hernia umbilical.
- El preoperatorio de las grandes hernias.
- El uso de inclusiones metálicas, plásticas u orgánicas en las grandes hernias
- La reparación anatómica por disección amplia. Sentido funcional.
- Cierre temporario de las hernias.
- La musculatura abdominal en las funciones viscerales.




1963. Temas en discusión en la Clínica Quirúrgica "A".

- Dehiscencias posoperatorias: prevención, tratamiento.
- Problemas urogenitales en la hernia inguinal.
- El levantamiento, la vida activa y el trabajo en las incisiones abdominales y operados de hernias.

**Cirugía de urgencia en colon.**

- En oclusión sigmoidea por neoplasma: cecostomía, colostomía transversa, colostomía izquierda o colectomía.
- En oclusión por neoplasma de colon derecho: ileocolectomía o derivación interna por ileotransversostomía.
- Heridas de colon en la práctica civil: reparación del colon con o sin colostomía desfuncionante; exteriorización.
- En colitis ulcerosa grave: ileostomía o colectomía. Proctocolectomía total o dejer recto o recto y sigmoides.
- Técnica de las colostomías en oclusión.
- Los problemas del íleo en el posoperatorio de la colectomía parcial.
- Las sondas de aspiración digestiva en el preoperatrio de la cirugía del colon.
- El estudio radiológico en afecciones agudas del colon (traumáticas – oclusión – hemorragia, etc).
- Conducta con la gran hemorragia de origen colónico.
- Conducta en los neoplasmas de colon con peritonitis o absceso.

**La colopatía diverticular.**

- Tratamiento de la hemorragia colónica en el enfermo con colopatía diverticular.
- La fístula sigmoido-vesical.
- Asociaciones lesionales en la colopatía diverticular.
- La perforación por enema o por endoscopía.
- Límite superior de la resección del sigmoides.
- Topografía y vías de drenaje de los abscesos perisigmoideos.
- La oclusión en la colopatía.

**Cirugía de la hipertensión portal.**

- Tratamiento de la gran hemorragia por várices esofagianas.
- La ascitis antes y después de la cirugía de la hipertensión portal.
- Los trastornos mentales en la anastomosis porto-cava.
- Variantes anatómicas del pedículo hepático.
- Indicaciones de la anastomosis esplenorenal o porto-cava.
- La trombosis de la vena porta. Tratamiento quirúrgico.
- Hipertensión portal y quiste hidático del hígado.
- Resultados alejados de las derivaciones en la cirrosis.
- La hemorragia en un enfermo con hipertensión portal.
- Abordaje quirúrgico en la cirugía del sistema porta.

**Cáncer del esófago.**

- Cáncer en el mega-esófago.
- La vía torácica derecha en la esofagectomía.
- La investigación operatoria en el diagnóstico y en la extensión del cáncer del esófago.
- Métodos de sustitución del esófago.

- Procesos pilóricos, duodenales, biliares, etc. en los ascensos gástricos para anastomosis esófago gástrica.
- Operaciones en varios tiempos en el cáncer del esófago.
- Hernia del hiato y cáncer.
- Radioterapia y cirugía.
- Operaciones paliativas.
- Investigación preoperatoria de operabilidad.

**Cirugía de arterias y venas periféricas.**

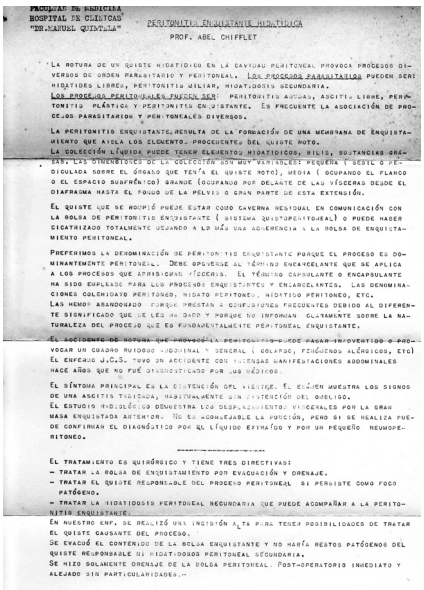
- Complicaciones alejadas de los injertos arteriales.
- Aneurisma roto de aorta abdominal. Indicación quirúrgica.
- Ruptura espontánea de colaterales aórticas y abdominales.
- Resultados de trombectomías arteriales y embolectomías en agudo.
- Tratamiento de las heridas vasculares: sutura, ligadura o injerto.
- Trombectomía venosa en agudo.
- Fístulas arterio-venosas congénitas de los miembros.
- Malformaciones venosas cavo-ilíacas. La estenosis de la ilíaca izquierda.
- Tratamiento de las secuelas de flebitis.
- Resultados alejados del by-pass fémoro-poplíteo y aorto-femoral.

En 1965 hizo una lista semejante de circulación interna que con la inclusión de temas de cirugía biliar y pancreática muestra la evolución en las preferencias.

### *e.- Hojas mimeografiadas*

Chifflet preparaba textos breves, de una carilla, que hacía imprimir a mimeógrafo y repartir entre quienes concurrían a la Clínica. En ellos resumía lo esencial de cómo concebía los principales conceptos o el estado del tema.

Se conservan una sobre hidatidosis peritoneal secundaria, otra sobre peritonitis enquistante hidatídica.



FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLINICAS
"DR. MANUEL QUINTELA"

PERITONITIS ENQUISTANTE HIDATIDICA

PROF. ABEL CHIFFLET

LA ROTURA DE UN QUISTE HIDATIDICO EN LA CAVIDAD PERITONEAL PROVOCA PROCESOS DIVERSOS DE ORDEN PARASITARIO Y PERITONEAL. LOS PROCESOS PARASITARIOS PUEDEN SER: HIDATIDOSIS LIBRE, PERITONITIS MILIAR, HIDATIDOSIS SECUNDARIA.

LOS PROCESOS PERITONEALES PUEDEN SER: PERITONITIS AGUDA, ASCITIS LIBRE, PERITONITIS PLASTICA Y PERITONITIS ENQUISTANTE. ES FRECUENTE LA ASOCIACION DE PROCESOS PARASITARIOS Y PERITONEALES DIVERSOS.

LA PERITONITIS ENQUISTANTE RESULTA DE LA FORMACION DE UNA MEMBRANA DE ENQUISTAMIENTO QUE AISLA LOS ELEMENTOS PROCEDENTES DEL QUISTE ROTO.
LA COLECCION LIQUIDA PUEDE TENER ELEMENTOS HIDATIDICOS, BILIS, SUBSTANCIAS ORGANICAS. LAS DIMENSIONES DE LA COLECCION SON MUY VARIABLES: PEQUEÑA ( DESDE EL PEDICULADO SOBRE EL OVARIO QUE TENIA EL QUISTE ROTO), MEDIA ( OCUPANDO EL FLANCO O EL ESPACIO SUBFRENICO) GRANDE (OCUPANDO POR DELANTE DE LAS VISCERAS DESDE EL DIAFRAGMA HASTA EL FONDO DE LA PELVIS O GRAN PARTE DE ESTA EXTENSION.

EL QUISTE QUE SE ROMPIO PUEDE QUEDAR COMO CAVERNA RESIDUAL EN COMUNICACION CON LA BOLSA DE PERITONITIS ENQUISTANTE ( SISTEMA QUISTOPERITONEAL) O PUEDE HABER CICATRIZADO TOTALMENTE USUANDO A LO MAS UNA ADHERENCIA A LA BOLSA DE ENQUISTAMIENTO PERITONEAL.

PREFERIMOS LA DENOMINACION DE PERITONITIS ENQUISTANTE PORQUE EL PROCESO ES DOMINANTEMENTE PERITONEAL. DEBE OPONERSE AL TERMINO ENCAPSULANTE QUE SE APLICA A LOS PROCESOS QUE APRISIONAN VISCERAS. EL TERMINO CAPSULANTE O ENCAPSULANTE HA SIDO EMPLEADO PARA LOS PROCESOS ENQUISTANTES Y ENCARCELANTES. LAS DENOMINACIONES COLENDIDATO PERITONEO, HIDATO PERITONEO, HIDATITO PERITONEO, ETC.
LAS HEMOS ABANDONADO PORQUE PRESTAN A CONFUSIONES FRECUENTES DEBIDO AL DIFERENTE SIGNIFICADO QUE LE LES HA DADO Y PORQUE NO INFORMAN CLARAMENTE SOBRE LA NATURALEZA DEL PROCESO QUE ES FUNDAMENTALMENTE PERITONEAL ENQUISTANTE.

EL ACCIDENTE DE ROTURA QUE PROVOCA LA PERITONITIS, PUEDE PASAR INADVERTIDO O PROVOCAR UN CUADRO RUIDOSO (ABDOMINAL Y GENERAL ( COLAPSO, FENOMENOS ALERGICOS, ETC)
EL ENFERMO J.C.S. TUVO UN ACCIDENTE CON INTENSAS MANIFESTACIONES ABDOMINALES HACE AÑOS QUE NO FUE DIAGNOSTICADO POR LOS MEDICOS.

EL SINTOMA PRINCIPAL ES LA DISTENCION DEL VIENTRE. EL EXAMEN MUESTRA LOS SIGNOS DE UNA ASCITIS TIGITADA, HABITUALMENTE SIN DISTENCION DEL OMBLIGO.
EL ESTUDIO RADIOLOGICO DEMUESTRA LOS DESPLAZAMIENTOS VISCERALES POR LA GRAN MASA ENQUISTADA ANTERIOR. NO ES ACONSEJABLE LA PUNCION, PERO SI SE REALIZA PUEDE CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO POR EL LIQUIDO EXTRAIDO Y POR UN PEQUEÑO NEUMOPERITONEO.

EL TRATAMIENTO ES QUIRURGICO Y TIENE TRES DIRECTIVAS:
- TRATAR LA BOLSA DE ENQUISTAMIENTO POR EVACUACION Y DRENAJE.
- TRATAR EL QUISTE RESPONSABLE DEL PROCESO PERITONEAL SI PERSISTE COMO FOCO PATOGENO.
- TRATAR LA HIDATIDOSIS PERITONEAL SECUNDARIA QUE PUEDE ACOMPAÑAR A LA PERITONITIS ENQUISTANTE.

EN NUESTRO ENF. SE REALIZO UNA INCISION ALTA PARA TENER POSIBILIDADES DE TRATAR EL QUISTE CAUSANTE DEL PROCESO.
SE EVACUO EL CONTENIDO DE LA BOLSA ENQUISTANTE Y NO HABIA RESTOS PATOGENOS DEL QUISTE RESPONSABLE NI HIDATIDOSIS PERITONEAL SECUNDARIA.
SE HIZO SOLAMENTE DRENAJE DE LA BOLSA PERITONEAL. POST-OPERATORIO INMEDIATO Y ALEJADO SIN PARTICULARIDADES.-

Minuta sobre Hidatidosis peritoneal secundaria

### *f.- Visitas del personal de la Clínica Quirúrgica "A" a otras Facultades y al Sanatorio Americano*

Chifflet organizaba visitas periódicas de la Clínica a instituciones sanitarias, probablemente con la finali-

dad de dar a los que la integraban una visión más global de las actividades en relación con la salud.

Unas de ellas se hacían a la Facultad de Veterinaria, con cuyos docentes Chifflet tenía buenas relaciones, y a la de Odontología para tomar contacto con procesos dentales cuyas complicaciones exigían la participación de los cirujanos.

Otras se hacían al Sanatorio Americano. Consistían en un recorrido sistemático a sus instalaciones, en el que Chifflet oficiaba de guía. Les mostraba con discreta pero evidente satisfacción, los detalles de una institución asistencial médica que en aquél entonces estaba dirigida predominantemente a la clientela privada, que era un modelo en el medio, que reproducía algunos aspectos organizativos que Chifflet había admirado en el extranjero y tratado de imitar, y en cuya materialización había cumplido un importante papel.

***g. -Docencia a los estudiantes de Medicina***

En la importancia que le atribuía y en los modelos que empleaba, no tenía características que difirieran sustancialmente con las ya descritas para el Hospital Pasteur.

***h.- El block operatorio***

La Clínica Quirúrgica "A" tenía un gran volumen operatorio, pero sin embargo Chifflet no operaba mucho en el Hospital de Clínicas.

Tal vez entendía que no debía quitar oportunidades de aprendizaje a sus colaboradores.

Por otra parte, en el enorme hospital departamentalizado la coordinación eficaz y oportuna de las distintas actividades que debían converger en el block para poder operar, (anestesia, banco de sangre, enfermería de block y de piso, ascensores y traslado de pacientes, ropería, lavadero, centro de materiales, calderas que suministraban el vapor para esterilización y calefacción, insumos, etc.) ya mostraba incipientes manifestaciones de deterioro, que se le hacían cada vez más difíciles de tolerar porque estaba acostumbrado a operar en el block del Sanatorio Americano, cuyo funcionamiento estaba perfectamente organizado.

Pero concurría al block, observaba, aconsejaba, apoyaba, acordaba la solución de problemas con anestesistas, instrumentistas y enfermeras, y controlaba que la descripción operatoria se hiciera correctamente.

Respecto a esta última, insistía en que debía ser hecha apenas terminada la operación para que no se desvirtuara, y en que debían consignarse todos los datos para que no perdiera su capacidad de herramienta de investigación clínica. En su época aún no se había popularizado el uso de hojas

con diagramación que favoreciera que las descripciones operatorias fueran ordenadas y completas, pero Chifflet insistía en que debían serlo. Decía por ejemplo que la descripción del cierre parietal debía incluir referencias claras a las características de los planos, el material de sutura empleado, los puntos y los nudos utilizados y cualquier otro aspecto que luego permitiera hacer un análisis de la incidencia de estos factores en la producción de dehiscencias parietales y eventraciones.

### *i.- Actitud ante los cambios*

Chifflet procuraba mantenerse al día en el conocimiento del estado de la Cirugía y se interesaba en los cambios.

Pero tenía una actitud prudente ante ellos.

No era conservador ni precipitado; los observaba y analizaba en forma crítica, y si llegaba a la conclusión que constituían avances, que eran beneficiosos para los pacientes, o que era algo mejor que lo que él preconizaba o hacía, los incorporaba.

Los tres testimonios que siguen constituyen buenos ejemplos de esta actitud de Chifflet ante los cambios.

**CHIFFLET Y LAS VAGOTOMÍAS**

Como se muestra en el capítulo 16, en la época de Chifflet la operación más frecuente para el tratamiento de las enfermedades gastro-duodenales era la gastrectomía. A ella y a sus consecuencias dedicó un grupo importante de sus trabajos.

Su colaborador Héctor Ardao hizo una larga estadía en Rosario (República Argentina) aprendiendo con Oscar J. Cames los refinamientos de esta técnica [(42)].

Las primeras vagotomías para el tratamiento de las úlceras gástricas, habían sido hechas por cirujanos alemanes y franceses en las primeras décadas del siglo XX. En su mayor parte eran tronculares, y no siempre se les asociaba operaciones de drenaje gástrico.

A principios de la década de 1940 los nuevos conocimientos sobre la anatomía vagal y la fisiología gástrica, la hipótesis de Dragstedt sobre la patogenia del ulcus, y la observación de los dos primeros casos de úlcera duodenal tratados exitosamente por vagotomía troncular (1943; Dragsted y Owens), dieron nuevo impulso al estudio y realización de la vagotomía.

El resultado fue que rápidamente el espectro de recursos operatorios disponibles para el tratamiento del ulcus gastro-duodenal se amplió con diversos tipos de vagotomía (selectiva: 1948; gástrica proximal o superselectiva: fines de la década de 1960) asociadas o no a diversas formas de drenaje gástrico (piloroplastia o gastroenterostomía) o a operaciones de resección gástrica (antrectomía) [(12)] .

La variedad de las propuestas confundía, y a los más sagaces este hecho mostraba que probablemente ninguna era totalmente buena.

Cuando sus colaboradores preguntaron a Chifflet por qué no comenzaban a hacer vagotomías, dijo que en el medio ya había quienes habían comenzado a hacerlas y que era mejor esperar a ver si sus resultados eran mejores que los que se obtenían con la gastrectomía [28].

## EL ABORDAJE POSTERIOR DE UN QUISTE HIDÁTICO HEPÁTICO [15]

En cierta oportunidad Chifflet estaba en el block operatorio preparándose para operar a un paciente con un quiste hidático de ubicación posterior en el lóbulo derecho del hígado. A su lado estaba su novel Jefe de Clínica Alberto Del Campo que lo iba a ayudar.

Chifflet le preguntó qué abordaje consideraba más apropiado y éste respondió que en su opinión era el abordaje posterior con resección de la undécima costilla. Chifflet le preguntó si tenía experiencia con él a lo que éste respondió afirmativamente agregando que la había adquirido con su padre el Profesor Juan Carlos Del Campo.

Entonces Chifflet le dijo: *"lo opera Usted y yo le ayudo."*

Esta actitud abierta también la tenía frente a los nuevos instrumentos.

## LAS PINZAS DE SUTURA MECÁNICA PARA ANASTOMOSIS DIGESTIVAS

Si bien las primeras son de 1908 [38] , recién en la década de 1950 en la Unión Soviética aparecieron las primeras comerciales reusables de sutura mecánica recta, que eran mucho más voluminosas y de manejo más complejo que las actuales.

Hacia 1966, en plena Guerra Fría, una delegación de la Unión Soviética integrada entre otros por el cirujano P. Y. Androssov, vino a Montevideo con el propósito de hacer demostraciones operatorias de su empleo.

Fue un hecho llamativo porque históricamente la Cirugía Uruguaya no tuvo vinculaciones directas con la Cirugía de Rusia.

Andossov estuvo de visita en varias clínicas del Hospital, entre ellas la de Chifflet.

A propósito de ella se recuerdan cuatro hechos.

El primero es que se hicieron reuniones de anfiteatro. Androssov era muy locuaz y en cierto momento de una de ellas comenzó a hablar rápidamente a Chifflet que estaba a su lado, sin esperar la traducción del intérprete. Varios de los presentes recuerdan que Chifflet, que no entendía nada de lo que se le decía en ruso, no lo miraba y tenía una expresión entre divertida y preocupada porque el intérprete no cumplía su función.

El segundo es que Androssov hizo una gastrectomía, en la que ayudó Carlos Ormaechea. Cuando terminó la operación, el cirujano ruso preguntó a Ormaechea qué le había parecido y éste, que era muy ocurrente, le respondió: *"casi tan perfecta como si yo la hubiera hecho a mano"*. Androssov sonrió, lo que permite suponer que el intérprete logró traducir la respuesta de Ormaechea con todos sus matices.

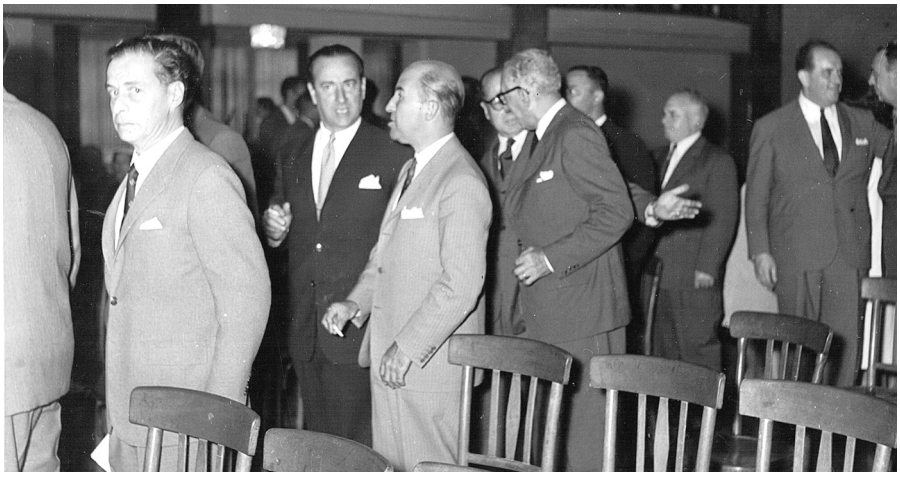
El tercero es que Androssov no estaba acostumbrado a hacer estas operaciones con una sonda colocada en el estómago. En otra institución de Montevideo operó a otro paciente que la llevaba, porque en aquella época ésta para muchos era de indicación sistemática, y la sonda quedó inadvertidamente incluida en la sutura y no podía retirarse.

Uno de los cirujanos trajo el problema a la Clínica de Chifflet, donde se cambiaron ideas respecto a la conducta a seguir. Finalmente se aconsejó intentar que se desprendiera mediante una tracción sostenida lo que afortunadamente ocurrió sin otras consecuencias que las molestias para el enfermo.

El cuarto es que como cortesía habitual cuando Chifflet recibía en su Clínica a invitados o delegaciones, organizó una recepción social para Androssov y la delegación rusa. Pero el jefe político de la misma, que era un ingeniero, siguiendo directivas del régimen imperante entonces en su país, no permitió que concurrieran.

### *j.- Participación en Congresos*

Como parte de su actitud de fortalecer el funcionamiento de la Sociedad de Cirugía, y también para contribuir al crecimiento profesional y al conocimiento de sus colaboradores en el medio, Chifflet los incluyó en muchas de las participaciones que se le ofrecían en la programación de los Congresos Uruguayos de Cirugía, y además no descuidó de que éstos tuvieran una participación individual regular en las distintos tipos de actividades de éstos.



1967. Parque Hotel al fin de una actividad del Congreso Uruguayo de Cirugía. En primer plano (de izq. a der.): M.Bossano, J. Mezzera, C. Stajano, R. Arana y A. Chifflet (cortado).

Y por otra parte cuando fue posible los hizo participar en Congresos de Cirugía de países vecinos, especialmente de la República Argentina.

### *k.- Los viajes de la Clínica Quirúgica "A"*

La Clínica quirúrgica "A" representada por Chifflet y un grupo más o menos importante de sus colaboradores, realizaba viajes de pocos días a otros medios quirúrgicos con fines de conocimiento recíproco e intercambio de experiencias.

Se consideró que basta con consignar el concepto de este tipo de actividades por lo que no se intentó hacer un inventario completo de los mismos.

Los más regulares se realizaban a ciudades del interior del país donde trabajaban cirujanos que se habían formado con Chifflet y guardaban con él y su clínica una estrecha relación, con la finalidad de mantener y robustecer el vínculo, intercambiar experiencias y realizar actividades de actualización.

Entre estos viajes sus colaboradores recuerdan los viajes a Carmelo, Mercedes, Salto, Rocha, San Carlos, San José y Tacuarembó.

También, en forma no tan regular, realizó viajes a países vecinos.

Se recuerdan dos viajes a la República Argentina.

Uno a Córdoba, a la que fue invitada por un radiólogo de Buenos Aires oriundo de aquella ciudad.

Y otro a Rosario de Santa Fe, organizado por la Clínica de Héctor Ardao; dadas la estrecha relación de Ardao con Chifflet invitó a algunos colaboradores de éste, entre ellos a Gonzalo Maquieira que presentó sus estudios flebográficos sobre las alteraciones venosas portales y cava en la hidatidosis hepática. En las reuniones científicas de ese viaje estuvieron el ya mencionado Profesor de Clínica Quirúrgica Oscar J. Cames, y Juan Alberto Sugasti que hizo importantes contribuciones a las indicaciones y la técnica de la esfinteroplastia del esfínter de Oddi.



1968. Abel Chifflet con varios colegas y sus esposas en una cena en Paysandú. A su derecha N. Cerruti y H. Méndez Aserito. A su izquierda no identificado y Rittorni.

También se recuerda un viaje a la Clínica del Profesor Vasconcelos en San Pablo, Brasil. Vasconcelos tenía mucho prestigio, una gran clínica, y mucha experiencia, entre otras áreas, en cirugía de la hipertensión portal. En 1941, en ocasión de una visita a Montevideo, en la Sociedad de Cirugía entonces presidida por Chifflet, pronunció una conferencia sobre "Ulcus gastroduodenal". Este viaje se recuerda como una experiencia en parte decepcionante, porque entre otras cosas durante una operación de Vasconcelos para tratamiento de un paciente con hipertensión portal, se produjo un grave accidente hemorrágico; amablemente el personal invitó a los visitantes a retirarse de la sala y no pudieron saber cómo lo resolvió ni cuál fue el resultado final para el paciente.

### *l.- Otras particularidades*

Como se señala en el capítulo 9, el mate fue un compañero inseparable de la vida de Chifflet. Pero no lo tomaba en la Clínica, ni permitía que sus colaboradores lo tomaran en las actividades públicas de ésta.

Uno de ellos, que no podía pasar demasiado tiempo sin tomarlo, lo llevaba en una pequeña valija (en aquella época no había materas) que dejaba semioculta en la enfermería de la sala y cuando podía, con la debida discreción lo tomaba.

## D.- 1967: DIEZ AÑOS DE LA CLÍNICA QUIRÚRGICA "A" EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

A principios de 1967, dos años antes de la muerte de Chifflet, se cumplieron diez años de funcionamiento de la Clínica en el Hospital de Clínicas.

El aniversario se celebró con un acto académico realizado en el anfiteatro, seguido de un brindis.

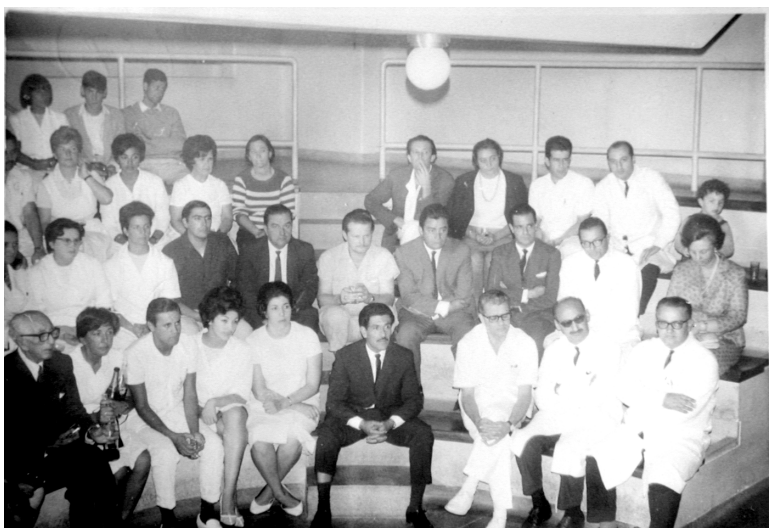
Fue un momento de culminación y de cosecha. Como muestran las fotografías que siguen, la ocasión convocó a un gran número de personas vinculadas con la Clínica. En ellas se reconocen a numerosos integrantes de la primera y de la segunda época de la misma, y a personas vinculadas a Chifflet.

En varias está el Profesor Carlos Stajano ya de edad avanzada. Una lo captó en el momento en que se abraza con Chifflet; la actitud de Stajano y la expresión de Chifflet demuestran claramente una vez más el profundo afecto recíproco que siempre se profesaron.

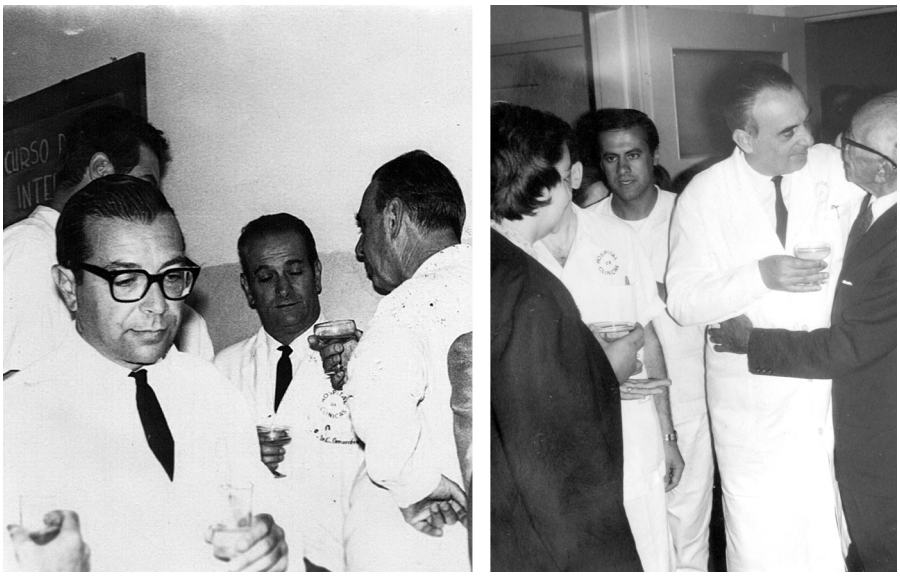


1967 Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (I). Fotografías parciales de los asistentes al acto académico realizado en el anfiteatro.





1967 Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (II). Fotografías parciales de los asistentes al acto académico realizado en el anfiteatro.



1967 Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (III). Fotografías de los asistentes durante el brindis. En la de la derecha, Chifflet mantiene una animada y afectuosa conversación con Stajano.



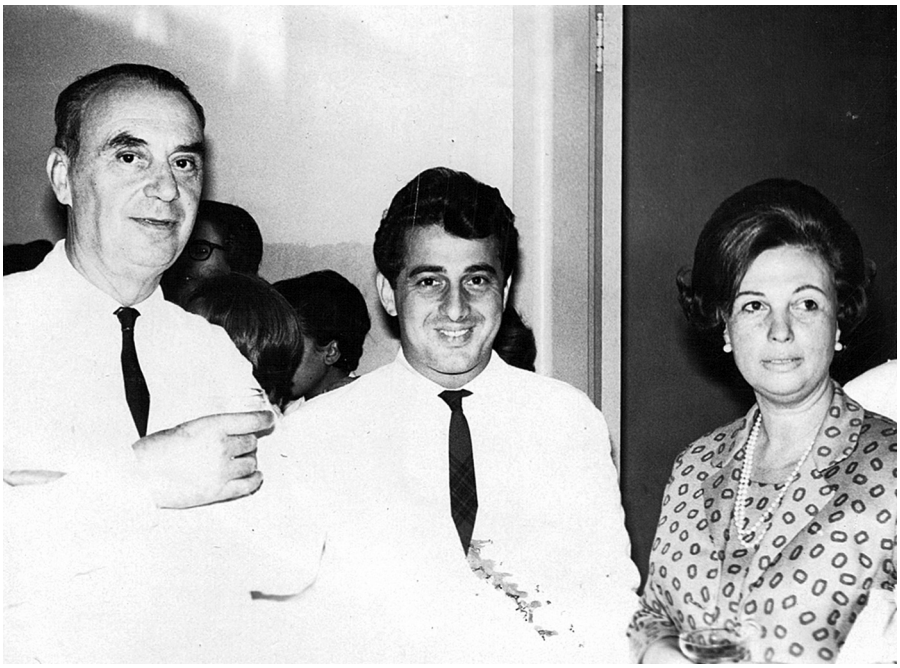
1967 Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (IV). Fotografías de los asistentes durante el brindis.



1967. Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (V). Algunos integrantes de la misma en un escritorio del piso 9. Pese a su deterioro técnico refleja el clima de satisfacción y familiaridad. (De izquierda a derecha). Sentados: R. Caritat y G. Maquieira. Parados; L. Praderi, B. Delgado, B. Sagario (secretaria), E. Anavitarte, G. Mesa, Nelsa Furiato (secretaria), A. Chifflet, D. Cassinelli y J. Piñeiro.



1967. Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (VI).
Las secretarias de Chifflet Nelsa Furiato (izquierda) y Beatriz Sagario (derecha).



1967. Celebración por los diez años de la Clínica Quirúrgica "A" en el Hospital de Clínicas (VII). Abel Chifflet y su esposa con un colaborador de la Clínica.

## Referencias bibliográficas

**1.- Bonavita L.**
Testimonio.

**2.- Borrás A.**
Anecdotario. Historias que merecen ser contadas.
Montevideo. Artemisa editores. 2006.

**3.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet. 2011.

**4.- Chifflet A.**
Informe sobre cirugía experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América.
An Fac Med 1936; 21: 485-506.

**5.- Chifflet A.**
La Clínica Mayo.
Acción Sindical 1936.

**6.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural.
Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**7.- Chifflet A.**
Cirugía y cirujanos en Estados Unidos.
Diario EL PAÍS. 1941. 4 de julio. Páginas 7 y 8.

**8.- Chifflet A.**
Levantamiento de los operados.
Revista Médica del Este. 1952; 18: 36-38.

**9.- Chifflet A.**
Gaceta de la Universidad. 1960; 13: 5.

**10.- Chifflet A.**
Temas en discusión. Año 1963.
Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica Quirúrgica "A". Profesor Abel Chifflet. Montevideo. 1963. 28 págs.

**11.- Crestanello F.**
Un relato de los inicios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.
http://www.cirugia-uy.com/noticias/conferencia-francisco_crestanello.pdf

**12.- D'Onofrio G.**
Historia de la vagotomía.
En: Burge y cols. Vagotomías. Barcelona. Ediciones Toray. 1978. Págs 1-3.

**13.- De Chiara J.**
Lorenzo Mérola.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 127-128.

**14.- De Chiara J.**
Clivio Nario.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 135-136.

**15.- Del Campo A.**
Testimonio.

**16.- El Estudiante Libre**
El Dr. Abel Chifflet. Nuevo Profesor de Clínica Quirúrgica.
1951; enero: 39-40.

**17.- Facultad de Medicina**
Actas del Consejo. 4 y 17 de enero de 1946.

**18.- Facultad de Medicina**
Actas del Consejo. 7 de diciembre de 1950.

**19.- Facultad de Medicina**
Actas del Consejo. Enero de 1951.

**20.- Facultad de Medicina.**
Cátedra de Medicina Legal.
http://www.medicinalegal.edu.uy/depto/editorial/editorial_oct2011.htm

**21.- Facultad de Medicina**
Recopilación de Reglamentos de la Facultad de Medicina.
Montevideo. 1956.

**22.- Familia Chifflet de Lodron.**
Testimonio.

**23.- Fischer T.**
Pablo Purriel.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 185-186.

**24.-Fregeiro J. O.**
Testimonio.

**25.- Grunwald I.**
Centenario de la raquianestesia en Uruguay. Su historia y evolución
Anest Analg Reanim v.16 n.2 Montevideo dic. 2000.
http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v16n2/historia.pdf

**26.- Mañé Garzón F.**
El cuarteto de Urgencia.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. Tradinco. 2005.

**27.- Maquieira G.**
Profesor Abel Chifflet (1904-1969)
Cir del Uruguay 1970; 40: 95-98.

**28.- Maquieira G**
Testimonio.

**29.- Mazza M.**
Discurso inaugural como Presidente del 38º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1987.

**30.- Mazza M.**
Testimonio.

**31.- Mercader A.**
El año del león.
Montevideo. Ediciones Santillana. 1999.

**32.- Nin y Silva J.**
Manuel Albo.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 133-134.

**33.- Palma E.**
Horacio García Lagos.
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 163-166.

**34.- Praderi L.A.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II.
Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**35.- Prat D.**
Homenaje al Profesor Doctor Alfonso Lamas.
An. Fac. Med. Mont. 1935; 20: 370-395.

**36.- Ravera J.**
Pablo Purriel (1905-1975)
En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 181-184.

**37.- Rizzi M.**
La Facultad de Medicina. Montevideo. 1951.
Ses. Soc. Urug. Hist. Med. 2002; 21: 13-62.

**38.- Robicsek F, Konstantinov I.**
Hüner Hült: the father of te surgical stapler.
J. Med. Biography 2001; 9: 16-19.

**39.- Sáenz A.**
Ernesto Quintela.
En Mané Garzón F, Turnes A.. Médicos Uruguayos Ejemplares. T. III. Montevideo. Sindicato Médico del Uruguay. Lab. Roemmers. Facultad de Medicina. 2006. Págs. 110-114.

**40.- Silva C.**
Testimonio.

**41.- Turnes A.**
Víctor Zerbino (1888 – 1943).
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/zerbino.pdf

**42.- Turnes A.**
Héctor Ardao.
Montevideo. Ediciones Granada. 2011.

**43.- Wilson E.**
Orígenes de la influencia estadounidense en la cirugía uruguaya.
Cir. Urug 1995; 65: 71-78.

**44.- Wilson E, Nowinski A, Turnes A, Sánchez S, Sierra J.**
Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad.
Montevideo. Bioerix. 2011. 766 págs.

CAPÍTULO 12

# VÍNCULOS CIENTÍFICOS. MISIONES. MEMBRESÍAS. JORNADAS. CONGRESOS

**Sumario**


1.- INTRODUCCIÓN
2.- VÍNCULOS CIENTÍFICOS
3.- MISIONES (DE ESTUDIO Y OFICIALES)
4.- MEMBRESÍAS
5.- ACTUACIONES EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS DEL INTERIOR DEL PAÍS
6.- ACTUACIONES EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS DE PAÍSES LIMÍTROFES
7.- ACTUACIÓN EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS EN OTROS PAÍSES SUDAMERICANOS Y DEL CARIBE
8.- ACTUACIONES EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS INTERNACIONALES
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


## 1.- INTRODUCCIÓN

Con la amplia producción científica que realizó a partir del análisis de su actividad en la profesión y la especialidad, Chifflet se proyectó directamente a los medios médico-quirúrgicos de varias ciudades del interior del país, y a medios quirúrgicos sudamericanos, europeos y estadounidenses.

Estableció vínculos personales profesionales duraderos; cumplió misiones de estudio y misiones oficiales; fue miembro de numerosas sociedades científicas; y tuvo incontables actuaciones - a título personal, como delegado de la Facultad de Medicina o como invitado - en reuniones de diverso tipo (cursos, jornadas, congresos, encuentros de especialistas de primer

nivel mundial) de sus especialidades (Cirugía General y Colorectal) y de especialidades afines (Gastroenterología) nacionales y en el extranjero.

– – –

No ha quedado un registro sistemático de todas estas actividades.

Esto no constituye un inconveniente mayor. Una enumeración completa sería tediosa por lo extensa, y además probablemente innecesaria, porque las que se han podido reunir son suficientes para dar una idea cabal de su variedad, de su calidad, de su continuidad y de su importancia, y demuestran que Chifflet tenía dos características importantes.

La primera era su carácter profesional gregario, y su interés auténtico por los intercambios científicos y profesionales, que dieron constancia a su empeño de marcar directamente y con seriedad, fuera de fronteras, los aportes de la Cirugía Uruguaya al avance de la especialidad en problemas como la Equinococosis, la Cirugía Gastroduodenal o la Cirugía Colorectal, y por conocer los avances que se producían en otros en la forma más próxima, directa y personal a sus fuentes que fuera posible.

La segunda era la confianza en sí mismo. Cuando desarrolló las primeras actividades de este tipo en el extranjero, aún no tenía 30 años, llevaba pocos de recibido y recién ocupaba una posición académica inicial.

– – –

Cuando se consideran en forma superficial las actividades de Chifflet en el extranjero, es natural preguntarse si no fue lo que hoy se llama un "cirujano - turista".

La mayor parte de la época en que vivió Chifflet, se caracterizó porque los sistemas de comunicaciones y de transporte necesarios para mantener esas actividades tenían características que, con la excepción de la cercana Buenos Aires, hoy se considerarían inaceptables.

Las telecomunicaciones basadas en trasmisión por cables, eran limitadas, demoradas, lentas, deficientes y caras. Las primeras a través de fibras ópticas y el fax aparecieron en 1968, el año en que murió Chifflet y la red mundial (world wide web) más de dos décadas después.

Hasta bastante después de la Segunda Guerra Mundial, el transporte de viajeros más cómodo, más confiable y que brindaba más posibilidades era el marítimo, pero insumía mucho tiempo.

Los aviones con motores de pistones y fuselaje estrecho eran incómodos, lentos y de limitada autonomía. Los viajes intercontinentales duraban mucho y tenían múltiples escalas. Y hubo accidentes que desalentaban su uso, como el del Boeing 737 Stratocruiser de la compañía Pan American ("El Presidente") que cayó en la selva amazónica el 29 de abril de 1952,

cobrando la vida del Dr. Raúl Piaggio Blanco, Profesor de Clínica Médica de nuestra Facultad de Medicina y conmocionando al país. A comienzos de esa década aparecieron los primeros aviones a turbohélice (Vickers Viscount, Lockheed Electra y otros hacia 1950), y los de motor de retropropulsión (reactores o jets) (De Havilland Comet en 1952, que sufrieron varios accidentes por defectos de diseño). Ambos permitieron los primeros vuelos intercontinentales comerciales sin escalas.



Septiembre de 1949. Chifflet, con su esposa y el Dr. Carlos Forrisi de Salto, emprendiendo un vuelo.

Pero la aceptación y masificación del transporte aéreo de viajeros a largas distancias comenzó realmente en la década de 1970, con los aviones de retropropulsión de fuselaje ancho (Boeing 747 Jumbo y otros).

Por estas razones antes del desarrollo consistente de la aviación comercial, y por el trazado de las líneas de transporte de entonces, desde Montevideo era fácil ir a Buenos Aires por barco o por los hidroaviones de la compañía CAUSA. Insumía cierto tiempo ir a Rosario de Santa Fe, o a Córdoba ya que generalmente había que hacerlo por ferrocarril desde Buenos Aires. El viaje a Santiago de Chile se hacía preferentemente por ferrocarril; era más largo y complicado por el cruce de la cordillera. A Porto Alegre, San Pablo - Santos o Río de Janeiro los viajes se hacían en unos días de barco. Y para ir a Estados Unidos o a Europa era necesario disponer de algo más de un mes, sólo para el viaje marítimo de ida y vuelta.

Entonces, por haber mantenido en aquel contexto estas actividades y creado laboriosamente una extensa red de vínculos personales, a Chifflet le corresponde un mérito especial.

## 2.- VÍNCULOS CIENTÍFICOS

Los que estableció dentro del país fueron el resultado natural de su extensa actuación universitaria, profesional y gremial.

Los vínculos con medios extranjeros los inició en 1935 en su viaje a los Estados Unidos, Cuba y Chile.

A su regreso, en 1936 publicó un folleto de 62 páginas de 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 de tratamiento de esta enfermedad [2].

Mereció múltiples comentarios en publicaciones locales [4].

Pero además Chifflet se lo envió a quienes había visitado en su viaje de 1935, y a otros importantes personajes de la época.

El carácter también elogioso que mereció de éstos, hace pensar que este trabajo comenzó a afirmar en ellos el concepto de que Chifflet era una figura valiosa de nuestra Cirugía.

**COMENTARIOS SOBRE EL TRABAJO "EQUINOCOCOSIS"**

Chifflet mencionó que [4]:

- Walter Alvarez, de la Mayo Clinic, aconsejó a la biblioteca de su institución incluirlo entre los libros de texto para estudio.
- Chevalier 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 los 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 que le mereció al mundialmente afamado hidatólogo de Rouen (Francia) Félix Dévé (1872-1951), a quien Chifflet le hizo llegar el trabajo. En una carta personal Devé le respondió: *"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"*. Y terminó diciendo: *"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 el Neumoquiste perivesicular [3], Devé pidió a Chifflet todos su trabajos sobre quiste hidático y en 1938 en un artículo publicado en La Semana Médica, Devé señaló que Chifflet y Purriel habían *"concluido que era un signo radiológico que permitía hacer el diagnóstico de quiste hidático de pulmón."*

El mismo año Chifflet presentó el trabajo "Equinococosis preperitoneal"; en él sostiene una interpretación nosológica y patogénica que desencadenó una polémica prolongada, retardada y a distancia con Félix Devé, que se describe en detalle en el capítulo 16.

Estos antecedentes hicieron que en octubre de 1940 fuera invitado a dar conferencias en Córdoba y Rosario.

– – –

A partir de este núcleo inicial, Chifflet fue estableciendo relaciones con un número creciente de cirujanos latinoamericanos, europeos y estadounidenses, especializados en sus mismas áreas de interés.

Veinte años después, en 1956, Chifflet publicó dos libros.

Uno sobre Anatomía del contenido pelviano masculino. Una vez más recibió opiniones muy favorables de autores extranjeros, lo que inició su consagración como una autoridad en Cirugía del recto.

El otro fue sobre Cirugía del estómago. Considerado en diversas revistas, fue comentado en el "Journal de Chirurgie" (capítulo 16).

Ambos aumentaron su prestigio y actuaron como nuevos disparadores de múltiples invitaciones para participar y dictar conferencias en cursos, jornadas y congresos, algunos de los que se enumeran más adelante en este capítulo.

En total dictó más de cincuenta conferencias [7].

## 3.- MISIONES (DE ESTUDIO Y OFICIALES)

Aprovechando su constante relación y apoyo a la Facultad de Medicina y los viajes que debía hacer por sus vinculaciones con los medios quirúrgicos extranjeros, ésta le encomendó numerosas misiones de estudio.

En su legajo personal, además de la que se le encomendó en 1935 sobre la Cirugía Experimental, figuran las siguientes [5]:

- 1949. Misión de estudios a Estados Unidos de América: "Las funciones de investigación en el personal de docencia".
- 1953. Misión de estudios a Europa: "Carrera de Profesorado".
  Su sobrina Carolina Calo, que lo acompañá en este viaje señaló: *"Nos impresionaba el afecto y la admiración con que trataban a Abel los médicos que conocimos, sobre todo el Dr Puigvert en Barcelona y otro en París cuyo nombre no recuerdo."* [1]

- 1964. Misión de estudios a Estados Unidos de América: "Relaciones entre la Patología y la Clínica en los Estados Unidos de América."

Además en 1960 fue designado por la Facultad Presidente del Grupo de estudiantes que realizaría un viaje de estudios a Estados Unidos de América y Europa.

## 4.- MEMBRESÍAS

Chifflet fue miembro de numerosas sociedades científicas [6][7].

Se enumeran las más significativas.

En Uruguay, fue socio de las sociedades de Cirugía y de la de Gastroenterología.

En el ámbito internacional fue:

- Miembro de la Sociedad Internacional de Cirugía.
- Fellow del Colegio Americano de Cirujanos (desde 1947).
- Miembro Honorario de la Asociación Argentina de Cirugía (desde 1956).
- Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad Argentina de Gastroenterología.
- Miembro Correspondiente del Colegio Brasilero de Cirujanos.
- Miembro Correspondiente de la Academia Peruana de Cirugía.
- Socio Correspondiente de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Guayas.
- Miembro Honorario de la Lucha contra el Cáncer del Ecuador (1956).
- Miembro Correspondiente Extranjero de la Sociedad de Cirugía de Lyon.
- Miembro Correspondiente de la Société Française de Gastroenterologie.

## 5.- ACTUACIÓN EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS DEL INTERIOR DEL PAÍS

Chifflet mantenía estrechas relaciones con la mayoría de los cirujanos del interior del país.

Se establecieron por diversos mecanismos: ellos fueron sus compañeros de estudios, o se formaron o trabajaron con él.

Chifflet no las dejó decaer. Siempre mantuvo el firme vínculo profesional y universitario, que muchas veces estuvo complementado por el vínculo personal de la amistad.

Además de los viajes con su Clínica al interior, a los que se hace referencia en el capítulo 11, Chifflet fue invitado a numerosas Jornadas y Congresos.

Se han podido recoger evidencia de su concurrencia a los siguientes:

- Congreso de Carmelo (1940). Presentó varias comunicaciones a la Seccional de Cirugía.
- Congreso del Este en Rocha (1942). Invitado oficial. Presentó el tema "Ciática y lumbagos"
- Congreso del Sudoeste en Mercedes (1943). Conferencia sobre "Equinococosis hepática". Fue nombrado representante científico del mismo.
- Congreso de la Sociedad Médica del Este en Rocha (1943). Conferencia sobre "El diagnóstico causal en ciáticas y lumbagos".
- Congreso de la Sociedad Médica del Este en San Carlos (1944). Conferencia sobre "Tratamiento de la equinococosis pulmonar".
- Congreso de la Sociedad Médica del Este en Treinta y Tres (1962).

Además de exponer temas intervino las discusiones de los relatos.

Esta lista constituye una muestra del apoyo de Chifflet a estas actividades y, además, indirectamente, de que en esa lejana década de 1940 las organizaciones médico-quirúrgicas del interior del país ya estaban muy activas.

## 6.- ACTUACIÓN EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS DE PAÍSES LIMÍTROFES

### A.- ARGENTINA

Por el idioma común, la cercanía, las facilidades de acceso y los vínculos históricos de los cirujanos uruguayos y argentinos, Chifflet volcó sus relaciones científicas preferentemente hacia la Cirugía Argentina, en especial la de Buenos Aires y la de las provincias de Santa Fe y Córdoba.

- Desde 1932, cuando con sólo 28 años de edad y siendo novel Jefe de Clínica fue nombrado delegado de nuestra Facultad de Medicina ante el 4º Congreso Argentino de Cirugía, Chifflet fue un asiduo concurrente a los mismos. Fue invitado oficial y representante de la Facultad en los congresos de años siguientes en

los que expuso los temas "Insuficiencia hepática" y "Hernia inguinal".

- En 1938, el Consejo de la Facultad le nombró miembro de una comisión encargada de organizar una exposición anatomo-radiográfica sobre "Equinocosis pulmonar" a ser presentada durante el X Congreso Nacional de Cirugía de Buenos Aires. La Comisión estaba presidida por el Profesor Agregado Juan Cunha e integrada por el Profesor Juan Carlos Del Campo, los Profesores Agregados Pablo Purriel y Abel Chifflet y el Doctor Héctor Ardao.



Abel Chifflet hacia 1955 emprendiendo un viaje junto con integrantes de su Clínica. En segundo plano, a la izquierda y de espaldas, está Héctor Ardao.

**JUAN CUNHA**

Fue el primer médico uruguayo que se dedicó en exclusividad al diagnóstico radiográfico. Actuó en Servicio de Radiología y en el Instituto de Neurología del Hospital Maciel, en el Servicio de Radiología del Hospital Pedro Visca, y en su consultorio privado. En 1938 tenía 53 años.

La Comisión que presidió hizo un trabajo muy serio y muy completo, para el que debió crear una clasificación común anatomo-radiográfica y, a juzgar por el catálogo que la acompañó, reunir más de setecientas imágenes. Se presentó en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, se destacó y recibió muchos elogios.

Mientras el Dr. Cunha estaba en Buenos Aires presentado la exposición, falleció en forma inesperada.

La exposición fue luego presentada en el Salón de Actos de nuestra Facultad, en homenaje a su memoria [9] .




1938. Fotografía de la Exposición realizada en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina sobre Quiste Hidático, fotografía de Juan Cunha y catálogo de la exposición sobre el mismo tema en el 10º Congreso Argentino de Cirugía.

- En los años siguientes Chifflet fue Delegado de la Facultad a los Congresos Argentinos de Cirugía de 1959, Presidente de la Delegación al de 1961, y relator del tema "Cáncer de Mama" en el de 1965.
- 1940. Por invitación dirigida a la Facultad viajó a dictar conferencias sobre Equinococosis en las Facultades de Ciencias Médicas de Córdoba y de Medicina de Rosario (República Argentina).
  En Córdoba fue huésped del Decano Profesor Morra y del Profesor Allende.
  En Rosario fue huésped de la Facultad de Medicina y de la Fundación Zeno-Cames [8].
  Sus exposiciones fueron muy elogiadas y sus ideas bien recibidas.
- 1953. II Congreso Argentino de Gastroenterología. Mar del Plata. Conferencia: "Patología inmediata del operado gástrico".
- 1961. Primer Congreso Argentino de Proctología. Iguazú. Relato: "Tratamiento de las hemorragias masivas del colon y el recto".
- 1967. Congreso de Cirugía del Norte Argentino. Conferencia: "El colon detransitado".



1961. Abel Chifflet y Horacio Gutiérrez Blanco, con sus esposas en Iguazú.

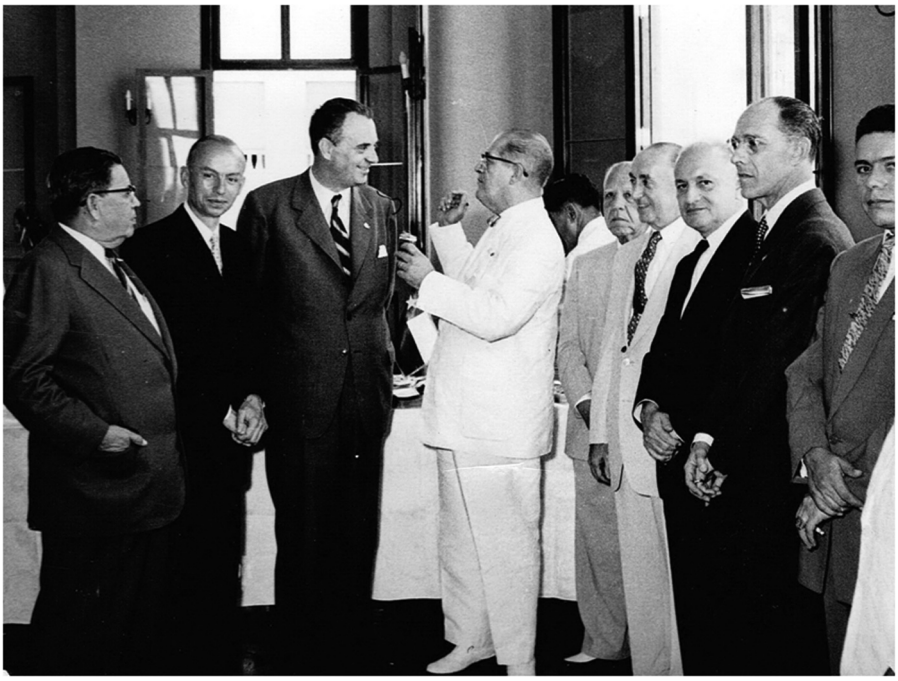
### B.- BRASIL

Si bien se inclinó preferentemente hacia la Argentina, Chifflet no ignoró a la Cirugía Brasilera.

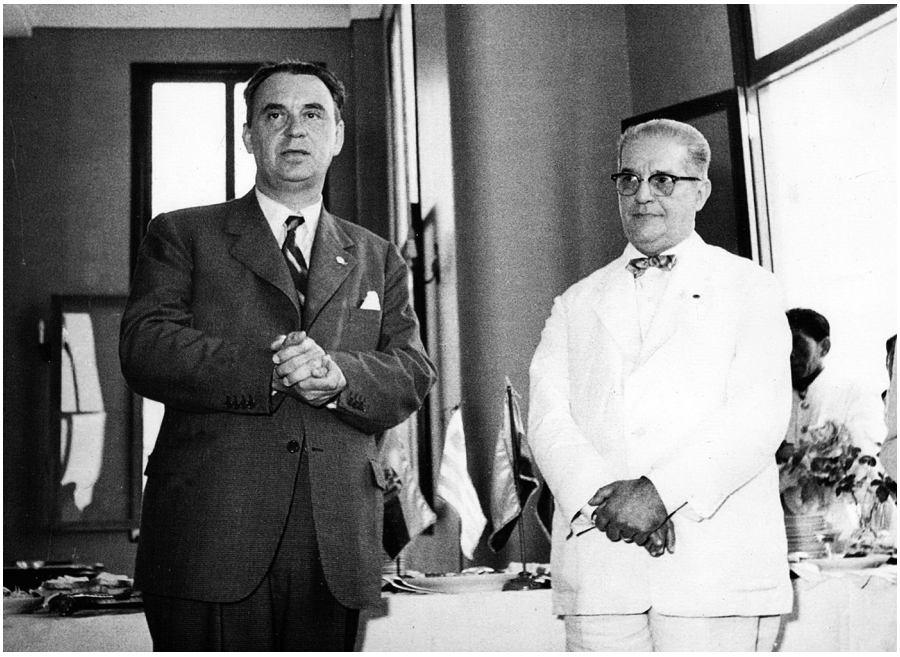
- 1948. Visita a la Universidad de San Pablo (Brasil) (capítulos 10 y 19, apéndice 10 C).
- 1958 Octavo Congreso Brasilero de Proctología. Río de Janeiro. Conferencia: "Bases anatómicas para la elección del tratamiento en el cáncer del recto".
- Visita con la Clínica Quirúrgica "A" a la Clínica del Profesor Vasconcelhos en San Pablo (ver capítulo 11).

## 7.- ACTUACIÓN EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS EN OTROS PAÍSES SUDAMERICANOS Y DEL CARIBE

- 1956. Viaje a Lima y Guayaquil (Perú).
- 1956. Congreso de Gastroenterología. La Habana (Cuba).
- 1958. Undécimo Congreso Peruano de Cirugía. Lima. Conferencia: "Cáncer de Recto: amputación o resección".



1956. Conferencia de Chifflet en Ecuador (Guayaquil) (I).



1956. Conferencia de Chifflet en Ecuador (Guayaquil) (II).



1957. Chifflet exponiendo en el Congreso Internacional de Proctología realizado en la ciudad de Mar del Plata (República Argentina).

## 8.- ACTUACIÓN EN JORNADAS Y CONGRESOS MÉDICOS INTERNACIONALES

- 1949. Congreso Interamericano de Cirugía. Río de Janeiro. Conferencia: "Tratamiento del cáncer del estómago".
- 1954. Congreso Panamericano de Gastroenterología. San Pablo. Conferencia: "Cirugía del ulcus yeyunal post gastrectomía".
- 1957. Congreso Internacional de Proctología. Mar del Plata. Conferencia: "Prolapsos del recto".
- 1959. Congreso Interamericano de Cancerología. Buenos Aires. Conferencia: "Tratamiento del Cáncer de Recto".
- 1963. Primer Congreso Uruguayo, Segundo Congreso Latinoamericano y Tercer Congreso Internacional de Proctología. Montevideo. Conferencia: "Complicaciones de la Colopatía Diverticular".
- 1964. Reunión Conjunta de la American Proctologic Society y la Sección de Proctología de la Royal Society of Medicine. Filadelfia. Conferencia: "Surgery for Cancer of the Lower Rectum: The Perirectal Fascia with reference to Conservative Surgery and Technic."

## Referencias bibliográficas

**1.- Calo C.**
Carta a Juan Chifflet de Lodron. 2011.

**2.- Chifflet A.**
Equinococosis (Quiste Hidático) Montevideo Imprenta Mercant. 1936. 62 páginas.

**3.- Chifflet A.**
El neumoquiste perivesicular. Arch Urug Med Cir Espec 1937; 11: 639-651.

**4.- Chifflet A.**
Títulos, Méritos y Trabajos. Montevideo. Rosgal. 1944.

**5.- Facultad de Medicina.**
Departamento de Personal. Abel Chifflet. Legajo Personal.

**6.- Maquieira G.**
Testimonio.

**7.- Praderi L.**
Abel Chifflet (1904-1969). En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**8.- Turnes A.**
Héctor Ardao. Montevideo. Ediciones Granada. 2011.

**9.- Wilson E, Wosniak A.**
Historia de la Cátedra de Radiología. Primera parte. Revista de imagenología. 2010; 13: 13.

CAPÍTULO 13

# ACTIVIDADES GREMIALES, EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS Y EN ORGANIZACIONES SOCIALES

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- ASOCIACION DE ESTUDIANTES DE MEDICINA**
**3.- SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY**
**4.- SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**
**5.- CLUBES SOCIALES**
**6.- CONFERENCIAS DE ENFOQUE SOCIAL.**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- INTRODUCCIÓN

La intensidad de las actividades públicas de alta responsabilidad de Chifflet como cirujano y docente, no le impidieron responder a los compromisos - de gobierno universitario, gremiales, societarios, sociales y civiles - inherentes a los entornos en que actuó y poner al servicio de éstos su rectitud, su inteligencia y su capacidad de acción.

De esto trata este capítulo.

– – –

La parte más importante de estas actividades se concentró en la primera mitad de su vida.

Por lo alejada en el tiempo, casi no quedan testigos de primera mano que puedan describirlas; fragmentos de esa etapa se pueden reconstruir a partir de los datos documentales existentes en las instituciones en que las desempeñó.

Los más útiles y expresivos son los contenidos en las Actas del Consejo de la Facultad de Medicina, en el que Chifflet tuvo una actuación intensa como Delegado del Orden Estudiantil.

Ellos demuestran que ya entonces ponía de manifiesto características que conservó toda su vida.

Chifflet era firme. No claudicaba en la defensa de lo que él consideraba justo, ni en la denuncia de lo que se apartaba de ello.

Chifflet era sensato. Exponía sus convicciones y sus propuestas en un orden de importancia, y con racionalidad las apoyaba en una argumentación objetiva. Incluía el número de las razones y el grado de detalle que considerara necesarios para fundamentarlas. No permitía que sus sentimientos, a veces muy profundos, enturbiaran la lógica de sus análisis.

El resultado era convincente, muchas veces contundente, muy difícil de rebatir y hasta demoledor.

– – –

Además Chifflet era valiente. Como Delegado del Orden Estudiantil y como Presidente por dos veces del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay), actuó entre 1931 y 1938.

Entre esos años transcurrieron los tres períodos del gobierno de José Gabriel Terra. El legal inicial (1 de marzo de 1931 - 31 de marzo de 1933: 26º Presidente electo por la Constitución de 1917, que sucedió a Juan Campisteguy). El intervalo dictatorial (31 de marzo de 1933 – 18 de mayo de 1934) en el que Terra, al hacerse Presidente de facto de carácter conservador, autoritario y antiliberal, produjo una situación que dividió al país. Y el período final (18 de mayo de 1934 – 19 de junio de 1938) Presidente interino elegido por la nueva Constitución que él hizo promulgar.

En esa época Chifflet manifestó varias veces en forma pública, con mucha claridad y asumiendo los riesgos, cuáles y cuán profundas eran sus convicciones sobre las posiciones que las instituciones, en especial la Facultad de Medicina, debían adoptar en la defensa de la vigencia del sistema democrático de gobierno del país.

En el contexto universitario había dos concepciones sobre cuál debía ser el modelo de Universidad:

- la clásica de una Universidad liberal, individualista y profesionalista, que en el Consejo de la Facultad defendieron el Decano Rosello y varios consejeros.
- y la nueva concepción de una Universidad no sólo co-gobernada, sino sobre todo animada por inquietudes sociales, y participativa en los problemas nacionales. Era la que defendía la Asociación de Estudiantes de Medicina.

## LAS CONCEPCIONES DE LOS ESTUDIANTES EN URUGUAY RESPECTO AL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD, Y A SUS ESPACIOS EN LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO

En 1893 como reacción a la reforma positivista de Alfredo Vázquez Acevedo, los estudiantes universitarios y de secundaria fundaron la Asociación de Estudiantes del Uruguay.
En 1908, ésta logró, por primera vez en América, que un egresado los representara en los Consejos de las Facultades. Además, organizó en Montevideo un Congreso Internacional de Estudiantes Americanos. Entre quienes lo organizaron estuvieron tres personas relacionadas en grado variable con esta biografía: Baltasar Brum, Eduardo Blanco Acevedo y Rodolfo Mezzera.
En 1915 se fundó la Asociación de Estudiantes de Medicina.

— — —

En 1918 se produjo la Reforma Universitaria de Córdoba (República Argentina), que tuvo repercusión continental. Rompió con el molde profesionalista napoleónico de las universidades de entonces, y desbordó los aspectos estrictamente docentes incluyendo los político-sociales.
En su manifiesto del 21 de junio de 1918, la Federación Universitaria de esa ciudad expuso los postulados de la Reforma que eran [18][27]:

- autonomía universitaria (política, docente, administrativa y económica).
- elección de las autoridades de la Universidad por la propia comunidad universitaria y participación de profesores, estudiantes y graduados en sus organismos de gobierno.
- selección del profesorado por concursos de oposición y periodicidad de las cátedras.
- docencia y asistencia libres.
- gratuidad.
- reorganización académica: nuevas escuelas, modernización de la enseñanza, docencia activa, mejoramiento de la formación de los profesionales.
- asistencia social a los estudiantes y democratización del ingreso a la universidad.
- vinculación con el sistema educativo nacional.
- extensión universitaria, fortaleciendo la función social de la Universidad, proyectando al pueblo de la cultura universitaria y preocupándose por los problemas nacionales.
- unidad latinoamericana, lucha contra las dictaduras y el imperialismo.

Los delegados estudiantiles de los Consejos de Medicina, Arquitectura, Ingeniería y Agronomía, solicitaron al Parlamento Uruguayo incluir en la Ley Orgánica la elección del rector por los propios universitarios sin la participación del Poder Ejecutivo, y la elección de los decanos por asambleas de Facultad.

En 1928, hubo huelgas estudiantiles en la Facultad de Derecho.

Y el 26 de abril de 1929, se creó la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU) [14].

En sus intervenciones de esta época, y las que hizo cuando fue Decano, por ejemplo al referirse a las actividades de Extensión Universitaria (capítulo 10), Chifflet demostró claramente que estaba identificado con esta concepción de la Universidad.

Lo expresó con precisión en su clase inaugural como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria: *"Aprendimos en la escuela de las luchas juveniles, que hay que entregarse a la sociedad entera, cuando nuestra cultura, nuestra preparación universitaria, nuestro prestigio personal, se necesitan para mantener en pie las libertades del pueblo. Y entonces nuestra voz debe sonar en la calle."* (6)

Y en el lugar que asignó a sus colaboradores en la organización de su Clínica Quirúrgica, también se reconoce un modelo universitario democrático, afín a esta concepción (capítulo 11).

– – –

En quienes le conocieron, la lectura de documentos de aquella época produce una inesperada sorpresa. En sus actividades Chifflet defendía sus convicciones con un estilo bastante diferente al que utilizó cuando fue Decano, y al que sus alumnos y colaboradores vieron en él cuando fue su Profesor.

Una primera muestra de este estilo se aprecia en el diferendo con Eduardo Blanco Acevedo en 1932 (capítulo 5 y capítulo 19, apéndice 5).

Luego se percibe claramente en las Actas del Consejo de la Facultad de Medicina de 1933.

No hay un solo término que lo caracterice en forma precisa.

En grados variables combinaba:

- Insistencia y tesón. No cejaba hasta lograr que fuera escuchado, aun cuando para ello debiera esperar un lugar en la orden del día de sesiones muy posteriores.
- Una postura frontal, combativa, implacable y avasallante.
- Radicalidad e intransigencia. En asuntos fundamentales o de principios, no hacía ninguna concesión que permitiera zanjar o dividir las diferencias entre sus posiciones y las de los demás.
- Una actitud atenta, vigilante en las deliberaciones. Cuando se formulaban objeciones o se argumentaba en contra de sus posiciones, su respuesta era rápida, incisiva, y a menudo contenía una argumentación más contundente que la inicial.
- Independencia de la jerarquía de quien lo cuestionaba o rebatía. Como ejemplo puede mencionarse que, como se describe un poco más adelante en este capítulo, Chifflet llegó a acusar en forma pública al Decano Rosello de intolerante, en una sesión del Consejo.

- Desde una perspectiva actual, muchas veces sus exposiciones parecen algo intempestivas, adolecen de un "tono parlamentarista", de cierto desequilibrio "en más"; suenan algo forzadas, demasiado retóricas, dramatizadas en forma innecesaria, desarrolladas en demasía y hasta un tanto provocadoras.
- Leyendo con atención y entre líneas las actas del Consejo, se puede imaginar que en forma permanente recurría el énfasis, con frecuencia al ímpetu, y que toda vez que asuntos importantes no eran atendidos como él consideraba que correspondía, fijaba su posición y la del orden que representaba, con ardor, indignación y vehemencia.

En las fotografías de esa época que se reproducen en los capítulos 6 y 7, puede apreciarse la expresión atenta, vigilante. Ellas dan una impresión global de energía juvenil contenida pero fácilmente liberable, y de combatividad.

– – –

¿Cuáles fueron las razones para emplear ese estilo?

Ante todo corresponde señalar que Chifflet se caracterizó por su rectitud.

Sus acciones siempre fueron coherentes con sus convicciones y sus ideales, y estuvieron ajustadas estrictamente a la observancia de principios y a la defensa de valores. No fue sinuoso, ni hipócrita; no tuvo dobleces, ni empleó más de una moral.

Para él esa rectitud era una convicción y un objetivo irrenunciable, que perseguía en forma incansable. Lo expresó muchas veces con frases y con hechos, como muestran estos ejemplos.

- En 1928, cuando aún era estudiante, la rectitud fue el criterio que utilizó para valorar a Enrique Pouey [3]. *"Pero, en cambio, hay una faceta, sobre la cual no sólo podemos, sino que debemos opinar. Me refiero a la calidad de hombre."*

  Luego de referirse a los ideales de los estudiantes y a su *"inclemencia con las claudicaciones"* continuó: *"Somos los estudiantes, pues, que tenemos aún palpitantes nuestros ideales de pureza y de grandiosidad y que los más capacitados para dar a usted, doctor Pouey, en este momento, con toda franqueza, las más sinceras felicitaciones por haber realizado lo que para nosotros es aún, sólo un anhelo."*
- En 1932, la posición de Chifflet frente al episodio ocurrido en su sala del Hospital Maciel con una paciente que estaba a su cuidado, fue irreductible (capítulo 5; capítulo 19, apéndice 5).
- En 1933 en la carta que envió al Consejo de la Facultad explicando las razones por las que no iba a concurrir a la sesión en que

se iba a considerar la renuncia puesta a disposición del Consejo por el Decano Rosello, expresó que: *"… recordando paso a paso la incidencia de sus renuncias, me da la tranquilidad de haber hecho las cosas bien …"* (13)

- En 1945, en otro contexto, en su clase inaugural como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria (6), Chifflet aclaró muchas cosas sobre la rectitud.
    a. Que la aprendió en su hogar durante la niñez: *"Permitidme que conserve para mí, el haber rendido a solas, mientras escribía aquellas líneas, un homenaje de gratitud a los que de niño y de hombre hicieron de mi hogar un templo de bondad y de corrección."*
    b. Que en su pasaje por la Asociación de Estudiantes de Medicina encontró *"la mejor escuela de corrección moral, que todos nos esforzamos en aquella época por mantener como divisa"* y agregó que *" … hoy, 20 años ya pasados, sigue siendo la misma."*
    c. Que aplicó la rectitud en toda su carrera y en toda su vida. *"… meditando estos días sobre mi camino hasta llegar a la cátedra, he vivido todos los escalones de mi carrera. No esquivé ninguno. Los fui subiendo sin apoyos, tal vez con arrogancia. A nadie cerré el camino. Y mientras subía con la fuerza del conocimiento y de la actividad docente, jamás rehuí la lucha por los principios básicos del hombre, en los momentos de opresión, ni por la defensa de la dignidad de mi carrera."*
    d. Y, por último, que la siguió con un fin. *"… pensando en el acto de hoy, manifestación más que nada, de afecto y simpatía, pensaba si los 25 años de profesorado que tengo por delante, mantendrán estos mismos sentimientos, y si al alejarme de la cátedra, con el peso de la obra cumplida, podremos vernos unidos otra vez, con este mismo fervor de simpatía. Es posible. Pero en cambio estoy seguro que podré entonces como ahora, mirar hacia atrás y encontrar una vida con una sola línea de conducta."*

    El futuro le deparó sólo unos pocos meses menos que esos 25 años de profesorado, y en ellos siguió estrictamente una sola línea de conducta.
- En 1955, repitiendo lo que hizo 27 años antes con Pouey, en el homenaje que se le tributó a Alfonso Lamas en la Sociedad de Cirugía, Chifflet expresó nuevamente que la rectitud fue el criterio que utilizó para valorarlo como maestro. *"… debemos anotar antes de entrar al análisis de la personalidad quirúrgica del Prof.*

*Lamas, la maravillosa unidad de ese hombre, que en su actividad múltiple mantuvo siempre las mismas características fundamentales. Porque en las altas esferas del gobierno, en las llanuras revolucionarias, en la enseñanza médica, en la conducta quirúrgica, su personalidad podría definirse con los mismos términos. Eso sólo es posible cuando se actúa férreamente apegado a disciplinas morales que colocan al honor como elemento inconmovible de nuestra vida y cuando se tiene una exquisita sensibilidad emotiva que da invariablemente un acento de humildad a nuestras actitudes.*

*Así fue el Prof. Lamas en todos los aspectos de su vida. Una recia personalidad tallada en una sola pieza, inmutable en el cumplimiento de la verdad, duro y áspero a veces, pero fundamentalmente bueno y sano por sus actitudes humanas."* (7)

Es indudable que Chifflet poseía una *"indeclinable sumisión a la verdad y a la justicia."* (2)

Por lo tanto debe admitirse que este estilo de su primera época, sorprendente para la imagen que se guarda de él, reflejaba fielmente sus convicciones.

– – –

Probablemente ese estilo respondió a que sobre el telón de fondo multicausal de esa época de su vida, incidió un hecho puntual muy importante.

Las causas que forman el telón de fondo son varias.

a.- Ese estilo era muy característico de la Asociación de Estudiantes de Medicina, y seguramente lo asumió cuando antes de graduarse militó en ella. Años después él reconoció que: *"Me contagié allí de cierto espíritu bélico."* (6)

b.- Chifflet tuvo una carrera vertiginosa. En poco más de una década pasó de estudiante de campaña recién llegado a Montevideo a integrante del Consejo de la Facultad de Medicina y Profesor Agregado de Cirugía. A los 29 años de edad ocupaba posiciones muy importantes.

Es probable que en él persistiera cierto grado de impaciencia y rebeldía juvenil.

En 1928 él escribió: *"… los jóvenes, los que venimos, los que llegamos a la vida, somos un bagaje de promesas y de ideales. Pensamos todos, que nuestra vida será pura, sin manchas y sin dobleces y consideramos la conquista de ese ideal como una realidad. Es por eso que somos tan inclementes con las claudicaciones, con las fallas, con los tropiezos, de nuestros antecesores."* (3)

c.- Tenía las referencias de *"los años puros de mi niñez, que nunca me dejaron"*, las morales muy claras aprendidas *"en el templo de bondad y corrección"* de su hogar, y las que luego incorporó en la militancia en la Asociación de Estudiantes de Medicina (6).

En esa época (1933), sobre ese telón de fondo incidió una importante causa circunstancial: el gobierno del país perdió su carácter democrático y esto determinó que la Facultad y su Consejo vivieran una situación de violencia. Cuando en 1945 Chifflet ingresó nuevamente al Consejo de la Facultad, esta vez como Delegado del Orden Docente, se refirió al de 1933 de este modo: *"En esa época (el Consejo) estaba constituido por dos bandos y se discutían los problemas cuatro de un lado y cuatro del otro. Era una época de guerra, de irregularidad, en que habían trascendido los problemas de la calle dentro de la Facultad y existía una situación de violencia."* (13)

Entonces lo más probable es que desde la perspectiva de sus convicciones morales y democráticas muchas cosas que veía en ese año, que constituían apartamientos de la ética profesional y sobre todo del comportamiento democrático, mientras persistieron lo hayan mantenido sumido en una profunda contrariedad moral que se expresaba en un estilo violento.

– – –

Años después como Decano y Profesor su estilo fue diferente.

Se ha atribuido al proceso natural de maduración que atenuó su profundo idealismo y alta reactividad de la etapa juvenil, o a que su ascenso académico, profesional, social y económico hizo que se aburguesara.

Como de modo uniforme constatan los testimonios de quienes le conocieron, Chifflet nunca atenuó su profundo idealismo y su alta reactividad ante lo que consideraba incorrecto o injusto, sólo que en su plenitud habitualmente manifestaba su discordancia por signos muy tenues que sus colaboradores conocían bien (ver Preámbulo).

Por eso el autor de esta biografía cree que estas dos explicaciones deben descartarse y que existe otra que tiene más probabilidades de ser verdadera.

Ese era el estilo auténtico de Chifflet; suprimida la causa irritante que provocó el estilo anterior, éste se manifestó en plenitud.

Colaboraron:

- el paso de los años y la consecuente maduración.
- las oportunidades de conocimiento de primera mano de otras realidades que se iniciaron con su viaje a los Estados Unidos en 1935.
- y, sobre todo, el poderoso mecanismo de autocontrol que desarrolló como resultado de un proceso voluntario y racional.

Chifflet decantó así hacia el estilo que le caracterizó en la plenitud, que no apagó su reactividad, que le permitió continuar defendiendo sus posturas con igual firmeza y contundencia, pero en forma mucho más serena y aplomada.

Fue en esa segunda mitad de su vida en la que *"… defendió siempre con altura la legitimidad de su pensamiento, sin menoscabar al opositor, respetando la sensibilidad ajena, buscando la verdad con la naturalidad propia del que conoce y puede enmendar sus propios yerros …"* como afirmó Belloso [2].

## 2.- ASOCIACION DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Cuando Chifflet ingresó a la Facultad de Medicina, la Asociación de Estudiantes tenía ocho años.

En El Estudiante Libre de esa época figuran los nombres de los delegados de los diferentes años de la carrera: Antonio Uros y Rodolfo Osorio (primer año), Pedro Magnone y Adolfo Labrota (segundo año), Francisco Sureda y Amílcar Casas (tercer año), Luis Martínez y Ricardo Bombet (cuarto año), Atilio Gaggero y Humberto Valdez (quinto año), Almerindo Barros y Rodolfo Tálice (sexto año).

El poder de convocatoria de la Asociación entre los estudiantes recién ingresados era bajo. En una nota del 15 de junio de 1923 se señala que un bajo porcentaje de los estudiantes que cursaban primer año estaban afiliados [11].

En la Asociación de Estudiantes Chifflet fue socio estudiantil, militante y dirigente y luego, ya recibido, delegado de los estudiantes en el Consejo de la Facultad.

### A.- SOCIO ESTUDIANTIL, MILITANTE Y DIRIGENTE (1923-1929)

No hay registros detallados de las actividades en que participó, pero muchos años después Chifflet las analizó en profundidad y les dio enorme valor [6].

Comenzó por referirse a su ingreso a puestos dirigentes, y a los cuatro años que permaneció en ellos.

*"Mi pasaje por la Asociación no fue un accidente. Ingresé a su Directiva el año en que las luchas internas en Medicina llegaban a su apogeo, a tal punto que se había constituido otra entidad estudiantil, en oposición a la nuestra. Durante cuatro años seguí en los puestos dirigentes, que eran de acción y sobre todo de lucha."*

A continuación señaló cuánto valoraba ese antecedente, y cómo éste aún le marcaba la conducta a seguir.

*"Debo cumplir aquí las directivas que trazábamos en nuestras luchas, cuando pedíamos a los profesores, dedicación por el alumno, y a los dirigentes de la Facul-*

*tad, respeto por nuestras cosas. Desde allá arranca la fuerza que no me deja, siendo hoy profesor, encerrarme en mis problemas profesionales."*

Reconoció luego el hecho general de que, como el mundo cambia, la mayoría de las ideas perime, y analizó si a pesar de los cambios del momento aquellas aún tenían validez. Concluyó que la conservaban.

*"… los luchadores de la juventud centran su acción, en una perfecta ubicación del hombre, en el momento que se vive. Al pasar los años, si el mundo cambia, las ideas de aquella juventud quedan viejas y el destino nos depara sólo la angustia de no comprender nada.*

*Tengo la impresión de que nuestro mundo no ha cambiado todavía y que aún nuestras aspiraciones de ayer, son de palpitante actualidad hoy. Yo no sé lo que será mañana.*

*Me siento en mi época y entonces no vacilo en dejarme llevar por fuerzas que arrancan desde mi vida estudiantil y actuar bajo ese impulso. No olvido ni mi condición de universitario, ni mi calidad de hombre, y voy donde tengo que ir, a cumplir las obligaciones que las circunstancias imponen. Nadie ignora que esas circunstancias pueden ser, para un médico, un hombre que desgarró sus carnes o una mujer que perdió su hijo."* (6)

– – –

Entre otras actividades en esa época, la Asociación de Estudiantes de Medicina discutió el plan de estudios de 1929, organizó Jornadas de Extensión Cultural bajo la forma de conferencias en escuelas y cuarteles, y en los departamentos de Lavalleja y Maldonado. Chifflet mencionó específicamente que participó en ellas (5).

En cambio no mencionó que los estudiantes de Medicina realizaron movilizaciones, en las que seguramente participó, para que se promulgara la ley de construcción del Hospital de Clínicas, lo que finalmente ocurrió en 1926.

– – –

El 26 de junio de 1928 en el anfiteatro de Ginecología del Hospital Pereira Rossell se tributó un gran homenaje al Prof. Enrique Pouey, con motivo de su renuncia al cargo de Profesor para dar lugar a sus discípulos.

Abel Chifflet, entonces en 5º año de Facultad, y José Luis Bado, estuvieron en el estrado y hablaron en nombre de los estudiantes de Medicina (17).

Esto confirma que, entre éstos y en su Asociación, Chifflet y Bado habían ganado un prestigio suficiente como para confiarles la representación del orden en actos académicos de esta importancia.

Como dato interesante, el acto fue filmado.

No se conserva la película, pero sí lo que dijeron Chifflet y Bado.

Se reproduce el texto de lo que dijo el primero, porque probablemente es el primer discurso público de Chifflet que se conserva, y constituye una buena muestra de la madurez de pensamiento, la cultura y la elegancia de expresión que ya poseía en esa época.

**DISCURSO DEL BACHILLER ABEL CHIFFLET [3]**

*Señoras; señores.*

*Los estudiantes de Medicina, por intermedio de la Asociación, me han nombrado para que los represente en este homenaje.*

*Los estudiantes no están en pleno uso de su derecho cuando emiten opinión sobre el valor científico de una persona. Es por eso que no entraré a juzgar sobre las manifestaciones de esa índole del doctor Pouey, dejándolo para personas más capacitadas y más autorizadas que yo.*

*Por otra parte, los estudiantes no juzgan con certeza el valor de un hombre como profesor, dado que es difícil hacer una apreciación exacta sobre las enseñanzas que se reciben, antes de verse obligado a hacer uso de ellas en las múltiples encrucijadas que nos depara el ejercicio de nuestra profesión.*

*Pero, en cambio, hay una faceta, sobre !a cual no sólo podemos, sino que debemos opinar. Me refiero a la calidad de hombre.*

*Los estudiantes, es decir, los jóvenes, los que venimos, los que llegamos a la vida, somos un bagaje de promesas y de ideales. Pensamos todos, que nuestra vida será pura, sin manchas y sin dobleces y consideramos la conquista de ese ideal como una realidad. Es por eso que somos tan inclementes con las claudicaciones, con las fallas, con los tropiezos, de nuestros antecesores.*

*Pero, poco a poco, la vida con sus achaques, nos hace ver más de cerca la realidad de las cosas, y es entonces cuando comprendemos lo difícil que será la realización de nuestro ensueño; y es entonces cuando damos a los que lo han realizado, todo el mérito que merecen.*

*Somos los estudiantes, pues, que tenemos aún palpitantes nuestros ideales de pureza y de grandiosidad, los más capacitados para dar a usted, doctor Pouey, en este momento, con toda franqueza, las más sinceras felicitaciones por haber realizado lo que para nosotros es aún, sólo un anhelo.*

*¿Pero es que acaso tenemos que conformarnos con esa felicitación? No.*

*Está bien que lo felicitemos, como justo premio a tanto bien realizado; pero la juventud tiene para usted un algo que no se da en un momento porque no es fruto de la razón, y que no lo adquirimos en un día como simple pago de una benevolencia antojadiza o de un empuje utilitario, y ese algo es cariño, es simpatía, es profunda gratitud.*

*El Comité de homenaje ha querido hacer este acto en el Hospital. No ha habido idea más acertada.*

*El más romántico de los románticos, el gran Lamartine, decía que los lugares y los hechos están unidos por un lazo íntimo, porque la naturaleza es una en el corazón del hombre como en sus ojos, y que no se puede comprender bien un sentimiento más que en los lugares donde fue concebido.*

*Y bien; todo ese algo que anida en el fondo de nuestros sentimientos: todo ese cariño que difícilmente se manifiesta, a no ser por las cándidas lágrimas de mujer; toda esa gratitud y esa profunda emoción que nace de nuestro interior como queriendo ahogarnos en un sollozo, todo eso, lo comprendemos y lo sentimos más profundamente cuando estamos en el preciso lugar donde poco a poco fueron echando raíces en nosotros.*

*En el acto académico a realizarse en la Facultad esta tarde, habrá mucha oratoria vibrante, habrá mucha verba galana y florida; se harán elogios en los distintos sectores de las múltiples bondades de la personalidad del doctor Pouey. Será una verdadera consagración. Pero ha de ser la consagración fría, lisa, del razonamiento escueto que cuida las palabras y las formas y encuadra sus ideas en el marco cerrado del protocolo y los considerandos.*

*En cambio, este acto, manifestación amplia y libre de los sentimientos de todos, ejecutado en el lugar mismo donde nacieron esos sentimientos, ha de ser la consagración de esta tarde, lo que es el marco dorado que rodea el título universitario; lo que es un niño que sonríe en los brazos de una madre, lo que es la flor que engalana la aridez de un prado.*

*Para terminar, doctor Pouey, llevad, al alejaros de la clínica, como un recuerdo que persista para siempre, lo que los estudiantes os ofrecen en este momento, felicitaciones y agradecimiento y más que eso: simpatía, cariño y gratitud.*

Lo que expresaron ambos estudiantes fue bien recibido por Pouey, que en su discurso de respuesta dedicó ocho frases a los *"señores Luis Bado y Abel Chifflet"*.

En ellas señaló que, si no es exagerada, la reputación de los estudiantes de no ser lisonjeros hacia sus profesores puede ser una virtud. Que ellos no sabían cuánto placer producen en un viejo profesor las discretas manifestaciones de aprecio. Que entre profesor y alumnos no debe existir la menor discrepancia, sino una simbiosis que los beneficie recíprocamente y en la que los estudiantes, por su juventud, comunican algo de su alegría de vivir.

Y terminó agradeciendo a *"mis queridos amigos, por el placer que acabáis de darme."* [17]

– – –

De alguna manera esta situación se repitió. El 9 de mayo de 1946 la Sociedad de Ginecotocología realizó un homenaje recordatorio al Profesor Enrique Pouey en el 88 aniversario de su nacimiento [26]. Pouey había fallecido siete años antes [17]. Entre los presentes nuevamente estaba Abel Chifflet pero en una posición distinta a la de 1929; en esta oportunidad no era representante de los estudiantes, sino que llevaba menos de un mes en el cargo de Decano de la Facultad de Medicina.

## B.- DELEGADO ESTUDIANTIL AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA (1933)

### *a.- Generalidades*

En 1933 siendo ya Jefe de Clínica Quirúrgica, Chifflet fue elegido por la Asociación de Estudiantes de Medicina como delegado del orden en el Consejo de la Facultad.

Asumió el cargo con sólo 29 años. Su actuación muy intensa y duró alrededor de un año renunciando a principios de 1934.

De las Actas del Consejo de la Facultad de Medicina se han tomado, para emplearlas como ejemplos de esa actuación, las descripciones de algunos asuntos en los que la intervención de Chifflet jugó un papel muy importante.

### *b.- Actuación de Chifflet en el Consejo de la Facultad de Medicina en los meses de marzo, abril y mayo de 1933 en relación con los hechos políticos que estaban desarrollando en el país* [13]

En esos meses, en la Facultad de Medicina y su Consejo Directivo había múltiples problemas:

1. Se manifestaba claramente una discrepancia respecto a la actitud que la Facultad debía asumir ante los acontecimientos políticos nacionales y se discutía cuál debía ser el rumbo a seguir.
2. Por momentos el Decanato estuvo acéfalo, los quórums eran insuficientes para sesionar o mínimos para tomar esas decisiones, y a las diferentes sesiones concurrían distintos consejeros de un mismo orden.
3. En la sesión del Consejo del 31 de mayo de 1933, distintos consejeros caracterizaron la situación de la Facultad de esta manera [13] :
    - Su ambiente estaba *"esperando cualquier pormenor para agitarse"* (Stajano).
    - Había que *"evitar e impedir todo acto que pueda originar tumultos y conflictos"* (Bordoni Pose).
    - Las sesiones del Consejo eran un *"espectáculo, como si se tratara de una corrida de toros",* a las que asistía público *"para reír";* se estaban convirtiendo *"en actos puramente declamatorios y de discursos."* (García Austt y Mussio Fournier).
    - Había mucha presión por parte de los estudiantes. Se estaba viviendo una *"dictadura de abajo" … "sirviendo de lacayos a una conducta y modo de hablar de los estudiantes,*

*que no han empleado los Consejeros a pesar de la autoridad que tienen".* Se estaban *"desarrollando en el Consejo actos lamentables cuando debiera imperar la serenidad, pues se observa la violencia y los gestos airados, se pierde la dignidad de la autoridad."* Se sentía *"lastimado, averganzado, cohibido, por el espectáculo de opereta que da el Consejo en las presentes circunstancias."* (Stajano).

Tal como está escrita en las actas, en una primera lectura no resulta claro si estas palabras de Stajano se refieren al comportamiento de los estudiantes que concurrían a las sesiones públicas del Consejo, o al de su delegado Abel Chifflet. Cuando se considera el contexto en que fueron pronunciadas, resulta claro que se refieren a los primeros.

- Y, finalmente, había cierta complacencia, *"un exceso y un abuso de trámite en ofrecer a la Asociación de los Estudiantes de Medicina los lugares de preferencia en la orden del día por tarde que sean presentados en Secretaría."* (Hormaeche).

Chifflet sólo faltó a una sesión, tuvo iniciativa haciendo propuestas y mociones a título personal, o mandatado por el orden estudiantil a través de cartas que leía en el Consejo y, finalmente, participó en su discusión en una forma especialmente activa, lo que pone de manifiesto la profundidad de su determinación y compromiso con el rol que se le había encomendado.

Los acontecimientos de este período pueden resumirse del modo que sigue.

- **Sesión del 7 de marzo.**

  El Decano era Alfredo Navarro cuyo mandato finalizaba unos días después. El Consejo Central Universitario había elevado al Consejo Nacional de Administración la propuesta de nombrar Decano titular a Augusto Turenne; este órgano demoró considerablemente su pronunciamiento, pero a través del Ministro de Instrucción Pública facultó al Rector para que se procediera a nombrar un Decano Interino. Como esta situación se debía al cese del titular, no a su enfermedad o ausencia, por ley correspondía nombrar en el cargo al profesor más antiguo.

  Los cuatro más antiguos eran José Scoseria (1884), Juan B. Morelli (1887), Luis Morquio (1889) y Alfonso Lamas (1893). El designado fue Scoseria, que estaba jubilado pero era Profesor Honorario y seguía al frente de su cátedra. Se dispuso que si no aceptaba, el Decano Interino fuera Morelli.

Entre los Consejeros presentes en la elección estaba Eduardo Blanco Acevedo.

Al fin de esta sesión Chifflet expresó que debía enterar al Consejo de un asunto urgente e impostergable pues de la actitud que éste tomara dependía la de la Asociación de Estudiantes de Medicina. Era la sanción impuesta a los Bachilleres Virgilio Bottero y Carlos María Fosalba que se describe en el punto **d** de este capítulo.

- **Sesión del 9 de marzo.**
  Alfredo Navarro, presidió la última sesión como Decano.
- **14 de marzo.**
  No hubo sesión por falta de quórum.
- **Sesión del 17 de marzo.**
  Fue una sesión pública presidida por el Decano interino Scoseria. Tuvo una gran concurrencia y en ella Chifflet puso a consideración detallada del Consejo el problema en que estaban los Bachilleres Bottero y Fosalba.
- **Sesión del 23 de marzo.**
  El Consejo Nacional de Administración aún no había aprobado una propuesta del Consejo Central Universitario, que establecía que para ser Decano había que ser Profesor Titular. Scoseria, adelantándose a la vigencia de esta disposición adujo su condición de Profesor Honorario, renunció a su condición de Decano Interino, y a pesar de que una Comisión de Consejeros entre los que estaba Chifflet lo entrevistó para que retirara su renuncia, la mantuvo.
- **Sesión del 28 de marzo.**
  La presidió Stajano, fue muy extensa y se tomaron numerosas resoluciones de carácter administrativo.
- **31 de marzo.**
  Ese día Gabriel Terra disolvió los poderes del Estado, estableciendo una dictadura. En la noche, la FEUU realizó un acto en el Paraninfo de la Universidad, en el que el Decano de la Facultad de Derecho, Emilio Frugoni, declaró la huelga general. Fue detenido, conducido al cuartel de Blandengues y luego desterrado a Buenos Aires, y la huelga se extendió a toda la Universidad.
  No hubo sesión por falta de quórum, pero se dejó constancia que Juan B. Morelli había renunciado como Decano Interino.
- **Sesión del 1 de abril.**
  Concurrieron los Consejeros Stajano, Hormaeche, García Austt y Chifflet. Se aceptó la renuncia de Morelli.
- **Sesión del 4 de abril.**

Concurrieron los Consejeros Berta, Gianetto, Hormaeche, García Austt y Chifflet. Mussio Fournier se excusó por enfermedad.
Se consideró que dada la gravedad de la situación, para funcionar debía haber un quórum aún mayor.
Chifflet hizo dejar constancia en actas de este hecho, y de que él iba a plantear la situación en que estaba el Consejo de la Facultad frente al momento político del país.

- **Sesión del 6 de abril.**
  Concurrieron cinco Consejeros, entre ellos Chifflet. Mussio Fournier continuaba enfermo. Presidió Bordoni Pose.
  García Austt hizo una exposición en la que manifestó que no se sentía indignado, sino mas bien repugnado, porque los sistemas de fuerza no le merecían respeto.
  Chifflet compartió lo expresado por García Austt y afirmó que el Consejo no debía limitarse a una simple declaración de protesta; debía hacer una declaración de carácter general al pueblo, porque se había violado la Constitución.
  En esa sesión el otro delegado estudiantil, Dr. Julio C. Estol, presentó renuncia.
- **8 de abril.**
  No hubo sesión por falta de quórum.
- **Sesión del 17 de abril.**
  Se citó para nombrar Decano.
  Presidió el Consejero Berta, y entre los Consejeros que concurrieron, nuevamente estaba Eduardo Blanco Acevedo.
  Chifflet señaló que si bien la actual Junta de Gobierno era de hecho, había que respetar su decreto respecto al nombramiento de Decano.
  Se eligió para este cargo a Héctor J. Rosello Profesor de Farmacología y Terapéutica, y autor de un libro de texto sobre esta materia que tuvo singular destaque, no sólo en el país. Por sus convicciones clásicas respecto a la Universidad, Rosello consideraba que ésta debía mantenerse alejada de cualquier intromisión de carácter político partidario.
- **Sesión del 3 de mayo.**
  El Consejo recién se volvió a reunir en esta fecha y fue una sesión muy agitada.
  En el asunto número 3 del orden del día, Chifflet hizo una moción para que el Consejo de la Facultad hiciera esta declaración:

> *"1º.- El Consejo de la Facultad de Medicina declara que repudia los gobiernos de fuerza por la coacción de la libertad que fatalmente lo acompaña.*

*2º.- Que celoso de su autonomía, no aceptará la influencia de elementos extraños al claustro.*
*3º.- Que protesta contra la intervención de la Junta de Gobierno:*
*a.- por solicitar el retiro de la renuncia del Dr. Morquio.*
*b.- por pedir por intermedio del Ministro de Instrucción Pública que se cite al Consejo para nombrar Decano.*
*c.- por deportar al Decano de la Facultad de Derecho, Dr. Emilio Frugoni."*

Mussio Fournier preguntó a la presidencia si era reglamentario discutir en el Consejo asuntos de índole religiosa o política. Stajano opinó que, más allá de su éxito, había urgencia en resolver la moción de Chifflet porque existían asuntos capitales para la marcha de la Facultad que requerían pronta resolución. Mussio Fournier señaló que como antecedente para el futuro no debía tratarse ningún asunto religioso o político ajeno a los cometidos universitarios y que, después de discutir la moción de Chifflet, sería bueno que el Consejo declarara para el futuro la inconveniencia de hacerlo.

El Decano estuvo de acuerdo con Stajano, discrepó con la moción de Mussio Fournier, la puso a votación y no fue aprobada.

Hormaeche opinó en forma semejante a Stajano respecto a la urgencia de pronunciarse para pasar a considerar asuntos que estaban paralizados desde hacía tiempo.

García Austt señaló que la moción de Mussio Fournier tendía a impedir la discusión de la moción de Chifflet, que la autonomía universitaria no había sido respetada en la Facultad de Derecho y solicitó que, después de oída la fundamentación que Chifflet haría de su moción, se le concediera la palabra para la próxima sesión.

Entonces Chifflet leyó una durísima nota de la Asociación de Estudiantes de Medicina firmada por Eduardo C. Carbonelli, Presidente de turno, y por Constancio Castells, Secretario.

Estaba dirigida al Decano Rossello y al Consejo.

Expresaba que, en esos momentos difíciles de la vida nacional y universitaria, la Asociación de Estudiantes de Medicina se creía en la obligación de hacer llegar al Consejo, su pensamiento respecto a cuál debía ser la posición de la Facultad como integrante de la Universidad de la República.

Y que quedaba a decisión del Consejo resolver si era posible el silencio de la Universidad frente a semejantes atentados, o si la dignidad del Claustro reclamaba el pronunciamiento claro.

## RESUMEN DE LA CARTA DE LA ASOCIACION DE ESTUDIANTES DE MEDICINA ELEVADA EL 3 DE MAYO DE 1933 AL DECANO Y AL CONSEJO DE LA FACULTAD [13]

Los estudiantes no podían admitir sino por error o por política, una abstención completa de la Universidad a asumir la responsabilidad que le incumbía como centro de cultura, en señalar al pueblo su repudio a un estado de cosas que, aunque de origen político, había tenido profunda repercusión nacional afectando derechos y libertades humanas que todos, y especialmente la Universidad, debían reconocer, respetar, y contribuir a defender.

No podían admitir, sino por equivocación o por calculado deseo de no hablar, que la Universidad callara su protesta frente a un régimen que había suprimido la libertad de prensa, que negaba la libertad a la expresión pública del pensamiento, y que ni siquiera permitía la lectura de lo que consignara una opinión adversa a sus numerosas y vergonzantes actitudes. Silenciar la crítica a todo eso verdaderamente horroroso, que estaba más allá de lo político porque embargaba derechos y libertades más respetables y trascendentes, era callar comprometiendo la dignidad de la Facultad y de quienes la habitaban, y era traicionar al pueblo que la mantenía, para que de ella surgieran no solo médicos, sino hombres capaces de conservarlo, con su cultura, libre de la presión de tiranos y traidores.

Aún cuando acababan de pasar un período en que la desilusión más grande había invadido sus espíritus al comprobar tremendas claudicaciones de personalidades que hasta ayer habían ungido con su respecto y distinción; aunque les era doloroso comprobar que quienes con firme empeño se opusieron a ciertos nombramientos arguyendo el respeto celoso de la ley apareciendo luego rotos o vencidos esos escrúpulos, apoyando un régimen que abatía la Constitución, las leyes y las libertades más preciosas; a pesar de todo eso, los estudiantes seguían pensando que se reconocería que no es posible callar desde la Universidad el repudio a un régimen que solo admite lo que satisface el paladar impúdico de los censores de la dictadura.

Señalaban que no habrá dignidad en una Universidad cuando ella se disponga a ocultar su anhelo de Libertad y de Justicia por encima de los intereses personales o de baja política.

El pensamiento estudiantil de repudio a la dictadura había quedado perfectamente definido por casi unanimidad en las numerosas asambleas realizadas, aunque la prensa no había podido consignarlo.

Los estudiantes estaban dispuestos a luchar para derrocarla. En el aula no habían podido substraerse a la obligación de comentar el régimen actual, porque no poseían más que una sola sensibilidad que se manifestaba en forma vigorosa y tenaz. Les había sido imposible entrar en esos días a la casa de estudios sin traer algo de lo vivido en las calles, en esa atmósfera de dictadura que llegaba a todas las conciencias honradas, a pesar del esfuerzo que por disimularla hacían los traidores con el apoyo de los uniformes y las bayonetas. No tenían el egoísmo suficiente para admitir que en ese momento en que la Universidad debía más que nunca estar abierta al pueblo, ellos pudieran olvidar que mas allá de los portones de hierro la fuerza armada los esperaba para disolverlos a sablazos o encarcelarles si vivaban la Libertad o la Constitución, o si se manifestaban contrarios a la Dictadura de Terra.

Los políticos de la dictadura les aconsejaban que hicieran la política que ellos insinuaban desde los editoriales de su prensa. Que llamaran política a todo lo que está pasando en el Uruguay incluso la privación de las libertades individuales y ciudadanas.

Y que con el harnero de esa palabra taparan sumisos el cielo visible de sus grotescas arbitrariedades. Querían lograr el sometimiento de los centros de cultura, y a quienes advertían les amenazaban con esas palabras de léxico tirano: *"el orden"* y las famosas *"facultades extraordinarias"*.

No podían acceder a esas invitaciones denigrantes. Vivían el estado espiritual de repudio a la Dictadura y con él estarían aquí y allá, en sus casas, en las aulas, en la cárcel, donde fuera que se encontraran y pesara a quien pesara. La huelga en la Facultad había sido suspendida el 24 de Abril, pero sujetando su actitud futura a condiciones que les permitieran concurrir con dignidad a su casa de estudios. Y podrían asistir con dignidad a ese claustro, si él no era intervenido por la Dictadura y ésta no encontrara un aliado en el actual Consejo. Reclamaban la más amplia autonomía, con la sola limitación que establecía el artículo 100 de la Constitución interpretado por los organismos del Estado que esa misma Constitución establecía. Y exigían la autonomía, no con las promesas de quien siendo ya dictador prometía en un mensaje a la Cámara que no lo sería, sino autonomía en la realidad de los hechos y de la vida de su casa de estudios.

De acuerdo con eso aceptaban al Dr. Rosello como Decano porque había sido designado por el Claustro. Pero, defendiendo los prestigios de ese decanato cuyo advenimiento habían prestigiado y cuyo triunfo deseaban, repudiaban la injerencia de la Dictadura pretendiendo confirmar dicha designación. Si la aplicación estricta de la ley no era posible porque la Dictadura había disuelto los poderes que el pueblo creó para tal fin, la Universidad no podía sustituir aquellas autoridades por las que se habían gestado al amparo de la fuerza y con el desprecio mayor por la Constitución y las libertades públicas.

Mantener la autonomía en esos momentos no era sólo evitar que la Dictadura viniera a la Universidad, sino evitar también que la Universidad fuera hacia la Dictadura.

Debía regirse en tal sentido de acuerdo con los preceptos constitucionales y legales que aún existían, porque no había que suponer que la voluntad de un tirano debiera anteponerse a la expresada por el pueblo. Había una Constitución y un traidor de esa Constitución. La Universidad debía estar con aquella y no con éste.

Al hacer estas manifestaciones los estudiantes no sólo revelaban su opinión sobre este régimen y las personas que lo dirigían, sino que se atenían a una disposición que el Consejo respetaría tanto como ellos, porque es nada menos que el artículo 175 de la Constitución que establecía textualmente que *"El que atentare o prestare medios para atentar contra la presente Constitución, después de sancionada y publicada, será reputado juzgado y castigado como reo de lesa nación"*.

Los estudiantes de Medicina, como la Constitución que habla por mandato del pueblo, señalaban como *"reos de lesa nación"* a los que amparados en la fuerza pretendían gobernar la República.

Quedaba a decisión del Consejo resolver si era posible el silencio de la Universidad frente a semejantes atentados, o si la dignidad del Claustro reclamaba el pronunciamiento claro, tal como lo propuso nuestro delegado Dr. Chifflet.

Luego de la lectura de esta nota, Chifflet señaló los hechos que evidenciaban la intervención de la Junta de Gobierno en los actos de la Facultad de Medicina y que sintetizó en su moción. Sostuvo que la Facultad no tenía solamente el deber cultural ante sus alumnos, sino también una función cultural ante el pueblo y el país entero, y en apoyo de ello leyó varios pasajes de un discurso del Dr. Demichelli, que ni el Dr. Frugoni ni cualquier otro universitario desdeñarían en hacer suyos.

Manifestó no tener apuro en que la discusión de este tema fuera finalizada en esa sesión del Consejo, sino que tenía interés en que se discutiera ampliamente.

Stajano dijo que como universitario encontraba que la moción del Dr. Chifflet era el extremo del temperamento a adoptarse, pero que no por ello iría al otro extremo de la posición de Mussio Fournier. El Consejo debía proceder con serenidad, sin extralimitarse, pero debía compulsar la opinión de sus profesores, sus profesionales y sus estudiantes.

Entonces Stajano hizo la siguiente moción: *"El Consejo Directivo de la Facultad ante el cambio operado en el Gobierno Nacional declara que no reconocerá ningún acto que no haya emanado de sus propias autoridades y que lesione su intangible autonomía."*

Gianetto sostuvo que era innecesario discutir porque nadie había invadido los fueros de la Facultad, que ésta no debía inmiscuirse en los asuntos políticos, ni los políticos en los asuntos de la Facultad.

Mussio Fournier sostuvo que la política actuaba en la Universidad como una septicemia que la destruía y que por ello debía dejarse afuera, salvo que se violara su autonomía, cosa que no había ocurrido. Que no pretendía interferir con la moción del Dr. Chifflet, sino sentar principios generales.

Finalmente se levantó la sesión fijando una sesión extraordinaria para discutir la moción del Dr. Chifflet.

- **Sesión del 5 de mayo.**

  Se volvió a leer la moción de Chifflet. García Austt dijo que la votaría, hizo una extensísima exposición en la que analizó la situación de varias universidades en relación con el poder político a lo largo de la historia, y criticó la postura del Decano (que sostenía que por un principio básico que debía primar en el espíritu

universitario, su deber era propender al orden y funcionamiento regular de la Facultad con exclusión de toda política en sus aulas), y la de Mussio Fournier.

Stajano volvió a presentar su moción sustitutiva de la de Chifflet y dijo que la inclusión de temas políticos en la Facultad era un cuerpo extraño que entorpecía su marcha. Hormaeche la apoyó, con algunas modificaciones.

Chifflet dijo que lamentaba que no estuviera presente Mussio Fournier porque deseaba comentar su argumentación y que lo haría cuando se tratara su moción. Y que no aceptaba la comparación de Stajano con un cuerpo extraño porque la política no entorpecía sino que enaltecía la labor del Consejo.

A cuenta de argumentación más abundante que expondría cuando pudiera comentar la moción de Mussio Fournier, leyó varios pasajes de textos escritos *"en épocas de normalidad por personas que pensaban sin intereses creados, para robustecer la situación que debe adoptar la Facultad no influida por situaciones extrañas al rol cultural de la Universidad."*

Y terminó diciendo que *"de su moción le interesaba en especial su primera parte, puesto que sería un egoísmo incalificable exigir nuestra autonomía y encastillarnos en esa torre de marfil. Lo fundamental era dar al pueblo que nos había dado la situación que disfrutamos, el concepto exacto de nuestra situación y una guía para conducir sus actitudes."*

La moción de Chifflet se puso a votación resultó empatada, pero el Decano con su voto negativo hizo que no fuera aceptada.

Se votó y aceptó la moción de Stajano con la enmienda de Hormaeche y una ampliación propuesta por Chifflet que también fue aceptada.

El texto definitivo de la declaración fue el siguiente:

*"El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, ante el cambio operado en el régimen de Gobierno Nacional, declara que no reconocerá ningún acto que no haya emanado de sus propias autoridades y que lesione su intangible autonomía. La Facultad de Medicina, como integrante de la Universidad ratifica ante el pueblo que la ha erigido como centro de cultura superior con funciones docentes y sociales, su fe en la democracia y en las normas trazadas por el pueblo para regir sus destinos."*

Según expresó Rosello 26 días después, esta declaración que apoyó el Delegado Estudiantil y aceptaron los estudiantes *"pareció haber dejado contento a todo el mundo, dar por terminados los litigios del momento y aplacado la efervescencia reinante."* Pero no fue así.

***c.- La Asociación de Estudiantes de Medicina solicita el uso del Salón de Actos de la Facultad para una conferencia del Dr. Raúl Baethgen. Rosello pone a disposición de la Facultad su renuncia***

- **Sesión del 23 de mayo de 1933.**
  El Orden Estudiantil solicitó autorización para utilizar el Salón de Actos de la Facultad para que el Dr. Raúl Baethgen dictara una conferencia sobre "La Universidad y sus problemas".
  El Decano Rosello solicitó postergar la resolución hasta la sesión siguiente para asesorarse sobre el contenido de la conferencia, y Chifflet lo acusó de *"intolerante".*
- **Sesión del 30 de mayo.**
  El Decano informó que de acuerdo con la misión que en la última sesión le encomendó el Consejo, aconsejaba que se accediera a la solicitud de los estudiantes, pero antes protestaba de *"una manera categórica contra la inculpación de intolerancia que, en esa sesión, le enrostró el Consejero Dr. Chifflet. Como Decano tenía legítimos derechos a asesorarse, tanto más que, presentado el pedido un cuarto de hora antes de iniciarse la sesión respectiva, no había tenido tiempo de hacerlo ni cumplir el espíritu de las disposiciones vigentes al respecto. Por eso le resultaba sorprendente la actitud del Dr. Chifflet de que lo calificara de intolerante en tal situación. Ahora conversó con los peticionantes así como con el conferencista, al cual no le exigió ninguna limitación sino que expresó el anhelo de la casi totalidad del Consejo y de la inmensa mayoría del profesorado y del estudiantado de que la Facultad de Medicina continuase en funciones."*
  Chifflet respondió *"que el deseo de saber lo que va a hablar el Dr. Baethgen es exactamente realizar lo que efectúa la Junta de Gobierno con la censura a la prensa."* Pidió que se leyeran las notas de los estudiantes y así se hizo.
  El Decano reiteró *"que de ninguna manera él quiso limitar la palabra de nadie y apela al propio Dr. Baethgen";* dijo que era *"profundamente injusto el estudiantado que así lo acusa estando bien visible su propósito de absoluta autonomía y su interés por el mantenimiento digno de la Facultad en funciones, y que es aún más injusto el propio delegado estudiantil."*
  Pidió que se accediera al pedido de los estudiantes y así se hizo.
  Y por todo este asunto, a continuación el Decano presentó una carta con su renuncia, cuyo texto era el siguiente.

## 30 DE MAYO DE 1933. PRINCIPALES PASAJES DE LA CARTA DEL DECANO ROSELLO AL PERSONAL DE LA FACULTAD [13]

*"Señores Consejeros, Señores Profesores, señores Estudiantes.*

*Presento ante los Señores Consejeros renuncia al Decanato de la Facultad de Medicina con que fui honrado.*

*Mi renuncia no es indeclinable y tiene así un carácter de verdadera apelación ante el profesorado titular, ante el profesorado agregado y personal docente y ayudante y ante el estudiantado.*

*No he tenido jamás vinculaciones políticas con ningún Gobierno, ni las tengo ahora con nadie; no he sido jamás beneficiario político de nadie ni he golpeado jamás el aldabón de ningún gobierno; soy genuinamente universitario por mi origen y genuinamente universitario aspiro a mantenerme hasta el fin de mi vida.*

*Creo que el hombre puede servir muy bien a su país al margen de la política y creo que la Universidad, la cultura universitaria y el capital que representan no sólo sus bibliotecas y sus laboratorios sino sus profesores y sus estudiantes son un bien común, son en cierto modo una propiedad nacional pues es el esfuerzo nacional quien los ha formado, los educa y los mantiene.*

*El respeto que siempre y en todos lados el pueblo ha tenido por sus universitarios, que no ha tenido siempre por sus políticos, demuestra esa afirmación. Y así como a nadie se le ocurriría ni se le ha ocurrido involucrar en nuestras luchas políticas a nuestros bancos, ni a nuestras escuelas primarias ni a nuestras instituciones de asistencia médica que son bienes comunes que la sociedad ha instituido para la defensa y la organización común, tampoco debe ocurrir que sea involucrada la Universidad. Es un sofisma peligroso y limitativo afirmar que la función cultural de la Universidad la obliga a intervenir en las luchas políticas; la cultura política y ciudadana es una cosa, la cultura general y técnica es otra."*

Luego la carta señala con detalle y ejemplos que en los grandes países del momento y las cinco últimas revoluciones europeas se había intentado que las Universidades no interrumpieran sus funciones, ya que la huelga o clausura de la Universidad es el crimen más grande que una sociedad civilizada puede cometer contra sí misma.

Y continúa.

*"Este es mi pensamiento y esta es mi actitud. Si nuestro claustro, si nuestros viejos profesores en quienes busco el consejo sereno, si nuestros jóvenes colegas del profesorado agregado y ayudantes en quienes busco el esfuerzo actual por nuestra dignificación cultural, real, no declaratoria; si nuestro estudiantado en quienes quiero hallar no la multitud anónima como alguien hizo recién la estupenda afirmación, sino la dignificación de la inteligencia, si esos elementos que son en suma el verdadero capital de nuestra Facultad están de acuerdo con mi pensamiento de absoluta abstención y de absoluta defensa de nuestra autonomía, ellos sabrán lo que deben hacer, si no, ahí queda mi renuncia.*

*Alguien me ha enrostrado que yo sirvo a intereses ajenos tratando de mantener en funciones a nuestra Facultad. Es una calumnia miserable. Yo no sirvo a nadie, a nada más que mi pensamiento universitario que lo quiero limpio y claro como hasta ahora y mi renuncia le probará mi lealtad. Lo repito, ella equivale así a una verdadera apelación ante el claustro de nuestra Facultad cuya decisión clara y terminante yo necesito en este momento.*

*El Decanato de esta Facultad es hoy para mí (y para cualquiera) un verdadero sacrificio material y moral, y si esta apelación que yo provoco no me fuese favorable, con placer regresaría a la labor científica y tranquila de mi Instituto.*
*Héctor J. Rosello."*

Rosello se retiró, la sesión pasó a ser presidida por Bordoni Pose, y dado el corto número de Consejeros presentes se citó a una reunión extraordinaria a realizarse al día siguiente, para considerar la renuncia presentada.

- **Sesión del 31 de mayo.**
  Chifflet no asistió, pero envió una carta de una carilla en la que en esencia decía:
    - Que el Decano había llevado la nota a la sesión del día anterior, pero que hacía cuatro días que los estudiantes la habían presentado.
    - Que recordando paso a paso la incidencia de la renuncia del Decano *"le daba la tranquilidad de que él había hecho las cosas bien"* y que no podía participar en la consideración de la misma porque el Decano *"había puesto de su parte descortesía y mal refrenada energía al tildarlo de intolerante y sospechoso."*

  A continuación se leyó una nota de la Comisión Directiva de la Asociación de Estudiantes de Medicina en la que expresaban que *"mantenían calurosamente su adhesión al delegado estudiantil Dr. Chifflet"*, y que la renuncia del Decano les resultaba *"a todo punto incomprensible por cuanto la nota no tenía el carácter de ataque personal al Decano ni intención alguna de provocar su renuncia."*
  A continuación hubo varias exposiciones solidarizándose con la actitud del Decano, se resolvió no aceptar su renuncia y nombrar una comisión para obtener que la retirara.
  El Decano Rosello se reintegró a sus funciones en la sesión del 13 de junio, agradeció las manifestaciones de simpatía recibidas de consejeros, profesionales y estudiantes que lo obligaron a no insistir en su renuncia, y reafirmó su postura apolítica dentro de la Facultad.

– – –

Este episodio, ocurrido a fines de mayo de 1933, es prácticamente idéntico a otro que ocurrió quince años después, a fines del año 1948 (ver capítulo 10).

En ambos:

- se planteó un problema de causa política.

- el Decano de la Facultad de Medicina asumió una actitud que los estudiantes interpretaron como una claudicación y se lo hicieron saber.
- el Decano lo interpretó como un cuestionamiento moral y como una acusación de estar en connivencia con el poder político, se molestó y presentó renuncia.
- los estudiantes manifestaron su sorpresa por cuanto en su opinión sus manifestaciones no constituían un ataque personal al Decano.
- hubo gestiones del Consejo para que el Decano retirara la renuncia.
- y quince días después el Decano se reintegró.

En 1933 el Decano era Rosello y el que lo acusó fue Chifflet, delegado de la Asociación de Estudiantes de Medicina.

El tiempo transcurrió, los sitiales cambiaron de ocupantes y, en 1948, el Decano era Chifflet, y la acusadora la Asociación de Estudiantes de Medicina.

– – –

Dos años después Rosello como Decano había perdido autoridad y prestigio ante los integrantes de la Facultad, al punto que los Consejeros opinaban que se había establecido una incompatibilidad entre sus orientaciones, actitudes y modalidades de trabajo, y las de ellos [13].

A mediados de 1935 Rosello acusó al Ecónomo de incumplir el horario, no colaborar y encarar sus tareas como si sólo fueran de escritorio.

Se nombró una Comisión Investigadora de tres miembros que en la sesión del Consejo del 17 de septiembre de ese año emitió un informe en mayoría firmado por García Otero y Yannicelli exculpatorio del Ecónomo, y un informe en minoría firmado por Prat que sólo señalaba la falta de comprensión y colaboración entre el Decano y el Ecónomo.

Rosello agregó nuevas acusaciones contra el Ecónomo, entre ellas que no controlaba la calidad y cantidad de la carne que la Facultad compraba a proveedores para alimentar a los animales del laboratorio, su posición se fue debilitando y finalmente dijo que presentaba renuncia al cargo y se retiró.

En la sesión del día siguiente el Consejo desestimó las denuncias contra el Ecónomo y aceptó la renuncia de Rosello, sin siquiera hacer, por elemental cortesía, un tímido intento para que la retirara.

El 22 de octubre Rosello presentó un informe de su actuación como Decano. En el Consejo se señalaron y corrigieron sus inexactitudes y se archivó [13].

Este informe llegó a Alfonso Lamas y lo respondió con una carta a Rosello que se publicó en la prensa [15]. Comenzaba con la frase *"Mi querido amigo"*, y luego le decía que:

- Mientras que con la claridad y valores numéricos equivalentes a los presentados por Rosello, alguien argumentara en contra, seguiría creyendo en la eficiencia y brillo de su paso por la Facultad.
- Que lamentaría que un solo universitario lo imitara en aquello de: *"… mi apartamiento absoluto de ese género de actividades que es la política"*, y agregaba *"¡Que Dios me libre de cosas peores!"*.
- Que la latitud de su apoliticismo propagado a la clase civil y militar, había permitido que algunos países fueran gobernados por gentes cuya actuación mantenía al mundo entre la zozobra y la vergüenza.
- Que el Profesor que tantas atenciones había recibido de él cuando era Decano, dejaba constancia de su agradecimiento y le estrechaba la mano.

### *d.- Sanción del Consejo de Salud Pública a los Bachilleres Virgilio Bottero y Carlos María Fosalba*

Bottero y Fosalba habían sido Practicantes internos, eran buenos estudiantes y habían realizado una campaña en la prensa en la que ponían en evidencia serias irregularidades en las dependencias de Salud Pública.

El Consejo de Salud Pública inicialmente no reaccionó.

Pero varios enfermos tuberculosos abandonaron el Hospital Fermín Ferreira y pasaron a deambular por las calles de la ciudad.

Entonces dicho Consejo realizó un sumario, consideró que esta actitud de los pacientes había sido alentada por Bottero y Fosalba desde sus artículos de "El Debate", los sancionó prohibiéndoles que entraran al Hospital Fermín Ferreira y estableció que sólo podían concurrir a los demás servicios clínicos de la Facultad en los Hospitales de Salud Pública en horarios en que éstos funcionaban con la presencia de sus jerarquías.

Chifflet enteró al Consejo de este asunto el 7 de marzo de 1933 y lo expuso en forma extensa y detallada en la sesión del 17 de marzo.

En esencia señaló cuatro hechos respecto al Consejo de Salud Pública:

1. Que estaba acusado y por lo tanto no podía actuar como juez.
2. Que la Comisión sumarial estaba integrada por el Dr. Butler, que había tenido expresiones públicas de su enemistad con Fosalba.
3. Que a los acusados no se les había dado el derecho de defensa.
4. Y que el Consejo de Salud Pública había usurpado los derechos del Consejo de la Facultad al tomar decisión sobre un hecho que

debía ser juzgado y eventualmente penado, según fuera su naturaleza, por el Consejo de la Facultad o por la justicia ordinaria.

En la extensa sesión del 28 de marzo, entre otras cosas, el Consejo tomó conocimiento de una nota del Consejo de Salud Pública que informaba que había levantado las sanciones a los Bres. Bottero y Fosalba.

***e.- Otras actuaciones destacadas de Chifflet como Consejero***

En 1933 Chifflet propuso un nuevo Reglamento del Concurso para el cargo de Jefe de Clínica que colmó las expectativas del estudiantado, y luego de ser sometido a una extensa discusión y a una atenuación del acento demasiado "concursista" que tenía el original, fue aprobado el 6 de septiembre de ese año.

En Anales de la Facultad de Medicina se dio noticia de la aprobación de este Reglamento [12].

"El Consejo de la Facultad prestó su aprobación unánime al nuevo proyecto de reglamentación presentado por el Dr. Chifflet, que constituía una aspiración casi unánime del estudiantado. Modificó, sin embargo, el proyecto en lo que tenía de absolutamente concursista dando, como es lógico (aún tratándose de puestos de iniciación de la carrera médica), un cierto valor a los méritos que por escolaridad, por concursos anteriores, etc. hubiese podido acumular el aspirante. Quizá, tratándose precisamente de puestos de iniciación, se da en ese proyecto una excesiva atribución docente a tales puestos y quizá quedará como un poco coartada la autoridad que como jefe de servicio debe tener el profesor para regir su servicio, pero creemos que en general en la práctica el nuevo proyecto ha de resultar beneficioso, como medio de selección para el ascenso a puestos tan importantes. La implantación inmediata de reglamentación que tan radicalmente modifica las situaciones actuales, podrá sin duda provocar algunos perjuicios individuales que el Consejo ha tratado de contemplar y que podrán ser fácilmente subsanados en cada caso particular."

– – –

Chifflet también mencionó que colaboró en la redacción de la Reglamentación de las Bases del Concurso de Practicante Interno entonces vigente, especialmente en la interrelación con la enseñanza de Facultad [5].

## 3.- SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY

En el siglo XIX la mayor parte de la práctica profesional médica era liberal; una parte menor se cumplía en la medicina estatal de la "Asistencia Pública" prestada en los hospitales.

En las dos primeras décadas del siglo XX, entre los médicos se generó un creciente malestar por las condiciones de remuneración de su trabajo en las organizaciones creadas en el siglo anterior para apoyo mutuo de colectividades de inmigrantes, con las que su compromiso étnico o familiar se había debilitado.

El Club Médico fundado en 1912 por Horacio García Lagos, Rafael Schiaffino, Mario Simeto, Ricardo Vecino y Camilo Payseé, era un centro cultural y social que por sus estatutos vedaba específicamente las actividades gremiales de defensa de los médicos.

– – –

Entonces el 11 de agosto de 1920 se fundó el Sindicato Médico del Uruguay, una nueva asociación civil de médicos con autorización legal para el ejercicio profesional en el país (750, de los que 580 estaban en Montevideo) [30].

Tenía carácter sindical, ingreso libre, carecía de fines de lucro, y estaba destinada al amparo moral y material de sus integrantes y al cultivo de la estima y consideración de la profesión médica.

En su **primera etapa** (1920-1928) careció de un objetivo político-social concreto. Su trámite era lento ya que estaba dirigido por una Comisión Directiva de veinticuatro miembros que en la práctica no funcionaba, un Comité Ejecutivo con cinco miembros, que era una suerte de secretariado que ejecutaba las decisiones de la Comisión Directiva, un Consejo Arbitral, y Asambleas anuales ordinarias y extraordinarias.

Le sucedió una **etapa intermedia** (1928-1930) de decaimiento de la actividad sindical en el que la Comisión Directiva no se reunía, el Comité Ejecutivo se declaraba incapaz de tomar decisiones y la defensa de los médicos fue asumida por la Asociación de Estudiantes de Medicina.

A partir de 1930 se entró en una larga **tercera etapa** condicionada por nuevos acontecimientos como el Golpe de estado de 1933, al fin de la década la Segunda Guerra Mundial, etc. En esta etapa poco a poco se definió la necesidad de hacer pesar la influencia moral y el poder material de los socios para defender los principios económicos, jurídicos, sociales y éticos considerados justos y dignos por expresión libre y mayoritaria de su asamblea, y que tuvieran como norte el bien y la felicidad de la humanidad, la defensa de la democracia, el progreso del país.

Para ello fue necesario crear un nuevo estatuto (1930) modificado por quince asambleas ulteriores hasta 2000, que:

- incorporó a estudiantes con derechos progresivamente más amplios.
- incluyó otros objetivos que se refieren a médicos y estudiantes y a la salud nacional.

- y redujo los órganos de gobierno a la Asamblea, el Comité Ejecutivo, la Mesa del Comité Ejecutivo, el Consejo Arbitral y los Organismos Adscriptos.

– – –

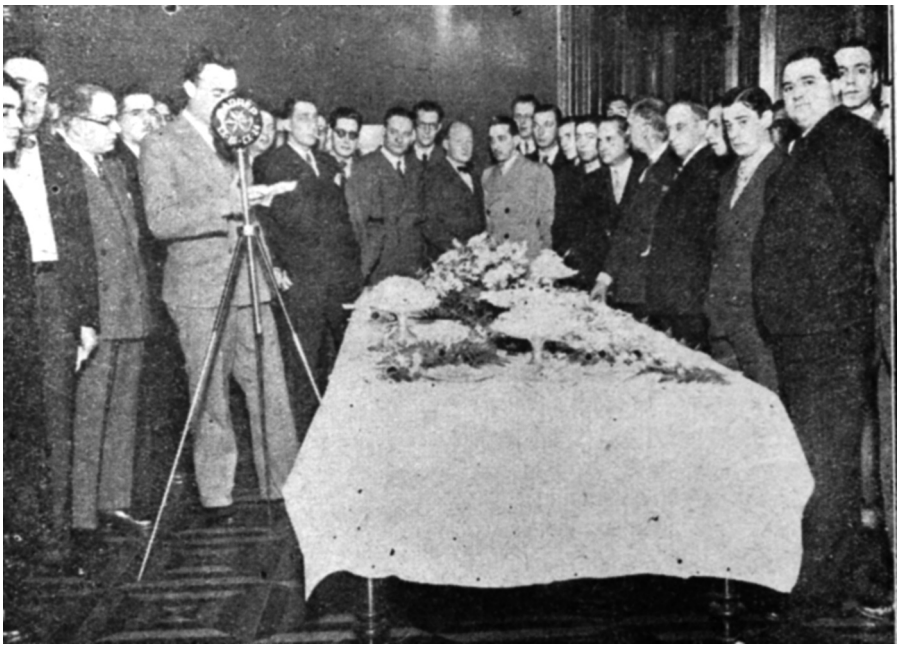
En el Sindicato Médico del Uruguay Chifflet fue:

a. Socio
b. Vicepresidente entre marzo y noviembre de 1933. El presidente era Ricardo Bastos Peltzer, un gastroenterólogo que había sido secretario del Comité Ejecutivo en 1930 e integrante del mismo en 1932; en diciembre de ese año pronunció un discurso en el homenaje que el Sindicato brindó a Mario C. Simeto al cumplirse dos años de su muerte. A fines de 1933 Bastos Peltzer renunció a su cargo, posiblemente porque formó parte de la fractura que llevó a la creación del Colegio Médico del Uruguay. Al año siguiente estuvo entre los socios fundadores de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay.
   Ante la renuncia de Bastos, Chifflet debió ejercer la presidencia hasta el fin del período (mayo de 1934). Fue el decimo-tercer Presidente de la Institución. No se pueden dar detalles de su actuación en este período porque el libro de actas del Sindicato Médico del Uruguay correspondiente a esos años no se ha podido encontrar.
c. Integrante del Comité de Redacción del Boletín (1934).
d. Decimo-séptimo Presidente.
   En 1936 el Sindicato Médico del Uruguay tenía 16 años. Sus afiliados eran 480 médicos (351 de Montevideo y 129 del Interior) y 215 estudiantes.
   Hasta el mes de abril de 1936, el Comité Ejecutivo estuvo presidido por el Dr. Francisco Araucho e integrado por los Dres. Elías Bordabehere, Juan A. Brito del Pino, Abel Chifflet, Juan J. Costa, Carlos M. Fosalba, Eugenio Isasi, Julio R. Marcos, Fernando Rossi y Ricardo Yannicelli, y por los Bachilleres Pedro Arana, Mario Cassinoni y Rodolfo Tiscornia.
   En mayo de 1936 no cambiaron los integrantes del Comité Ejecutivo pero se redistribuyeron los cargos; Abel Chifflet asumió la presidencia, Fernando Rossi la vicepresidencia, Juan A. Brito del Pino la Secretaría y Julio R. Marcos la tesorería.
   En una Editorial de Acción Sindical de principios de ese año titulado Perspectivas del año 1936-1937 [20], se señalaba que los dos Comités Ejecutivos previos habían hecho una gestión preparatoria definiendo un concepto claro de medicina y su ejercicio, y re-

definiendo lo que la institución debía ser como entidad gremial sin que se elevara ninguna voz que se opusiera a un cambio tan radical. Por ello se esperaba que las nuevas fuerzas que representaban y dirigían a la clase médica se compenetraran de la responsabilidad de su tarea, continuaran con vigoroso empuje el esfuerzo inicial, convencieran a los indecisos y los fundieran en una unidad en pos de las aspiraciones de justicia de realizar un plan integral y científico de la Medicina para la sociedad.



Sin fecha. Abel Chifflet y Carlos Stajano en un viejo local del Sindicato Médico del Uruguay.


1936. Chifflet hablando por radio durante una cena ofrecida por el Sindicato Médico del Uruguay a 300 asociados.

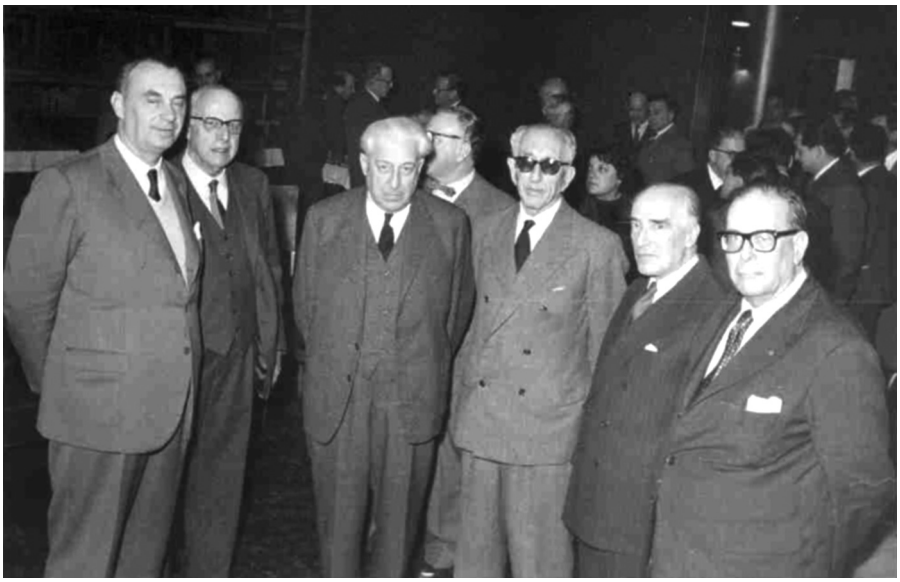
Para alcanzar la unidad era necesario:

- revisar los estatutos para adaptarlos al nuevo pensamiento.
- hacer las modificaciones que permitieran asegurarse de la sinceridad de quienes ingresaban.
- continuar la obra constructiva del Sindicato, con su Centro de Asistencia que estaba por cumplir su primer año de existencia, y con la organización de un congreso médico mutual.
- ilustrar a los miembros y a la sociedad que los ignoraban, los problemas médico - sociales mediante un plan de divulgación.

– – –

En la Memoria anual presentada al fin del ejercicio 1936-1937, el Comité Ejecutivo presidido por Chifflet enumeró como logros alcanzados [21]:

- Dos delegados de los profesionales al Consejo de la Facultad de Medicina fueron los candidatos del Sindicato Médico, los doctores Pablo F. Carlevaro y Víctor Armand Ugón.
- Fustigó al Ministerio de Salud Pública por la anulación de concursos siguiendo su táctica de recompensar el servilismo, táctica invasora que doblegaba voluntades y seleccionaba de acuerdo a una subversión de valores, conductas que recaerían sobre la



Sin fecha. Reunión social en el primer piso del Palacio del Sindicato Médico del Uruguay. De izquierda a derecha Abel Chifflet, Conrado Pelfort, Julio García Otero (detrás Ricardo Yannicelli), Carlos Stajano, Héctor Homero Muiños y el asesor letrado del Sindicato Dr. Raúl E. Baethgen.

sociedad con una asistencia cada vez más defectuosa, que preocupaba al Sindicato.

- El Centro de Asistencia con 22 meses de vida y 17.558 afiliados, después de tener una gestión deficitaria, había sido superavitario en febrero y marzo. Demostrando que su práctica no estaba divorciada de su prédica, había realizado un concurso para médicos de urgencia con un tribunal de calidad, concursantes preparados y fallo justo.
- La Editorial Científica había editado dos libros, tenía otros de próxima aparición, y estaba económicamente equilibrada.
- La Biblioteca contaba con 5.300 revistas, 127 tesis y un fichero innovador en elaboración.
- Había una hora radiofónica diaria del Sindicato que divulgaba aspectos de la Medicina de interés para el público.
- El Sindicato Médico había intervenido en la Comisión Pro Paz en América, en la defensa de la libertad de cátedra en Enseñanza Secundaria, en apoyo a la República Democrática Española, y trabajado con la Asociación de Estudiantes de Medicina. Se había permitido que estudiantes afiliados a instituciones con representación en el Comité Ejecutivo pudieran trabajar como practicantes en el Centro de Asistencia.
- Se había estudiado la posibilidad de realizar una Convención Nacional de Médicos, quedando pendientes el pronunciamiento sobre el proyecto de una nueva ley de mutualistas, la disminución progresiva de socios del interior que conduciría a la pérdida del carácter nacional del Sindicato, que tal vez podría atenuarse realizando más actividades en el interior [21].

Además Chifflet:

e. En 1937 integró el Comité Ejecutivo como Bibliotecario.
f. Y en el ejercicio 1938-1939 [22][28][29]:
   - Integró el Consejo Arbitral junto con Juan J. Crottogini, Víctor Armand Ugón, y Alejandro Saráchaga.
   - Fue uno de los creadores de la División Científica, la presidió en sus dos primeros años de funcionamiento, ocupó cargos en su Comisión Directiva y dirigió la Revista Científica [5].

# 4.- SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

## A.- PANORAMA GENERAL

Chifflet fue socio de la Sociedad de Cirugía desde 1932 hasta su muerte, durante sus casi cuarenta años de vida profesional.

Como su maestro Stajano que la había fundado, no sólo se limitó a ser uno de sus miembros más conspicuos sino que, de diversas maneras, le dio gran impulso:

- Con su concurrencia regular a todas las sesiones científicas, en las que presentó casi toda su obra científica, talentosa y rica.
  Desde el asiento que usualmente ocupaba a la izquierda del salón de reuniones, participaba activamente en los comentarios y discusiones.
  Era *"el colega cuya palabra todos han esperado al finalizar la presentación de los trabajos, porque era la suya una de las mejores, más sabia y ecuánime. Sólo alguna vez fue severo en la crítica, pero cuando lo hizo fue leal a su verdad, al autor y a la Sociedad de Cirugía."* (1)
  Un ejemplo de esta actitud general descrita por Ardao en forma tan apropiada, es el comentario que hizo Chifflet a una comunicación de Pereira y Palma "Sobre el drenaje de la rodilla" (4).

  Comienza señalando que su *"hermosa documentación anatómica constituye un laudable esfuerzo para mejorar el drenaje de la rodilla"*.
  Pero con firmeza señala que:
  - la disección que implica no es fácil en los procesos inflamatorios y contraviene los principios generales de la manipulación de los tejidos inflamados.
  - a pesar de que los autores señalan que no es necesario seccionar en ningún punto el sistema extensor de la pierna, deben desinsertar fibras del vasto interno y del crural y abrir la logia de estos lo que permite la difusión del proceso inflamatorio y la disminución de la capacidad final del músculo.
  - se limita la incisión hasta abrir la sinovial.
  - no permite ni la más ligera visión del interior articular.
  - utilizando el ejemplo de Farabeuf que concebía la rodilla como un carro con piso y adrales, no se entiende cómo el tubo de drenaje puede cumplir su función, y si no se deja tubo, la incisión se cerrará rápidamente por el efecto de opérculo de los planos que atraviesa.

- Aplicando su espíritu advertido y su mentalidad organizadora en varias disposiciones internas, y en la redacción de uno de los primeros Reglamentos de la Sociedad.
- Ocupando casi todos los cargos electivos de la Comisión Directiva: Secretario de Actas, Secretario General en dos períodos, y Presidente en 1941 y en 1961.
- Integrando diversas Comisiones como la de Biblioteca y siendo editor del Boletín de la Sociedad.
- Apoyando la realización del Primer Congreso Uruguayo de Cirugía. *"En 1950 el apoyo de Chifflet a la realización del Congreso Uruguayo de Cirugía fue decisivo. Cuando en octubre de ese año culminaban los trabajos preparatorios, la magnitud de la tarea a cumplir hizo dudar del éxito a algunos hombres de poca fe que integraban la Comisión Directiva, sosteniendo que nuestro medio no estaba preparado para tal reunión y que lo más que podríamos aspirar era a la realización de jornadas médicas o quirúrgicas. La Comisión Directiva de inmediato planteó la consulta a los asociados. A esta sesión concurrió el Dr. Chifflet, que acababa de llegar de la reunión anual de la Sociedad Médica Quirúrgica del Oeste, expresando su opinión favorable a la realización y, a la vez, transmitió como su portavoz la firme decisión de los cirujanos del Interior de apoyar el Congreso, ofreciendo como sede la ciudad de Mercedes en caso que se decidiera no realizarlo en Montevideo"* (1).
- Integrando los Comités Organizadores de varios de los siguientes congresos, siendo Vicepresidente del Comité Ejecutivo del 6º Congreso Uruguayo de Cirugía de 1955, Presidente del Comité Ejecutivo del 7º Congreso Uruguayo de Cirugía de 1956, y participando en la realización de muchos como relator o presentando trabajos propios o de integrantes de su escuela.

**PRINCIPALES TRABAJOS Y RELATOS DE ABEL CHIFFLET A LOS CONGRESOS URUGUAYOS DE CIRUGÍA**

- Heridas de las partes blandas del miembro superior. 1er Congreso. 1950.
- Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. Con C. Ormaechea, C. y R. Varela Soto. 2º Congreso. 1951.
- La abertura visceral previa en cirugía gastroduodenal. 2º Congreso. 1951.
- Concepto funcional de los drenajes; el drenaje de la pelvis masculina. 4º Congreso. 1953.
- Los abordajes en la hidatidosis hepática en relación con la patología de las vías biliares. 4º Congreso. 1953.
- El diagnóstico antes, durante o después de la operación. 6º Congreso. 1955.

- Lesiones nerviosas del miembro superior en la mesa de operaciones. Su mecanismo. 6º Congreso. 1955.
- El departamento operatorio. 9º Congreso. 1958.
- El colon desfuncionalizado. 10º Congreso. 1959.
- Las claudicaciones de la colostomía. 10º Congreso. 1959.
- Tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto (recto sigmoides, recto y ano). 11º Congreso. 1960.
- Procesos peritoneales de origen hidático. Nomenclatura y definiciones. 11º Congreso. 1960.
- Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria. Con G. Maquieira. 11º Congreso. 1960.
- Tratamiento de la peritonitis enquistante hidática. Con B. Delgado. 11º Congreso. 1960.

## B.- PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA

Para analizar la actuación de Chifflet en este rol, se utilizaron los datos contenidos en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo del año 1941 [23], en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay del año 1961[24], y en las Actas de la Comisión Directiva de 1961 [25]; no fue posible encontrar las de 1941.

Son suficientes para formarse una idea general de esta actividad, que puede resumirse del modo que sigue.

### *a.- Presidencia del año 1941*

El mundo estaba conmocionado por la Segunda Guerra Mundial.

La Sociedad de Cirugía de Montevideo tenía 21 años. Tenía dos de sus tres pilares fundamentales: las sesiones y el Boletín; el tercero, los Congresos Uruguayos de Cirugía se iniciarían nueve años después [9].

La lectura de su Boletín [23], que tiene las actas de las sesiones científicas realizadas, permite reconstruir la actividad cumplida.

Hubo 22 sesiones de este tipo, prácticamente todas presididas por Chifflet.

La concurrencia era muy variable (10- 45 personas), dependiendo del interés que despertara el programa.

Los socios justificaban sus inasistencias.

Las sesiones tenían una primera parte, entonces denominada Presentación de Placas, Enfermos, etc.

Según subrayó Héctor Ardao, la iniciativa de incluir en el programa de las sesiones científicas ordinarias una "media hora previa", fue de Chifflet.

Ésta tenía un interés documental, casuístico, docente e informativo, y estaba integrada por presentaciones de no más de cinco minutos y dos minutos de comentario, sobre hechos escuetos, experiencias clínicas, enfermos, documentos radiográficos o de laboratorio, rarezas, éxitos o fracasos, con el propósito de que hechos de interés en la práctica quirúrgica no quedaran desconocidos o durmieran arrinconados en el recuerdo como experiencias excepcionales.

Agregó Ardao que *"todos tenemos la convicción de que muchas veces esta "sesión chica", previa, que no figura en el aviso, pero que ordena la Mesa al comienzo de la sesión, ha superado en interés y jerarquía científica a los trabajos del Orden del Día."* (1)

Luego se presentaban los temas del Orden del día.

En éstos, hoy llama la atención la alta frecuencia de presentaciones sobre diagnóstico radiológico simple y contrastado, de temas de traumatología osteoarticular de los miembros, y de observaciones de un solo caso.

Y dos artículos, que dan una idea de los avances que entonces se producían en nuestra Cirugía:

- Uno de Alfredo Pernin sobre la experiencia con electrobisturí en 77 casos tratados en la Clínica de Domingo Prat.
- Otro de Armando Loubejac sobre "La sulfanilamida en el tratamiento de las peritonitis agudas."

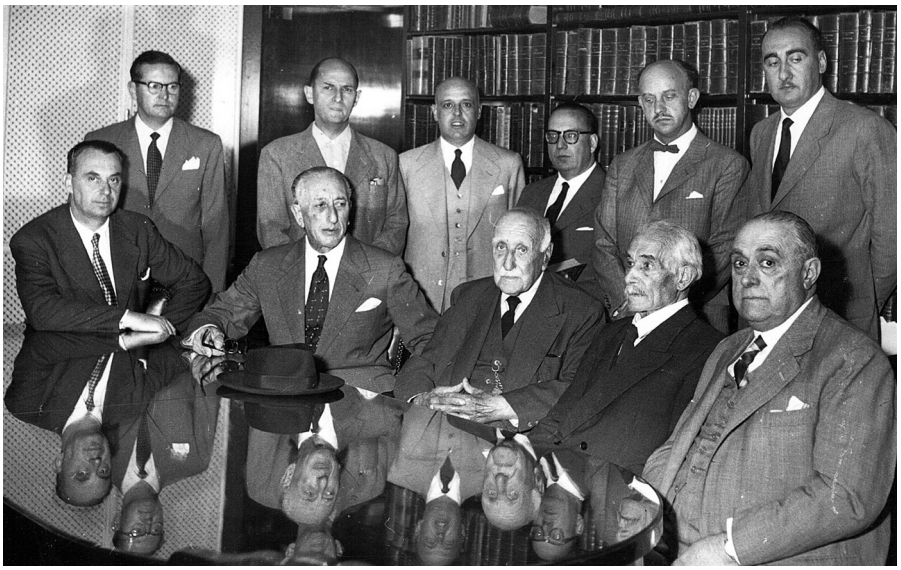
También hubo sesiones en que invitados extranjeros dictaron conferencias:

- el Profesor Vasconcelhos de la Facultad de Medicina de San Pablo que habló sobre "Ulcus gastro-duodenal."
- el Profesor De Filippi de Buenos Aires que habló sobre "Linfáticos del Pulmón. Su importancia en la patología y en la terapéutica del cáncer de pulmón."

Cuando era necesario, las sesiones también tenían una parte protocolar o, más frecuentemente, de discusión y resolución sobre temas administrativos de la Sociedad.

En la primera, el 23 de abril de 1941, Chifflet expuso cinco objetivos concretos de su gestión:

1. Aumentar el tiraje e intensificar la distribución y el intercambio de los Boletines de la Sociedad.
2. Ajustar la duración de las exposiciones a los tiempos que establece el Reglamento.
3. Dar más tiempo a la discusión de los problemas científicos, evitando las prolongadas deliberaciones sobre problemas administrativos, que pasarán a ser de la responsabilidad de la Comisión Directiva.



1950. Luis Mondino donando su biblioteca a la Sociedad de Cirugía. De izquierda a derecha. Sentados: Chifflet, Stajano, Mondino, Lussich, y Etchegorry. Parados: Karlen, García Capurro, Cendán, no identificado, Pernin y Barragán.(Secretario de la Sociedad).

4. En forma regular hacer reuniones con otras Sociedades Científica, comenzando con la de Anatomía Patológica. La primera con ésta se realizó el 28 de mayo con presentaciones de abscesos cerebrales producidas por picotazos y cornadas de animales.
5. Establecer un tema anual en discusión que no figurará permanentemente en la orden del día, sino que se incluirá cada vez que los consocios comuniquen a Secretaría su deseo de aportar su contribución al tema. Eligió: "Diagnóstico oportuno del cáncer del estómago que permita aplicar un tratamiento eficaz."

Por la lectura del Boletín no es posible saber el éxito que tuvo Chifflet en alcanzar estos objetivos, muchos de los que apuntaban a solucionar problemas crónicos de la Sociedad.

En la sesión del 28 de mayo de 1941, Domingo Prat presentó la primera parte de una contribución al diagnóstico oportuno del cáncer de estómago; ella refleja la insuficiencia de los métodos diagnósticos disponibles entonces.

En la sesión del 7 de mayo, Chifflet propuso que los consocios que intervenían en la discusión de los temas presentados, en la sesión siguiente trajeran un resumen de lo expuesto para ser publicado en el Boletín.

En la del 24 de setiembre, Chifflet rindió homenaje al Club Médico al que se debía que la Sociedad de Cirugía contara con *"un magnífico local"* para reunirse.

En la del 22 de octubre, propuso la creación de una sub-comisión de Relaciones Exteriores y Congresos que durara tres años en el cargo; fue creada en la sesión del 26 de noviembre, junto con las de Mejoramiento técnico y de Publicaciones.

### *b.- Presidencia del año 1961*

La Sociedad de Cirugía del Uruguay había avanzado veinte años, tenía sus Congresos y estaba en el período de "marcha de crucero" que se prolongó hasta la década de 1990 [9].

El Boletín de este año tiene algunos documentos interesantes de los que se han elegidos dos que reflejan la vida de la Sociedad y los problemas que entonces la aquejaban.

### *b.1.- Discurso de Chifflet al asumir la Presidencia*

Como todos los discursos y trabajos de este tipo elaborados por Chifflet, es la exposición sintética y ordenada de un diagnóstico de situación, de un plan de trabajo respetuoso de las tradiciones y abierto a *"nuevos empujes evolutivos racionales"*, y de confianza en poder cumplirlo.

Propuso:

a.- Mantener la actividad principal de la Sociedad (las sesiones científicas y los Boletines) exigiendo:
- Puntualidad en el comienzo de las sesiones.
- Respeto de los tiempos asignados.
- Restablecimiento del carácter original de la "Media hora previa".
- Reactivación de las reuniones conjuntas con otras sociedades.
- Publicación regular y completa de los Boletines, reforzando la organización para ello.

b.- Introducir algunos avances:
- Lograr que los Estatutos ya aprobados por la Sociedad fueran aprobados por eI Poder Ejecutivo.
- Resumir toda la actividad quirúrgica del país, fichando y resumiendo los trabajos o tesis nacionales.
- Registrar con anticipación las operaciones programadas en todos los servicios quirúrgicos del país.
- Organizar todos los films quirúrgicos nacionales y extranjeros disponibles en el país en una filmoteca de la Sociedad dirigida por una subcomisión y establecer sesiones especiales para proyectarlos y comentarlos.

Su texto completo es el que sigue.

## DISCURSO INAUGURAL DEL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA
### Dr. Abel Chifflet [8]

*El sólido prestigio de la Sociedad de Cirugía, obliga a los que anualmente ocupan cargos de dirección, a meditar serenamente sobre sus antecedentes científicos y morales, para no rozar con una actitud o una iniciativa su larga y honrosa trayectoria.*

*Consecuentes con este criterio mantendremos respetuosos las normas de su vida actual, pero deseosos de lograr el nivel de exigencias, que sube día a día, buscaremos nuevos empujes evolutivos racionales.*

*Los miembros de la Comisión Directiva actual nos hemos reunido varias veces y tomado posiciones cuyo resumen presentamos como plan de actuación, al que nos dedicaremos, y como solicitud a la colaboración indispensable que esperamos de los socios.*

*Las reuniones científicas regulares y el documento constituido por los Boletines constituyen el motivo central de la sociedad.*

*Nuestras reuniones han sido siempre buenas. Mejorarán si las iniciamos y terminamos con exactitud horaria y si limitamos el tiempo de las comunicaciones al fijado por el reglamento. En ese sentido actuaremos con rigor, aún sabiendo que provocaremos desagrado.*

*La llamada media hora previa ha ido perdiendo con el pasar de los años los caracteres que justificaron su creación y ha llegado a constituir un subterfugio para presentar una comunicación anteponiéndose en el orden correspondiente, y más grave aún, para traer con mucho de improvisación, comunicaciones sin la debida documentación y sin el dominio completo del asunto tratado.*

*Debemos volver a lo que fue la media hora previa: presentación rápida y objetiva de enfermo, de documentos anatómicos o radiografías, de instrumental, detalles técnicos, etc.*

*Estas presentaciones darán intervención a cirujanos que no tienen tiempo para agotar un punto y hacer una comunicación, permitirán enriquecer la casuística nacional, serán oportunidad para que el autor reconozca el interés que despierta el asunto presentado, y darán a las reuniones científicas cierta agilidad y variaciones, de interés para todos. Un resumen de una página en los Boletines será suficiente para informar del aporte.*

*Es posible que se consiga mayor interés por las reuniones realizando reuniones conjuntas con otras sociedades, enviando con suficiente anticipación el programa a los socios e intercalando films científicos. Consideramos que la discusión es de gran utilidad por lo cual mantendremos en discusión una comunicación para la reunión siguiente, cada vez que se haga el pedido expreso.*

*El Boletín debe salir en forma regular con todos los trabajos leídos y la correspondiente discusión. Consideramos fundamental para la Sociedad esta aspiración y haremos todo lo posible para lograrla. Pedimos colaboración a los socios y tolerancia frente a nuestras actitudes duras para los que no entregan sus trabajos, actitudes duras que se justifican como defensa de la institución que debemos dirigir. Para evitar la burla de la promesa incumplida de entregar el trabajo escrito, llegaremos a exigir su presentación antes de la lectura. Daremos constancia especial de la fecha de entrega, a los fines que el autor considere útil.*

*Consideramos que las opiniones vertidas por los socios en la discusión de trabajos científicos son públicas y la Sociedad de Cirugía puede hacer directamente su publicación, siendo las correcciones hechas por los autores, solo una instancia que no es obligatoria.*

*En relación con la publicación regular de los Boletines, la Sociedad debe encarar varios problemas: reajuste administrativo, independencia económica, revisión del canje y organización de la Biblioteca.*

*Toda esta actividad desborda las posibilidades de un miembro de la directiva, por lo cual hemos planeado la constitución de una subcomisión de publicaciones y biblioteca, que actuaría bajo la dirección del Director de Boletines.*

*Nos sentiríamos satisfechos si al terminar el año podemos decir que las reuniones fueron tan buenas como hasta hoy y que los Boletines salieron regularmente. Pero aspiramos a más. A modo de información sumaria anotemos algunas de nuestras preocupaciones.*

*1) Regularización de la situación de los Estatutos actuales aprobados años atrás por la Sociedad pero no aprobados aún por eI Poder Ejecutivo.*

*2) Resumir toda la actividad quirúrgica del país, haciendo el fichado o el resumen de los trabajos o tesis nacionales.*

*3) Registrar con anticipación las operaciones programadas en todos los servicios quirúrgicos del país.*

*4) Organizar todos los problemas relacionados con el film quirúrgico por medio de una subcomisión: registro de films nacionales y extranjeros disponibles en el país, filmoteca de la Sociedad, aprobación de films presentados a la sociedad, información técnica correspondiente, sesiones especiales para proyección y comentarios de films, etc.*

*Somos optimistas al iniciar nuestra gestión porque se nos ofrecen muchas posibilidades para hacer obra, y porque la Sociedad de Cirugía, que tan sólidos prestigios ha sabido conquistar, está mantenida fundamentalmente por cirujanos jóvenes, animados de actividad creadora, que saben reconocer la obra que recibieron de sus mayores y saben que pueden y deben superarla.*

### *b.2.- Actividades y gestión de la Comisión Directiva* [24]

La Comisión integrada por Chifflet (presidente), Ricardo Yanicelli (vicepresidente), Alberto Valls (secretario), Roberto Rubio (tesorero), Eduardo Vigil Sóñora (protesorero), Jorge Rodríguez Juanotena (secretario de actas), Juan C. Abó y Boris Asiner (vocales), estuvo muy activa. Realizó trece reuniones, en la Agrupación Universitaria, todos los meses desde el 18 de enero al 20 de diciembre, en todos los casos bajo la presidencia de Chifflet.

Entre los múltiples asuntos de que se ocupó, algunos de los que reflejan los problemas y las características de la época, merecen señalarse:

1º.- Las referidas a las normativas y organización de la Sociedad: se avanzó en la confección de su Estatuto y su Reglamento, y se constituyeron los Comités de Infecciones Hospitalarias, de Publicaciones y de Films.

Además se realizaron gestiones de exoneración impositiva amparándose en la Ley de Recursos del 30 de noviembre de 1960.

2º.- Las relacionadas con las sesiones científicas, que fueron más numerosas:

- Encargó al Jefe de cada Servicio Quirúrgico que nombrara un médico encargado de reunir los trabajos a presentar en la Sociedad.
- Fijó la fecha de anuncio, presentación y entrega de cada trabajo.
- Limitó la media hora previa exclusivamente a la presentación de radiografías, piezas u observaciones.
- Estableció que la discusión de trabajos importantes podía extenderse a la sesión siguiente.
- Incorporó tecnología: utilización de un grabador de cintas para registrar las discusiones. Luego se planteó comprar un dictáfono, se contrató a una persona por $ 70 por sesión para desgrabar y dactilografiar las discusiones, y se adquirió un pedal y auriculares para facilitar esta tarea. En el tiempo ocioso el grabador se prestaba a la Sociedad de Pediatría.
- Planificó reuniones conjuntas con la Sociedad de Urología concretamente sobre el tema "Interposiciones digestivas en el Aparato Urinario".

3º.- Respecto a los Congresos, ese año se celebró un Congreso Médico Nacional. Chifflet marcó como directiva colaborar en todo lo que no interfiriera con la fecha de realización ni con las finanzas del Congreso Uruguayo de Cirugía, y se nombró una comisión presidida por Bosch del Marco para organizar la seccional de Cirugía de dicho Congreso.

4º.-En cuanto a las publicaciones, una vez más se planteó el problema de la edición y la financiación del Boletín y, llamativamente, se consideró la posibilidad de sacar además una Revista de la Sociedad de Cirugía creando para ello un fondo de financiación. Además se analizaron las relaciones con los Archivos de Medicina Cirugía y Especialidades, a cuyas autoridades se comunicó que los trabajos publicados en los Boletines de la Sociedad no podían continuar siendo publicados en Archivos sin que mediara la autorización expresa de la Comisión Directiva de la Sociedad.

5º.- Se tomaron resoluciones referidas a la Biblioteca de la Sociedad, que consistieron en trasladarla desde el local de Sede Social en la Plaza Independencia, que fue abandonado, al Hospital de Clínicas. Y en vender el mobiliario que no fuera necesario en esta nueva ubicación.

En este Hospital, la Biblioteca de la Sociedad sucesivamente estuvo: hasta la intervención del Hospital en la década de 1970, en el piso 20; luego en la sala 6 de 4º piso, desde donde por necesidades locativas del Banco

de Órganos y Tejidos fue trasladada a la sala 2 del mismo piso, en la que estuvo hasta el año 2000 en que pasó a la Casa del Cirujano.

6º.- En cuanto a la gestión económica hubo ingresos por $31.303,35, egresos por $ 27.508,19 con una utilidad de $ 3795,25 de los que $ 3.000 pasaron al Fondo social que quedó con $ 31.000, y 795 al fondo de Previsión que quedó con $ 3.989,17.

***b.3.- Actividades de la Sociedad de Cirugía del Uruguay durante el año 1961***

**Reuniones científicas:**

Número . . . . . 23
Promedio de asistencias . . . . . 32
Trabajos presentados . . . . . 42

Temas:

- Hidatidosis . . . . . 10
- Enfermedades neoplásicas, no neoplásicas y malformaciones del tubo digestivo . . . . . 8
- Hernias diafragmáticas . . . . . 6
- Traumatismos viscerales . . . . . 4
- Cirugía plástica . . . . . 4
- Urología . . . . . 3
- Otorrinolaringología . . . . . 2
- Cirugía vascular periférica . . . . . 1
- Anatomía Quirúrgica . . . . . 1
- Medicina Legal . . . . . 1
- Infecciones Quirúrgicas . . . . . 1
- Quemaduras . . . . . 1

Comunicaciones a la media hora previa. . . . . 35

## C.- EL 6º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA

El Comité Ejecutivo estaba presidido por Pedro Larghero y Chifflet era el vicepresidente. Aparentemente tuvo una participación importante. En 1969 Ardao recordó que Chifflet *"También ocupó dos veces la Presidencia del Congreso Uruguayo de Cirugía, en 1955 Interino y en 1956 Titular."* (1)

## D.- EL 7º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA

Chifflet fue Presidente de su Comité Organizador.



1955. Grupo de visitantes a un depósito de insumos (probablemente del Hospital de Clínicas) durante el VI Congreso Uruguayo de Cirugía. Chifflet de traje oscuro está a la izquierda de la fotografía. A su lado están Varela Soto y Parodi. Al fondo contra el cerco de alambre están Ormaechea y Aguiar.

Se realizó en la Facultad de Medicina entre el 2 y el 7 de diciembre de 1956.

En el acto inaugural Chifflet pronunció un discurso conceptual muy valioso sobre los caminos de la cirugía, cuyo texto completo se reproduce en el capítulo 19, apéndice 13 B.

El congreso tuvo dos invitados: el doctor Mariano M. Brea connotado cirujano torácico y presidente del Congreso Argentino de Cirugía de ese año, y el doctor Federico E. Christmann de La Plata.

El temario, extenso y diversificado, estuvo constituido por:

**a.- Tres relatos:**

a.1.- Cáncer de colon. Tratamiento. Juan Carlos Del Campo. Con seis contribuciones de los Dres. M. Dell'Oca (infección en cirugía por cáncer de colon), M. Marella (oclusión postoperatoria de delgado), M. Walterkirchen (interposición de delgado) y las estadísticas de tres grupos quirúrgicos (doctor Larghero, Clínica de Chifflet junto a experiencia personal de Héctor Ardao, y práctica privada de Chifflet).

a.2.- Heridas penetrantes de tórax. Luis Bosch del Marco. Con dos correlatos de los doctores Juan Folle (Anatomía patológica) y D. Vega (recuperación funcional respiratoria).

a.3.- Traumatismos de abdomen. Cesalino Silveira (Melo). Con cinco co-relatos de los doctores Arturo Achard (traumatismos de abdomen desde el punto de vista ginecológico), Héctor

Schenone (traumatismos de riñón), Jorge Pradines (Anatomía patológica), L. Bengochea (Anestesia) y C. Cuculic (estadística del Instituto de Ortopedia y Traumatología).

**b.- Cuatro simposios:**

b.1.- Tratamiento del quemado reciente. José Suárez Meléndez. Con siete participantes.

b.2.- Traumatismos raquimedulares. José Luis Bado. Con trece participantes.

b.3.- Disquinesias biliares. Dr. B. Varela Fuentes con cinco participantes.

b.4.- Inconvenientes del uso indiscriminado de antibióticos.

**c.- Una serie de tres reuniones organizada por la Sociedad de Gastroenterología en las que se trataron los temas:** Afecciones de las vías biliares, Afecciones no neoplásicas del colon y Afecciones del estómago.

### E.- EN SUMA

Chifflet valoraba mucho a la Sociedad de Cirugía, le dio gran apoyo e impulso y dejó en ellas muchas de sus enseñanzas. Cuando murió, se fue de *"… la Sociedad de Cirugía el hombre de ciencia, el cirujano, el mentor, pero cada uno de nosotros aquí, todavía siente que ha perdido algo personal y muy profundo en el socio, el colega, el amigo y esta ausencia trasciende en los rostros de hoy. El hombre cordial, desapasionado y justo que se inclinaba a escuchar y comprender…"* [(1)]

Su apoyo y su impulso no fue sólo personal. Estimuló a sus colaboradores a plasmar su experiencia, seriamente analizada, en trabajos a presentar en la Sociedad y publicar en su Boletín.

Previamente estos trabajos se presentaban en reuniones internas de la clínica ante todos sus integrantes, para que éstos formularan sus comentarios, sugerencias y críticas; de este modo cuando luego se presentaban en las sesiones científicas de la Sociedad, los trabajos ya tenían el conocimiento y el aval de toda la Clínica [(19)].

## 5.- CLUBES SOCIALES

### A.- CLUB SORIANO

La información siguiente fue recogida de la página web del Club Soriano [(10)] y en éste en forma personal por el autor.

En 1910 un grupo de sorianenses, en su mayoría mercedarios, que por diversas razones se habían establecido en Montevideo, necesitaban relacio-

narse socialmente de manera estable, confraternizar, apoyarse mutuamente y mantener viva la relación con su departamento.

Por ello formaron una organización abierta a todos los sorianenses: la Asociación Soriano.

El primer Presidente fue el Dr. José May.

Luego en forma progresiva agregó actividades deportivas especialmente futbolísticas, pasando a denominarse Club Soriano.

El 18 de febrero de 1932 el Club inauguró su primera sede propia en una casona de la calle Colonia 1217.

En 1933 las circunstancias políticas dividieron a los socios y el Club Soriano cerró sus puertas, pero los asociados mantuvieron sus relaciones.

En 1946 reabrió como club sobre todo deportivo futbolístico integrante de la Liga Universitaria.

Y en 1951 inició su última etapa, de organización (aprobación de estatutos), adquisición de una casona en la calle Maldonado 1372 para sede, y la extensión de sus servicios sociales: Hogar Estudiantil Masculino, Hogar Femenino, Jornadas Históricas del Departamento, etc.

Chifflet fue socio de este club. Entre 1924 y 1933 estuvo presidido entre otros por el Sr. Eduardo Victor Haedo, el Dr. Zoilo Chelle, el Prof. Luis A. Zanzi, el Farm. Juan Antognazza y por Chifflet, en esos años estudiante de Medicina y joven médico.

El Club no ha guardado detalles de esta etapa, pero sí el recuerdo de que estuvo caracterizada por el esfuerzo para diversificar las actividades con excursiones a Soriano y otros lugares, con exposiciones fotográficas de Mercedes en Montevideo, la primera realizada en 1927, y con la formación de un grupo de Teatro, la troupe "Soriano´s Boys". En 1930 viajó a Mercedes para representar comedias a beneficio de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, deteniéndose a la ida en la estación "La Lata" (Cardona) para dar una representación extra a beneficio de la Sala de Auxilios local.

En las características de estas actividades se reconocen algunas de las de Chifflet, por lo que es probable que haya participado en la inspiración y realización de algunas de ellas.

## B.- CLUB DE REMO SANTA LUCÍA (PARADOR TAJES)

Chifflet fue presidente de este pequeño club ubicado en las vecindades de su chacra en Parador Tajes.

# 6.- CONFERENCIAS DE ENFOQUE SOCIAL

## A.- CONFERENCIAS DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL



EN EL LICEO FRANCISCO BAUZA, EL Dr. ABEL CHIFLET DISERTO PARA EL ALUMNADO SOBRE problemas de orientación vocacional, desarrollando el tema "De cuarto año hacia el futuro". En las notas gráficas vemos al Dr. Chiflet y parte de la concurrencia

1967. Artículo de la prensa montevideana sobre una conferencia vocacional dictada por Chifflet en el Liceo Francisco Bauzá.

Un recorte de un diario de Montevideo, da cuenta que hacia 1967 Chifflet dictó una conferencia en el Liceo Francisco Bauzá sobre el tema "De cuarto año hacia el futuro".

Chifflet dictó conferencias sobre temas similares en el Club Unión de Melo[16].

## B.- CONFERENCIAS DE DIVULGACIÓN

Durante su Decanato, en las Jornadas culturales de la Facultad de Medicina dictó una conferencia sobre "Que tiene que saber el pueblo sobre las salas de operaciones" (capítulo 10).

## Referencias bibliográficas

**1.- Ardao H.**
Sesión de la Sociedad de Cirugía en homenaje a Abel Chifflet.
11 de junio de 1969.
Cir del Uruguay 1970; 40: 99-103.

**2.- Belloso R.A.**
Discurso en el homenaje a Chifflet en el Sanatorio Americano Julio de 1969.
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**3. - Chifflet A.**
26 de junio de 1928. Discurso en homenaje al Profesor Enrique Pouey.
Boletín Oficial de la Liga Uruguaya contra el Cáncer Genital Femenino 1928; 16: 55-60.

**4.- Chifflet A.-**
A propósito de la comunicación de Pereira y Palma "Sobre el drenaje de la rodilla".
Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 3 páginas.

**5.- Chifflet A.**
Títulos, Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944.

**6.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30: 597-611.

**7.- Chifflet A.**
Homenaje al Profesor Lamas.
Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 698-701.

**8.- Chifflet A.**
Discurso inaugural del Presidente de la Sociedad de Cirugía.
Bol Soc Cirug Uruguay 1961: 23: 3-5.

**9.- Crestanello F.**
Un relato de los inicios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.
http://www.cirugia-uy.com/noticias/conferencia-francisco_crestanello.pdf

**10.- Club Soriano.**
http://www.clubsoriano.org/

**11.- El Estudiante Libre.**
Nota. 1923.

**12.- Facultad de Medicina.**
Noticia sobre el nuevo Reglamento de Jefe de Clínica.
An Fac Med 1933; 18: 807-808 y 814-816.

**13.- Facultad de Medicina.**
Actas de las sesiones ordinarias, extraordinarias y fallidas del Consejo de la Facultad de Medicina de los meses de marzo, abril, mayo y junio de 1933.
Actas de septiembre y octubre de 1935.
Actas de enero a abril de 1945.

**14.- Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay (FEUU).**
http://www.feuu.edu.uy//index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=63

**15.- Mañé Garzón F. Mazzella H.**
Historia de la Fisiología en el Uruguay.
Montevideo. Oficina del Libro. Asociación de Estudiantes de Medicina. 2000.

**16.- Maquieira G.**
Testimonio.

**17.- Pou Ferrari, R.**
El Profesor Enrique Pouey y su época.
Montevideo. Plus Ultra. 2011.

**18.- Reforma Universitaria de 1918**
La Juventud Argentina de Córdoba a los hombres libres de Sudamérica. Manifiesto de Córdoba.

http://www.fmmeducacion.com.ar/Historia/Documentoshist/1918universidad.htm

**19.- Praderi L.**
Abel Chifflet (1904-1969).
En Gutiérrez Blanco H.: Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II.
Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408.

**20.- Sindicato Médico del Uruguay.**
Perspectivas del año 1936-1937.
Acción Sindical 1936; 13: 5-7.

**21.- Sindicato Médico del Uruguay.**
Memoria anual del Comité Ejecutivo. Período 1936-1937.
Presentada a la Asamblea de socios el 24 de mayo de 1937.
Acción Sindical 1937; 17 (enero-agosto): 8-9.

**22.- Sindicato Médico del Uruguay.**
Autoridades.
www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/.../anexo16.pdf-

**23.- Sociedad de Cirugía de Montevideo.**
Bol Soc Cir Mont. 1941; 12: números 1 a 12.

**24.- Sociedad de Cirugía del Uruguay.**
Bol Soc Cir Urug. 1961; 32: números 1 a 6.

**25.- Sociedad de Cirugía del Uruguay.**
Actas de la Comisión Directiva. 1961.

**26.- Sociedad de Ginecotología del Uruguay.**
Homenaje al Profesor Enrique Pouey.
Boletín Oficial de la Liga Uruguaya contra el Cáncer Genital Femenino 1946; 21: 70.

**27.- Tünnennann Bernheim C.**
La reforma universitaria de Córdoba.
Educación superior y sociedad 1998; 9: 103-127.

**28.- Turnes A.**
Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay 1920 – 2002.
El Diario Médico 26 de noviembre de 2002.
http://www.eldiariomedico.com.uy/29%20de%20mayo%202007/4.htm

**29.-Turnes A.**
Médicos Uruguayos ejemplares: Dr. Mario Cándido Simeto Dallegri.
Aporte para DiarioSalud.net. Jueves, 24 de abril de 2008.
http://www.diariosalud.net/index.php?option=com_content&task=view&id=8341&Itemid=258

**30.- Turnes A.**
Sindicato Médico del Uruguay. Historia, orígenes y principales figuras.
http://www.smu.org.uy/elsmu/historia/relat.html







QUINTA PARTE

1969

# SIEGA EN PLENITUD



# CAPÍTULO 14

# FINAL INESPERADO

**Sumario**

**1.- LA SALUD DE CHIFFLET**
**2.- COMO CHIFFLET VISLUMBRÓ SU FUTURO**
**3.- CÓMO FUE SU FUTURO EN LA REALIDAD**
**4.- HOMENAJES PÓSTUMOS**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- LA SALUD DE CHIFFLET

Aparentemente Chifflet siempre gozó de buena salud.

No era diabético y no fumaba.

No debió ser operado.

Tenía algunos factores de riesgo cardiovascular habituales de la edad, que entonces no se valoraban como ahora:

- una hipertensión no muy acentuada y que no cuidaba demasiado.
- un ligero sobrepeso.
- y una vida de profundo sesgo profesional e intelectual por lo que hoy le correspondería el calificativo de sedentaria.

En esa época no se estudiaban sistemáticamente los parámetros humorales del metabolismo lipídico.

Como se ha señalado, su vida era muy regular y ordenada y su alimentación sana y medida.

Era extremadamente reservado, incluso en la expresión de sus estados de ánimo. Lucía como muy calmo, aún en las situaciones difíciles de todo tipo que en sus diversas actividades debió enfrentar. Pero sus allegados recuerdan múltiples circunstancias en que dejó ver que en realidad poseía una profunda sensibilidad, por lo que es probable que con frecuencia estuviera sometido a estrés que no manifestaba.

– – –

Sus amigos elogiaban esa buena salud.

Poco antes de que tuviera el infarto de miocardio, en un encuentro casual en un ascensor del Hospital de Clínicas, el Profesor Pablo Purriel le señaló en forma admirativa a Juan, el hijo mayor de Chifflet que entonces cursaba los tramos finales de los estudios de Medicina, que por el género de vida que su padre llevaba, era seguro que iba a vivir muchos años, lo que obviamente constituyó un error de pronóstico [(5)].

## 2.- COMO CHIFFLET VISLUMBRÓ SU FUTURO

Chifflet aplicó su inteligencia al análisis de su futuro profesional, pero por lo menos en forma manifiesta, no al de su salud.

Consideró la posibilidad de que aquél fuera largo, que él no pudiera acompañar el avance de la Cirugía perdiendo así la actualización, y que por ello y por sentir que debía dejar su lugar a los jóvenes, como su maestro Lamas debiera retirarse.

En ese caso su vida tendría una etapa post-universitaria en la que conservaría el interés por los asuntos profesionales, pero perdería muchas otras cosas, hasta la capacidad de ser comprendido, y entonces, como a su maestro Lamas, volvería a la añorada campiña de sus orígenes.

Todo esto lo expresó con mucha elegancia en 1945 en el tramo final de su clase inaugural como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, varias veces repetido en esta biografía [(3)].

*"Veo ya aquel futuro, dejando mi puesto a los que vendrán, como un horizonte calmo, donde podré seguir estudiando, pero no sé si siendo entonces efectivo junto al enfermo; donde podré seguir trasmitiendo enseñanza a mis alumnos, pero no ya en la trabazón de un cuerpo docente, cuyas orientaciones serán otras; donde gritaré mis ideas en la calle, pero quién sabe si me sabrán comprender.*

*En fin, señores, cuando terminado mi ciclo en la docencia, vacile en mi adaptación al empuje de la época, miraré atrás y de la claridad de esa vida ya cumplida, iré a recoger los años puros de mi niñez, que nunca me dejaron, y con ellos viviré con fruición, la sana alegría de la libertad sin límites del campo, del monte, del río."*

– – –

En su plenitud, sabía que su capacidad podía declinar y temía que llegara un momento en que no se percatara de ello.

Cierta vez mientras esperaba para comenzar una operación en el Sanatorio Americano, Chifflet dijo a Gonzalo Maquieira: *"Cuando vea que comienzo a hacer macanas Usted tiene la obligación de decírmelo."*

Éste respondió que no se lo diría, y cuando Chifflet le preguntó el por qué le respondió: *"Porque Usted no me lo va a creer y se va a enojar conmigo."* (9)

## 3.- CÓMO FUE SU FUTURO EN LA REALIDAD

Una tarde, a comienzos del invierno de 1968, mientras se retiraba del Edificio Central de la Facultad de Medicina, Chifflet tuvo un intenso dolor torácico; lo atribuyó al frío y no le concedió mayor importancia.

Pocos días después, a mediados de julio, en la Clínica Quirúrgica "A" se inició un curso matinal de varios días al que concurrió, como invitado extranjero, un prestigioso cirujano argentino.

Chifflet estuvo presente la primera mañana.

En la tarde o la noche hizo un infarto cardíaco. Fue atendido en su domicilio por su cardiólogo y amigo el Dr. Mario Tornaría. El Dr. Orestes Fiandra, llamado en consulta, concluyó que era un caso de pronóstico preocupante.

En esa época para la enfermedad coronaria y sus complicaciones la Medicina y el sistema sanitario estaban muy mal provistos:

1. No existían las unidades coronarias móviles ni los centros cardiológicos actuales.
2. Hacía unos quince años que el sueco Sven Ivar Seldinger, entonces residente de Radiología, había concebido el acceso mínimamente invasivo al sistema vascular que facilitó las angiografías y luego los procedimientos endovasculares (16).
3. Hacía diez años que Frank Mason Sones y Earl Shirey en la Cleveland Clinic accidentalmente habían realizado la primera coronariografía (30 de octubre de 1958) y sólo seis que habían desarrollado la primera forma práctica de hacerla por acceso a través de la arteria humeral (17).
4. Si bien desde la década de 1950 existían observaciones de sustitución exitosa de segmentos de arterias coronarias resecados por autoinjertos vasculares y de implantación de arterias directamente en el miocardio, recién en ese año 1968 René Favaloro en la Cleveland Clinic publicó la técnica del puente aortocoronario con vena safena homóloga (6) y las primeras series de pacientes con estenosis u oclusiones coronarias de distintas localizaciones tratados exitosamente con uno o varios de estos puentes (7).
5. El tratamiento sistemático de la oclusión coronaria aguda con fibrinolíticos, seguido de angioplastia y colocación de stents fueron avances que aparecieron muchos años después.

En suma: el tratamiento disponible entonces era básicamente reposo prolongado y medicación sintomática.

– – –

Posiblemente por su reserva hacia todo lo que fuera personal, Chifflet no quiso ser internado en el Sanatorio Americano. En su domicilio se improvisó un pequeño hospital, con oxígeno provisto por su sobrino y anestesista el Dr. Carlos Chifflet.

Estuvo largo tiempo con episodios de dolor que requerían analgésicos potentes, que en la noche administraba su hijo Juan, y varios meses en reposo, alejado de sus actividades universitarias y asistenciales.

Cuando mejoró, aceptaba cortas visitas de sus colaboradores.

**TESTIMONIO DEL AUTOR (I)**

A mediados de 1968 con el retraso que ya era usual en esa época, se realizó el correspondiente concurso anual para Grado II de Clínica Quirúrgica. Se utilizó por primera vez un nuevo Reglamento con sólo dos pruebas.

Varios Médicos Colaboradores de la Clínica de Chifflet lo prepararon y se presentaron. Lo ganaron el Dr. Carlos Gómez Fossati y el autor.

Conscientes de la significación de ese logro y de la importancia que tuvo para el mismo las enseñanzas recibidas de Chifflet, ellos entendieron que, si era posible, correspondía visitarlo para informarle personalmente y agradecerle.

Se hicieron las averiguaciones y Chifflet asintió, lo que dadas las circunstancias ellos interpretaron como una enorme deferencia.

El autor recuerda nítidamente que Chifflet los recibió sentado en un sofá. Estaba vestido con un pijama de color claro y tenía un aspecto pálido, adelgazado, debilitado, muy distinto al habitual.

Cuando entraron permaneció sentado, e inició la conversación con un amable pero más débil que lo habitual *"¡Ah!... Los nuevos Jefes de Clínica."*

Pese a su enfermedad y al alejamiento, estaba informado del hecho.

La reunión fue muy breve porque no querían fatigarlo.

Mientras convalecía, Chifflet, trabajaba en la preparación del libro "Enfermedades no neoplásicas del Recto", y se ocupaba de que sus colaboradores completaran el tratamiento de algunos de sus pacientes que por causa de su enfermedad había quedado incompleto.

Para completar su recuperación, en el verano 1968-1969 fue a pasar unas semanas en la chacra de Parador Tajes.

Todo parecía estar bien y a principios de febrero de 1969 se reintegró a la Clínica Quirúrgica A.

Pero no quiso volver a operar en ella. Cuando dos de sus colaboradores le preguntaron por qué, el respondió que podía volver a operar, pero que si tuviera que reoperar probablemente no lo resistiría[11].

En la práctica privada en el Sanatorio Americano realizó algunas operaciones simples.

También una mastectomía, durante la que estuvo muy sudoroso y pálido, cosa que nunca ocurría. En la noche la enferma sangró, lo que puso al Dr. Maquieira, que lo había ayudado y estaba de guardia en el Sanatorio Americano, en el difícil dilema de comunicárselo y estresarlo, o reoperarla sin avisarle, lo que Chifflet podía interpretar como que se le desconocía. Finalmente por consejo del Dr. Juan Llopart, amigo y conocedor de Chifflet, la reoperó sin avisarle [9]. Al otro día, con cierto temor, lo puso en conocimiento de que la enferma había sangrado y con un procedimiento menor se había resuelto el problema y estaba bien. Cifflet hizo algunas preguntas de orden técnico y, luego dijo: *"La veo esta mañana. Y ¿qué tengo que decir yo?"* [9]

– – –

El 11 de Febrero 1969 todo parecía haberse superado y estar bien.

La parte matinal de la jornada de Chifflet de ese día fue la habitual.

Pasó por el Sanatorio Americano. Transitó *"… por este mismo corredor, en anticipación a un acto quirúrgico que pensaba realizar …"* [2] en una paciente portadora de una litiasis biliar (que por la muerte inesperada de Chifflet fue dada de alta y luego operada en otra institución por el Dr. Juan Cendán).

Luego concurrió al hospital, almorzó en familia y, como siempre, fue a dormir la siesta.

Cuando hacia las 14 y 30 su esposa lo fue a despertar y llevarle el mate, lo encontró muerto.

Probablemente tenía una enfermedad coronaria severa de grueso tronco, cuya oclusión hoy se sabe explican esas muertes inesperadas.

Se llamó al Médico de Guardia del Sanatorio Americano que ese día era el Dr. Mezzera.

**TESTIMONIO DEL AUTOR (II)**

En esa época, el autor tenía algo menos de un año de recibido y hacía guardias como Médico Interno en el Sanatorio Americano.

La mayoría eran asignadas con anticipación. Pero a veces, él o el Dr. Gómez Fossati que eran los más jóvenes en la institución, eran convocados en forma más inmediata o urgente para cubrir a los Médicos de Guardia Internos titulares, en su mayoría cirujanos o especialistas quirúrgicos, cuando éstos imprevistamente debían salir para asistir pacientes en otros sanatorios en que trabajaban.

La mañana del 11 de febrero el autor fue convocado para cubrir la guardia del Dr. Mezzera a partir de las primeras horas de la tarde.

Cuando a la hora convenida llegó al Sanatorio, y como hacía habitualmente preguntó por el Dr. Mezzera para hacer el "pase de guardia", la telefonista le informó que el Dr. Mezzera había ido urgentemente a la casa del Dr. Chifflet porque éste *"se había agravado"*.

Al autor siempre le quedó la noción de que el azar determinó que por un estrecho margen de tiempo no le correspondiera lo que para él habría sido la dolorosísima tarea de reconocer como médico el fallecimiento de su Profesor.

– – –

Abel Chifflet tuvo el privilegio de que la muerte lo segara en su plenitud, cuando como muestran las fotografías, había comenzado a envejecer pero no a declinar.

Pero todavía podía haber continuado dando frutos.

Y lo privó de algunos acontecimientos naturales de la vida que luego sucedieron y seguramente le habrían colmado: el matrimonio de todos sus hijos, la culminación profesional de éstos y sus cónyuges y el nacimiento de todos sus nietos.

Sus restos fueron inicialmente velados en la privacidad de la familia en su casa de Bulevar España.

– – –

La mañana siguiente en un cortejo fúnebre fueron pasados frente al Sanatorio Americano donde el personal médico, de enfermería y de servicio, con múltiples y variadas manifestaciones de dolor que demostraban el auténtico respeto y el afecto que le profesaban, en forma espontánea se formó en la acera para presenciar su paso y despedirlo.

Luego fueron trasladados al hall de la Facultad de Medicina donde se hizo una ceremonia pública de recordación, reconocimiento y homenaje.

No se ha encontrado documentación sobre la misma. Los testimonios de algunos de los que estuvieron presentes recuerdan que pese a que era un período de vacaciones estivales, hubo una concurrencia masiva de colegas, universitarios, estudiantes y pacientes. Se realizó un acto formal en el que diversas personas se expresaron en representación de distintas organizaciones en las que Chifflet había actuado. Entre otros habló el Dr. Ariel Rodríguez Queirellac, delegado del Orden Estudiantil en el Consejo de la Facultad, que no conserva el texto de sus palabras [(14)].

Al fin de la mañana sus restos fueron trasladados al Cementerio del Norte de Montevideo y sepultados en el panteón de la familia de su esposa.

Seguramente la muerte de Chifflet en plena actividad produjo una importante conmoción en la Facultad, pero ella no se refleja en los documentos que han quedado para la historia.

El Consejo de la Facultad de Medicina entonces estaba integrado el Decano Prof. Hermógenes Álvarez y los Consejeros Carlos Sanguinetti, Julio Arsuaga, Obdulia Ébole, Carlos Escande, Heraldo Poletti, Euclides Silva Gaudín, Enrique J. Villaboa, Milton Rizzi, José Luis Pico y Ariel Rodríguez Queirellac.

En la primera sesión ordinaria luego de la muerte de Chifflet, se dio cuenta de ella. Las actas de esa sesión, que en esa época se publicaban en fascículos mimeografiados que se guardan en biblioratos en el Archivo de la Secretaría del Consejo de la Facultad, no se han podido encontrar.

Tres consejeros sobrevivientes que se entrevistaron al respecto, no recuerdan lo que se dijo de Chifflet en esa sesión [13] [14] [18].

En la Facultad sólo queda una referencia en la Carpeta de Resoluciones del Consejo, que en forma escueta dice: *"34) - (Exp. S/N) - Expresar el sentimiento de pesar del Consejo por la lamentable desaparición del ex Decano y Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina, Dr. Abel Chifflet, y enviar nota de condolencia a sus deudos."*

Con el mismo texto estandarizado las dos resoluciones que siguen se refieren a las muertes de la Dra. María Elena Uteda y del Dr. Enrique Apolo.

## 4.- HOMENAJES PÓSTUMOS

Pocos meses después de su muerte, en algunos de los lugares que más quiso y en que más trabajó, se le rindió homenaje.

La Sociedad de Cirugía le dedicó la sesión científica del 11 de junio de 1969 [15].

Su programa estuvo integrado por:

- Unas breves palabras introductorias del Presidente, Dr. Juan Carlos de Chiara.
- Una semblanza recordatoria hecha por Carlos Stajano y otra por Héctor Ardao.

Estos tres textos se reproducen en el capítulo 19, apéndice 15.

- La presentación de dos trabajos de sus colaboradores Bolívar Delgado y Raúl Praderi respectivamente sobre fundamentos [4], y sobre técnica y resultados [12] de la resección primaria del colon en agudo.

– – –

Al mes siguiente del homenaje en la Sociedad de Cirugía, en el corredor del block quirúrgico del Sanatorio Americano se inauguró una placa

recordatoria en un acto en que el Dr. Rogelio A. Belloso pronunció un cálido discurso [2].

Extractos del mismo se reproducen en el preámbulo de este libro.

– – –

La Junta Departamental de Montevideo dio el nombre de Abel Chifflet a una plazuela ubicada en el cruce de las avenidas Avellaneda y Monte Caseros con la calle Quichuas. Tiempo después, el rediseño de esas vías de tránsito la hizo desaparecer.

Hoy lleva el nombre de Dr. Abel Chifflet una corta calle identificada con el código 1906 del nomenclátor montevideano, ubicada en el barrio Las Acacias cuatrocientos metros al este de la avenida General Flores. Lamentablemente es una zona de frecuente notoriedad en la prensa roja.



Estela recordatoria de Abel Chifflet en el Hospital de Clínicas.

– – –

Seis años después de su muerte, el 5 de junio de 1975 el Decano Interventor de la Facultad de Medicina y su Consejo Consultivo y Asesor contribuyeron con $ 100.000 para colocar una estela recordatoria en el Hospital de Clínicas. Luego de algunas discusiones con las autoridades del vecino Instituto de Reumatología se decidió emplazarla en el jardín del frente al este de su galería de entrada principal.

Fue inaugurado el 16 de julio de 1976 en una ceremonia en que estuvieron presentes el Decano Interventor, el Vicedecano, miembros del Consejo, profesores eméritos, ad-honorem, titulares, agregados y adjuntos, docentes, su esposa hijos y familiares.

En ella su discípulo Alberto Aguiar, entonces Profesor de la Clínica Quirúrgica "A", pronunció un discurso.

A pesar de su simplicidad, la estela tiene un profundo simbolismo.

Está frente al Hospital, lo que recuerda la participación de Chifflet como Decano en la lucha por la pertenencia del mismo a la Universidad, para que fuera la fragua en que se forjó definitivamente la brillante Medicina de Uruguay a comienzos de la segunda mitad del siglo XX.

Su ubicación elevada y su diseño alargado aluden a la altura de sus miras.

Su leyenda escueta recuerda su estilo sobrio.

El árbol que con los años creció a su lado y hoy le da sombra, tal vez represente el conjunto de sus discípulos que formaron su escuela y veneran la memoria de su maestro.

– – –

El Dr. Milton Mazza en su discurso como Presidente del Congreso Uruguayo de Cirugía de 1987 le dedicó un recuerdo objetivo y agradecido [(10)].

– – –

Finalmente, pese a que Chifflet no ejerció en Mercedes, la Junta Departamental de Soriano reconoció la importancia de los aportes que este hijo de ese departamento realizó al país. Desde febrero de 2011, le ha puesto su nombre a una calle de la ciudad de Mercedes [(8)].

## Referencias bibliográficas

**1.- Aguiar A.**
Discurso en homenaje a Chifflet en la inauguración de la estela recordatoria en el Hospital de Clínicas.
Maquieira G. Archivo personal.

**2.- Belloso R.A.**
Discurso en el homenaje a Chifflet en el Sanatorio Americano. Julio de 1969.
Archivo de Mañé Garzón F. Inédito.

**3.- Chifflet A**
25 de abril de 1945. Clase inaugural Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med Mont 1945; 30: 597 - 611.

**4.- Delgado B.**
Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo.
Cir del Uruguay. 1970; 40: 104-107.

**5.- Familia Chifflet de Lodron.**
Datos documentales y testimoniales.

**6.- Favaloro R.**
Saphenous vein graft in the surgical treatment of coronary artery disease. Operative technique.
J Thorac Cardiovasc Surg. 1969; 58: 178-185.

**7.- Favaloro R, Effler DB, Groves LK, Sheldon WC, Riahi M.**
Direct myocardial revascularization with saphenous vein autograft: clinical experience in 100 cases.
Dis Chest. 1969; 56: 279-283.

**8.- Junta Departamental de Soriano.**
Decreto 750/2011.
Nomenclátor de la Ciudad de Mercedes.
http://www.soriano.gub.uy/www/nomenclator_mercedes.doc

**9.- Maquieira G.**
Testimonios.

**10.- Mazza M.**
Discurso inaugural como Presidente del 38º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1987.
Montevideo. 38º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1987.

**11.- Mazza M.**
Testimonio.

**12.- Praderi R.**
Técnica y resultados de la resección primaria del cáncer de colon en agudo.
Cir del Uruguay. 1970; 40: 108-112.

**13.- Rizzi M.**
Testimonio.

**14.- Rodriguer Queirellac A.**
Testimonio.

**15.- Sociedad de Cirugía del Uruguay.**
Sesión de homenaje al Profesor Abel Chifflet. 11 de junio de 1969.
Cir del Uruguay. 1970; 40: 99-103.

**16.- Seldinger S.**
Catheter replacement of the needle in percutaneous arteriography; a new technique.
Acta radiol. 1953; 39: 368-376.

**17.- Sones F Jr, Shirey E.**
Cine coronary arteriography.
Mod Concepts Cardiovasc Dis. 1962; 31: 735-738.

**18.- Silva Gaudín E.**
Testimonio.




Discurso del bachiller Abel Chifflet
Estudio anatomoquirúrgico del ángulo duodenoyeyunal
Por el doctor ABEL CHIFFLET
ABEL CHIFFLET
ANATOMÍA DEL CONTENIDO PELVIANO MASCULINO
DE NORTE AMÉRICA


ABEL CHIFFLET
TÍTULOS, MÉRITOS
TRABAJOS
ABEL CHIFFLET
Vólvulo del sigmoide
LA TRAVESIA DEL PERINEO MASCULINO (*)
Dr. Abel Chiffet
FACULTAD DE MEDICINA
CLINICA QUIRURGICA
Prof. ABEL CHIFFLET
DEL ESTOMAGO
DEL SISTEMA VENOSO
ABEL CHIFFLET
EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO
Abel Chifflet
SEXTA PARTE
COSECHA ABUNDANTE Y DURADERA
ABEL CHIFFLET
Reference to Conservative Surgery
and Technic
ABEL CHIFFLET, M.D.
Montevideo, Uruguay



CAPÍTULO 15

# REPERTORIO DEL PENSAMIENTO DE CHIFFLET

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- TRABAJOS ANATÓMICOS. (1932)**
**3.- MORFOLOGÍA. (1933)**
**4.- CLASES. (1945)**
**5.- PROFESOR. (1945)**
**6.- ENSEÑANZA DE LA MEDICINA. (1946)**
**7.- UNIVERSITARIO. (1948)**
**8.- MAESTRO. (1956)**
**9.- CIRUGÍA Y CIRUJANOS. (1956)**
**10.- FORMACIÓN DE CIRUJANOS. (1956)**
**11.- FORMADORES DE CIRUJANOS. (1956)**
**12.- FUTURO DEL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA. (1963)**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 1.- INTRODUCCIÓN

Este capítulo reproduce en orden cronológico, una docena de pasajes seleccionados de escritos en que Chifflet expuso su pensamiento sobre diversos tópicos de interés para la Cirugía.

Ellos muestran una vez más su carácter reflexivo y su sensatez.

Sobre algunos se pronunció en más de una oportunidad, lo que permite apreciar la evolución de su pensamiento.

Si se pone atención en el estado del conocimiento en la época en que estos textos fueron escritos, se comprenderá por qué se puede afirmar que, en muchos aspectos, Abel Chifflet fue un adelantado.

## 2.- TRABAJOS ANATÓMICOS. (1932)

*"Los trabajos de anatomía en nuestra época sólo están justificados por dos razones: o se escribe con el fin de aclarar un concepto sobre una región facilitando así su aprendizaje, que en fin de cuentas se hace sobre el cadáver; o se escribe con el fin de dar detalles que en una época hubiesen pasado como complicaciones de un estudio sencillo, pero que las necesidades de la cirugía han elevado a la categoría de conocimientos primordiales."* (1)

## 3.- MORFOLOGÍA. (1933)

*"La morfología sólo interesa por la base científica que da al concepto fisiológico."* (2)

## 4.- CLASES. (1945)

*"… la función docente enseña a los que la cumplen de verdad, a seguir las ondulaciones de la atención de los oyentes, entrando en caminos abiertos por los gestos, los movimientos, la mirada de satisfacción o indiferencia, de los que se han consustanciado con la exposición del que enseña."* (3)

## 5.- PROFESOR. (1945)

En 1945 Chifflet se refirió al lugar y al papel que corresponden a un profesor (3).

El texto completo de esta clase se transcribe en el capítulo 19, apéndice 10 A.

En este capítulo sólo se señalan sus principales lineamientos, que en muchos aspectos pueden verse como su Código de Ética de Profesor Universitario.

### A.- RESPECTO A LA FACULTAD

Los profesores debían conocer la intimidad de toda la docencia de la misma, saber que formaban parte de un engranaje docente y concebirse como simples colaboradores en una obra colectiva.

Su actuación debía subordinarse a las directivas que les marcaran el interés corporativo de los otros profesores y estudiantes de formar buenos médicos; esto no debía humillarlos sino fortalecerlos en su condición.

La conciencia de su alta investidura y de su responsabilidad debía hacer desaparecer todas las pequeñeces humanas del amor propio, la envidia, y la rivalidad profesional. Procediendo así, cediendo de los propios anhelos en busca de una mejor coordinación, callando en la clase los afanes de mostrarse sabios para ser sólo eficientes, la majestad de lo superior no permitiría que jamás se empañara la ejecutoria personal de hombres fuertes y libres.

Tan noble como profundizar la preparación personal para tener éxitos científicos y terapéuticos, era perfeccionar la capacidad docente para dar a la sociedad mejores médicos, en un continuo darse a los que vienen, que, darse así, era seguir viviendo.

Algunos, por su temperamento quirúrgico y por su sensibilidad apegada a la mejor asistencia del enfermo preferían dedicar todo su tiempo y energías a su perfeccionamiento personal y dejaban que sus vidas enseñaran como ejemplo. Pero había una fuerza que sacaba de ese camino de encierro, porque hablaba de la responsabilidad del profesor, del respeto por la preparación básica de los alumnos, del porvenir de la casa de estudios: era la que hacía cambiar horas de ilustración científica personal por horas de preparación y meditación de clases, por Asambleas de docencia, y amargaba los días cuando la enseñanza sufría los nefastos efectos de la desorganización y la miseria.

## B.- RESPECTO A LOS ESTUDIANTES

Eran necesidades elementales de la enseñanza que el profesor conociera a sus estudiantes dentro y fuera de la clase, en la pregunta fría de la lección y del examen, y en la charla amena de la reunión. Que se adaptara estrictamente a su grado de preparación y a su desarrollo intelectual. Que no hiciera caer sobre ellos todo el peso de su actividad o iniciativa porque tenían otras numerosas obligaciones a cumplir. Y que la única forma de poder darles síntesis asimilables, era realizar el esfuerzo personal y permanente de superarse.

## C.- RESPECTO A LOS COLABORADORES

Los profesores:

- debían tener una actitud abierta respecto a quienes quisieran venir a trabajar a su lado.
- debían ser respetuosos de las características propias de éstos. *"... muchos han de venir espontáneamente a mi lado, porque saben que conservarán conmigo, si trabajan, sus modalidades propias en el carácter y en la orientación."* (3)

- no debían temer ser superados u opacados por la obra de sus colaboradores. *"No temo, en mi condición de Profesor, al subordinar en parte mi persona al interés fundamental de la cátedra, de verme asfixiado por la obra de los demás."* (3)

## 6.- ENSEÑANZA DE LA MEDICINA. (1946)

En su folleto sobre la Facultad de Medicina (4), Chifflet señaló que el progreso extraordinario de las ciencias médicas cambió totalmente el campo de los conocimientos y hacía innecesario gran parte de lo que se estaba enseñando. Los nuevos horizontes obligaban a cambiar la dirección de la visual y el criterio básico en la forma de enseñar. El panorama social era distinto. Todo esto conducía a una nueva Facultad.

Y agregó que no era un problema nuestro, pero que había comprobado que muchos países habían conseguido seguir de cerca el ritmo de la hora.

## 7.- UNIVERSITARIO. (1948)

En noviembre de 1948 el abogado Dr. José Pedro Várela cesó como Rector de la Universidad de la República y fue sucedido por el arquitecto Leopoldo Carlos Agorio.

Con tal motivo se efectuó una sesión especial del Consejo Central Universitario, en el que Abel Chifflet rindió homenaje a Varela con un discurso en el que entre las características que lo adornaban, él señaló las que valoraba como propias de un buen universitario.

Se transcriben los párrafos relacionados con este aspecto.

*"El prestigio del Dr. Varela, su figura de gran señor, su jerarquía moral, su típica vida de universitario integral, dieron al cargo que ocupó, la alta dignidad en respeto y consideración que le corresponde dentro de la vida pública. Porque Varela, yendo como Rector, llevó consigo a todos lados su prestigio personal e impregnó su gestión de la caballerosidad y hombría de bien que todos queremos para la Universidad."*

*" … nos impresiona sobre todo su vehemencia por la defensa de la autonomía de los centros educacionales, a los cuales no puede concebirse en otra forma, que en absoluta prescindencia de intereses que no sean los del que aprende. Recordemos solamente, lo que a nuestro entender constituye el punto fundamental de este problema: nuestro presupuesto. Varela pidió siempre, a falta de recursos propios, que se dé a la Universidad un presupuesto con partidas globales. No puede, en efecto, dudarse del gobierno universitario manejando fondos, cuando la autonomía actual permite*

*a ese mismo gobierno universitario, manejar la educación profesional de todo el país, dándose sus programas, su profesorado, sus autoridades."*

*"… deseamos una Universidad que no sea castillo ni acopio de tesoros, sino fuente que siempre se dé, para un pueblo que la formó, que la mantiene y que le da el calor de sus hijos que formamos en sus cuadros… "*

*"El desempeño de cargos de gran volumen como el de Rector, suele llevar a veces al camino de la movilización de grandes ideas; y muchas veces no está allí el verdadero derrotero. Falta con frecuencia base sólida para fundamentar esas ideas y documentación exacta para darle vida y mantenerlas en actuación. Los sembradores de ideas arrojan siempre semillas que algún día han de fructificar, pero es necesario que exista un mínimo indispensable de preparación en el terreno, de adaptación al medio, de apoyo a la semilla que germina, de sostén al árbol que crece, porque si no, la idea luminosa da destellos sobre su gestor pero muy poco rinde a la humanidad."*

*" …evocando a Varela, no lo veo en su butaca de Rector, en las reuniones del Consejo Central Universitario, donde muchas horas nos tuvieron en torno a la gran mesa. Me aparece más claramente y con caracteres más significativos de Rector, cuando un día bajaba la escalera del subsuelo de la Facultad de Medicina para asistir a una clase de Anatomía Patológica, o cuando escuchaba hace unos años nuestras ardientes Asambleas del Personal Docente Auxiliar, sentado serenamente en observación de todo, o cuando nos recordaba hechos sucedidos en el Consejo de la Facultad, que él había leído en las Actas. He ahí, señores, al Rector de toda la Universidad, que deja su escritorio y toma contacto con la vida misma de las Facultades llevándoles a todas el calor de su jerarquía, el consejo de la experiencia, la serenidad de su gran hombría, …"* (5)

## 8.- MAESTRO. (1956)

*"Hay que saber elegir el maestro. El que impone técnicas, detalles operatorios, planteamientos terapéuticos está mal. Quien da conocimientos en cantidad es aceptable. Dar elementos de juicio, razones de una posición, justificativos de una conducta, ejerciendo vigilancia sobre una libertad relativa, está bien. Decir de nuestros errores y fracasos y la forma de evitarlos está mejor. Pero desnudarnos espiritualmente ante quien hurga a nuestro lado buscando comprender los gestos de nuestra propia vida, es la única forma de dar continuidad en los tiempos al objeto esencial de nuestra ciencia, nuestro oficio, nuestro arte."* (7)

## 9.- CIRUGÍA Y CIRUJANOS. (1955-1956)

*"La cirugía no es ahora técnica de operadores sino aplicación criteriosa de terapéuticas requeridas en particular por cada enfermo."* (6)

– – –

*"La cirugía es un oficio con un importante componente artístico, actuando sobre materia totalmente humana. Quien no tenga aptitudes para el oficio, comprensión del hombre y sensibilidad frente a emociones nobles, no será jamás un cirujano."* (7)

*"La cirugía es un oficio que requiere conocimientos, aptitudes y práctica para la ejecución técnica. La ejecución quirúrgica se realiza en la carne del hombre y requiere en el cirujano un espíritu capaz de disfrutar emociones de delicada sensibilidad. Aptitudes y emociones se entrelazan íntimamente en todas las facetas de nuestra profesión.*

*Es indispensable tener condiciones físicas para la realización quirúrgica. La habilidad y agilidad de las manos constituyen exigencias de interés. Pero es exagerado creer que en nuestros días tiene la importancia de las épocas en que la cirugía era sólo ejecución operatoria rápida y mutilante y en que el cirujano fuerte y vigoroso provocaba admiración por los gestos magníficos de sus manos. La mano que ejecuta sigue siendo el sello característico de la cirugía y bien podemos recordar con simpatía el origen de nuestra ciencia en el centauro Quirón. Pero la mano del cirujano no tiene su grandeza en el juego elegante del prestidigitador, sino en su capacidad para exteriorizar en hechos, ideas y situaciones emocionales.*

*Una ejecución musical, una realización de arte plástico, una intervención quirúrgica, requieren la capacidad de nuestra mano. Pero aún torpe, la mano cumple a perfección su cometido si está movida por un espíritu que disfruta del placer de realizar y se sublima en la belleza de su obra.*

*El cirujano debe ser amante del trabajo. No sólo la realización operatoria exige una actividad intensa de muchas horas sino que es necesario seguir estudiando, viajando, compartiendo la discusión y el intercambio científico en los caminos del progreso. El trabajo del cirujano exige disciplina y orden en la vida para mantener en el momento oportuno la vitalidad exigida por el esfuerzo agobiante de una operación larga y azarosa."*

– – –

*"El cirujano siente el placer del trabajo porque aspira a saber lo mejor que puede brindarle a sus enfermos como ciencia y porque disfruta al poder darse entero, en horas y en energías al enfermo que debe curar. Están equivocados los que creen que la carrera de cirujano es de sacrificios. Es carrera de trabajo, que deleita. Es vida de retracción, pero de una retracción en que buscamos nuestras más puras emociones.*

*El que aspira a ser cirujano y no disfruta en el encierro del trabajo, no llegará.*

*El cirujano debe mantener la serenidad en los momentos a veces angustiosos de una intervención quirúrgica. En medio de la tempestad debe actuar sensatamente en su campo de acción y debe dirigir con serenidad y precisión el complejo equipo que lo rodea. Un minuto de desconcierto puede significar la vida del enfermo. El cirujano no puede ser un deprimido, un amargado, ni un vehemente capaz de impulsos descontrolados.*

*Bien está, hablando de cirujanos, decir de la satisfacción por el trabajo, de su placer en realizar con las manos, de su serenidad en el juicio y en la conducta, pero otras son las facetas dominantes de nuestra profesión. En primer lugar un gran sentido de responsabilidad. La corrección moral, el rigor de la verdad no pueden faltar en el cirujano que debe afrontar innumerables situaciones para aconsejar una operación y hasta para imponerla, para decidir una conducta en el campo operatorio hasta jugarse en esfuerzo último con la vida del enfermo.*

*El concepto de responsabilidad no es una carga sino un estímulo para quien tiene una constitución moral correcta. El cirujano no rehuye responsabilidades ante nadie y por nada. Debe ser transparente en sus juicios y saber cargar con la responsabilidad aún de otros. Tener conciencia que la alta jerarquía de nuestra profesión permite soportar todas las responsabilidades inherentes a su ejercicio y que la personalidad del cirujano se fortalece con la práctica continua de la moral correcta.*

*En fin, señores, el cirujano, trabajador y de fuerte contextura moral, debe ser profundamente bueno, sensible al dolor físico y al dolor moral. No ser una piedra. Mantener muy firme nuestra herencia latina de amor por el hombre. Recordar que la enfermedad altera el psiquis del enfermo y de los que lo rodean y que es en esas circunstancias que debemos actuar.*

*No cerrar nuestra alma a ninguna de las emociones: disfrutar del éxito operatorio y del enfermo reincorporado a la vida y llorar amargamente cuando el fracaso se interpone a nuestras ansias de curar. Vivir con emoción artística las profundas sacudidas espirituales de una profesión como la nuestra, tan rica en grandeza de sentimientos."*

– – –

*"Es útil cultivar una materia básica en forma permanente. Según su temperamento y su formación podrá ser la anatomía, la fisiología o la patología. Pero es indispensable tener ese núcleo firme para ir incorporando las adquisiciones de otras disciplinas.*

*El joven cirujano debe viajar. Viajar lejos a países de ultramar o a países vecinos. Viajar a otros hospitales de la ciudad, viajar en su propio hospital, viajar para ver, para conocer cirujanos, para saber de su personalidad, para juzgarnos nosotros mismos desde lejos y ubicarnos en el mundo y en la historia. Alejarnos de la pequeñez espiritual del enclaustrado y comprender nuestra verdadera pequeñez en el mundo."* (7)

*"El joven que no tiene alma de cirujano debe desatender las facilidades que se le ofrecen para iniciar la carrera.*

*El que comprende en su contenido moral a la cirugía, debe lanzarse con fe a ella, pues no existen vallas que le impidan el triunfo."* (7)

## 10.- FORMACIÓN DE CIRUJANOS. (1956)

*"El joven a quien un familiar o amigo abre las puertas para iniciar el ejercicio de la cirugía, debe meditar seriamente sobre su porvenir. Si no tiene condiciones propias para ser cirujano irá al fracaso en cuanto pierda el apoyo de iniciación que se le está prestando.*

*Una situación similar resulta cuando son instituciones las que abren las puertas a la cirugía en desproporción con las necesidades y posibilidades del medio. Nuestra Facultad de Medicina llena cada año un promedio de 10 cargos de Adjuntos de actividad quirúrgica que duran tres años. Si agregamos los que siguen cirugía en instituciones de asistencia privada o mutual y en los cursos para graduados llegamos a un porcentaje de 20 a 25 % de los egresados iniciándose en disciplinas quirúrgicas.*

*Este hecho conduce a frecuentes cambios de orientación después de cuatro o cinco años de graduados llevando consigo serios inconvenientes para la cirugía y para el desertor.*

*El exceso de iniciados provoca una pérdida importante de material de aprendizaje para los que serán cirujanos. El oficio de cirujano requiere hábito de la realización operatoria, dominio de los detalles técnicos, gusto por actuar en el campo quirúrgico, experiencia para la solución de infinidad de sorpresas de la operación. Todo esto sólo se aprende operando mucho. En un servicio de Cirugía, donde cada enfermo es operado por cirujano capaz y con colaboradores eficientes, hay un límite al número de jóvenes iniciados que pueden honestamente aprender. Está dado por el número de enfermos del servicio. Si se pasa ese límite se disminuye la actividad quirúrgica de los que podrían llegar a ser cirujanos y se producen situaciones incómodas por falta de trabajo operatorio. Lleva a situaciones personales desagradables, cuando el jefe del servicio muestra lógica predilección por hacer trabajar a los que tienen condiciones para la cirugía.*

*Los jóvenes médicos que iniciados por razones circunstanciales en el campo de la cirugía, deben abandonarla después de pocos años, se perjudican seriamente. Han perdido tiempo en una etapa fundamental de su vida. Han adquirido hábitos y experiencia en una disciplina que no les servirá de mucho en otras actividades médicas. Décadas atrás todo médico tenía un escalpelo en su maletín. En nuestros días sólo los médicos que actúan en la campaña pueden utilizarlo. En las ciudades la actividad quirúrgica debe estar en manos de los que han aprendido y saben operar. Persiste aún cierto número de médicos que hacen cirugía como aficionados. Pero*

*desaparecerán porque no tienen el máximo de eficacia frente al enfermo y porque no viven las emociones que mantienen tenso el espíritu del cirujano integral.*

*Descartados los iniciados en cirugía que no siguen su camino, el número de jóvenes cirujanos es aún elevado. Las inscripciones para iniciar la Adscripción muestran hechos interesantes. Mientras que para muchas especialidades no se inscribió el año 1956 ningún aspirante, en cirugía general se inscribieron 15 jóvenes, cualquiera de los cuales puede considerarse ya un cirujano. Existe indudablemente una sobrepoblación de jóvenes cirujanos, que enfrentan a serios problemas en cuanto a dificultades para obtener material quirúrgico para su preparación técnica y para solucionar sus problemas económicos dentro del ejercicio de la especialidad.*

*Los cirujanos que sentimos más cariño por nuestra profesión que por nosotros mismos y que desbordando nuestro destino nos preocupamos por la cirugía de mañana, debemos proclamar nuestra opinión.*

*Creemos que las autoridades universitarias deben considerar en el mismo plano a todas las clínicas, pero que es necesario hacer la estructuración de cada una de acuerdo con los requerimientos propios a cada especialidad. Tal vez sea útil aumentar las posibilidades de ingreso en las actividades de los internistas. En el campo de la cirugía es necesario en cambio, abrir las puertas en la medida que podemos apoyar y dar posibilidades a todos los que entran.*

*Es necesario permitirles en tiempo su completa formación y darles posibilidades para hacer el aprendizaje de la especialidad quirúrgica a que aspiran. Se debe dar cierta flexibilidad al mecanismo de selección progresiva porque los más informados que triunfan en las pruebas de oposición no tienen siempre las aptitudes y afanes para hacer de ellos un cirujano."*(7)

## 11.- FORMADORES DE CIRUJANOS. (1956)

*"Los jefes de servicio debemos dar a los jóvenes que llegan a nuestro lado, dentro de un tiempo prudencial, nuestra opinión sobre sus posibilidades de triunfar en cirugía. No podemos ser indiferentes en este asunto, pues hacemos mal al aspirante y a la cirugía. Hemos planteado algunas veces a jóvenes colegas sus pocas posibilidades de futuro en cirugía. Provocamos situaciones molestas de las que no nos arrepentimos. Algunos cambiaron de rumbo y son hoy triunfadores en otras disciplinas, que siempre recuerdan con satisfacción nuestra participación. Otros no oyeron nuestras sugestiones; se apartaron de nuestro lado y arrastran una actividad de aficionado accidental a la cirugía. Deberán reconocer que en otros caminos hubieran tenido éxitos. Yo agregaría: y la cirugía no los tendría a ellos.*

*Jóvenes aspirantes a cirujanos; la cirugía es hermosa, pero es necesario saber si se llegará a la meta. Hay que oír la palabra de los que llegaron. Hay que despreciar las excesivas facilidades para iniciar su aprendizaje. No todos pueden llegar."* (7)

## 12.- FUTURO DEL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA. (1963)

*"La evolución hacia la asistencia corporativa impuesta por los altos costos asistenciales, por la exigencia de un seguro de salud y por la división incesante de las especialidades médicas, va a conducir a importantes progresos técnicos en manos de los grandes de la cirugía.*

*Pero va a bajar la eficacia de la cirugía corriente en manos de quienes buscan la solución económica y viven al día absorbidos en tareas de ejecución operatoria.*

*Las autoridades administrativas de las corporaciones asistenciales deberán tomar medidas de control que conducirán a conflictos, por la lógica reacción del cirujano de sentirse disminuido en su actividad profesional."*(8)

## Referencias bibliográficas

**1.- Chifflet A.**
Estudio anatomoquirúrgico del ángulo duodenoyeyunal.
Tesis para la Beca Anual.
Anales de la Facultad de Medicina. 1932; 17: 382-452.

**2.- Chifflet A.**
La fisiología del tarso posterior. Su equilibrio transversal.
Tesis de agregación. 1933.
Montevideo. Impresora Uruguaya S.A. 1938. 60 págs.

**3.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945. Clase inaugural Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**4.- Chifflet A.**
La Facultad de Medicina.
Montevideo. Imp. Rosgal. 1946. 29 págs.

**5.- Chifflet A.**
Discurso en la sesión del Consejo Central Universitario en el cambio de Rector.
Anales de la Universidad. 1949. Entrega 164.
http://www.periodicas.edu.uy/Anales_Universidad/pdfs/Anales_Universidad_a58_entrega_164_1949.pdf

**6.- Chifflet A.**
La exploración del colédoco en la colecistitis litiásica.
Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 405-412

**7.- Chifflet A.**
VII° Congreso Uruguayo de Cirugía. Discurso Inaugural.
Montevideo. 1956. págs 7-11.

**8.- Chifflet A.**
Cirugía.
En: Medicina en el Uruguay. Montevideo. Lab. Warner Lambert. 1963.

# CAPÍTULO 16

# PRODUCCION CIENTÍFICA

**Sumario**


1.- PANORAMA GENERAL

2.- INVENTARIO (I): PRODUCCIÓN EN CADA ETAPA DE LA VIDA PROFESIONAL DE CHIFFLET

3.- INVENTARIO (II): TRABAJOS POR TIPO Y POR ÁREA TEMÁTICA

4.- ESTADO DE LA CIRUGÍA Y SU CIENCIA CUANDO CHIFFLET REALIZÓ SUS TRABAJOS

5.- TESIS.

6.- TRABAJOS Y FOLLETO SOBRE EQUINOCOCOSIS

7.- TRABAJOS Y LIBROS SOBRE ANATOMÍA, PATOLOGIA Y CIRUGÍA DEL RECTO Y ANO

8.- TRABAJOS SOBRE COLON

9.- TRABAJOS Y LIBRO SOBRE CIRUGÍA DEL ESTÓMAGO Y DUODENO

10.- TRABAJOS SOBRE EL RAQUIS Y LA MÉDULA ESPINAL

11.- TRABAJOS SOBRE LA PARED ANTEROLATERAL DEL ABDOMEN Y LA HERNIA INGUINAL DIRECTA

12.- TRABAJOS SOBRE EL SISTEMA VASCULAR DE LOS MIEMBROS

13.- TRABAJOS SOBRE ABDOMEN Y PELVIS (EXCLUIDA LA HERNIA INGUINAL, LA EQUINOCOCOSIS Y LAS ENFERMEDADES COLO-RECTALES)

14.- TRABAJOS SOBRE MAMA

15.- TRABAJOS SOBRE CUELLO

16.- TRABAJOS SOBRE LOS MIEMBROS (EXCLUIDOS LOS REFERIDOS AL SISTEMA VASCULAR)

17.- TRABAJOS SOBRE TEMAS O PROBLEMAS QUIRÚRGICOS GENERALES

18.- DOCUMENTOS SOBRE INSTITUCIONES, INFORMES, CRÓNICAS, DISCURSOS, Y CLASES

19.- MISCELÁNEA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 1.- PANORAMA GENERAL

Chifflet tuvo una extensa producción científica. La escrita la integran cuatro libros, algunos folletos importantes, y ciento setenta y tres trabajos sobre diversos asuntos, no sólo específicos de la Cirugía.

Algo más de una decena de trabajos, en su mayoría de cirugía colo-rectal y de la hernia inguinal directa, no son idénticos pero en su contenido tienen tantas similitudes que es discutible que deban contabilizarse como trabajos diferentes. Si se aplica en forma estricta este criterio, el número real de trabajos de Chifflet baja a unos ciento sesenta.

Los publicó en diversos medios.

En 1932 se afilió a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, que tenía doce años de existencia, funcionamiento bien afirmado, y sesiones científicas de realización semanal en que se presentaban y comentaban trabajos que luego se publicaban en su Boletín.

Debe destacarse que sus intervenciones en las sesiones científicas de esta Sociedad:

- se iniciaron cuando ya era Profesor Agregado.
- la primera fue una comunicación de una observación [(11)] .
- las tres que le siguieron fueron comentarios, bastante críticos, sobre otras comunicaciones [(12)(13)(14)].

– – –

Hasta su muerte Chifflet participó en forma cada vez más intensa en la vida científica de la Sociedad.

Con varios cambios de denominación y algún atraso [(175)] , el Boletín de la Sociedad tuvo continuidad de aparición durante toda la vida de Chifflet, fue el medio que más utilizó para sus publicaciones y fue el vehículo de difusión de sus trabajos más eficaz entre los cirujanos del medio. Y dado que la Sociedad de Cirugía tenía acuerdos de intercambio de publicaciones periódicas con otras sociedades similares de varios países que funcionaban en forma eficaz, también contribuyó al conocimiento y a la divulgación de los conceptos de Chifflet fuera de Uruguay.

A modo de ejemplo, en 1944 [(77)] Chifflet enumeró algunas de las múltiples cartas que le enviaron prestigiosos médicos y cirujanos, y las citaciones, los comentarios y la reproducción autorizada de sus trabajos, especialmente los de equinococosis pulmonar, en publicaciones científicas periódicas de:

- Argentina: El Día Médico, Semana Médica, Academia Argentina de Cirugía, Revista de Reumatología de Buenos Aires.
- Brasil: Revista Clínica de San Pablo, Revista Médica Brasileira.
- Canadá: Union Médicale du Canada.

- Cuba: Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría, Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.
- Estados Unidos de América: Annals of Surgery, Archives of Radiology, Archives of Surgery.
- Francia: L'Année Médicale Practique.

Dos años después de la aparición del Boletín de la Sociedad de Cirugía, la Federación de Sociedades Médico-Científicas del Uruguay comenzó la publicación regular de Archivos de Medicina Cirugía y Especialidades que repetía o comentaba trabajos ya aparecidos en el Boletín y los divulgaba en el cuerpo médico nacional.

Luego, cuando el prestigio de Chifflet se extendió fuera de fronteras, en publicaciones de países vecinos (Argentina, Brasil) se difundieron algunos de sus trabajos, sus conferencias y sus participaciones en jornadas y congresos.

Y cerca del final de la vida de Chifflet, la prestigiosa revista internacional de Coloproctología Diseases of Colon and Rectum, publicó un trabajo con el texto de una conferencia que pronunció en Filadelfia sobre los cánceres del recto bajo [161].

– – –

A estos aportes escritos al avance de la Cirugía hay que sumarles:

1º.- más de medio centenar de conferencias sobre temas no siempre coincidentes con los de sus trabajos, pronunciadas en visitas congresos, jornadas y otros tipos de reuniones científicas de otros países, especialmente Argentina y Brasil [189].

Se conserva el texto de unas pocas; del resto quedan algunas referencias vagas o indirectas de su tema, de su contenido y de los conceptos que expuso o, simplemente se han perdido.

2º.- varios pequeños folletos, cartillas y hojas de actualización para médicos y de divulgación para el público.

3º.- y además, múltiples trabajos de sus colaboradores en distintas áreas de la Cirugía. Chifflet inspiró, estimuló y orientó su realización pero, en una actitud generosa, característica y muy diferente a la de muchos "grandes patrones", no se adueñó de los resultados ni figuró como coautor, sino sólo como Profesor de la Cátedra o la Clínica en que se realizaron.

– – –

El propósito de este capítulo es hacer un inventario razonablemente completo de su producción científica escrita, y establecer la significación de los principales trabajos que la componen, si no lo ha sido en otras partes de esta obra.

Es inevitable que el resultado sea extenso, y resulte tedioso para quienes no ejercen la Cirugía.

Pero es necesario.

Porque junto con su actuación profesional, docente y gremial, su producción científica constituye el otro pilar principal de su vida pública.

Porque en ella se manifiestan la amplitud y evolución de su repertorio temático, su originalidad, la claridad, la simplicidad, el pragmatismo, la profundidad y el atractivo con que desarrollaba los temas, la inteligencia y sensatez con que encaraba problemas que aún no contaban con posibilidades de solución tan efectivas como ahora y, muchas veces, de manera más o menos nítida pero siempre evidente, cómo adelantó conceptos que se demostraron y popularizaron años después.

Y, finalmente, porque su conjunto hace una interesante pintura de los problemas de la Cirugía de esa época.

## 2.- INVENTARIO (I): PRODUCCIÓN EN CADA ETAPA DE LA VIDA PROFESIONAL DE CHIFFLET

El primer criterio elegido para ordenar la producción científica de Chifflet fue el momento de la vida académica en que la produjo. Permite ver su continuidad y cómo fueron variando los temas que centraron su interés.

Su resultado se resume en la tabla que sigue, que es una síntesis de la que se presenta en el capítulo 18.

| LA PRODUCCION CIENTÍFICA ESCRITA DE ABEL CHIFFLET EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE SU VIDA ACADÉMICA<br>173 obras (libros, folletos, trabajos científicos, conferencias, discursos) | | | |
|---|---|---|---|
| **AÑO** | **CANTIDAD DE TRABAJOS** | **TEMAS** | **Número ordinal de los trabajos (ref. capítulo 18)** |
| **16 TRABAJOS HASTA 1934.<br>(ESTUDIANTE DE MEDICINA. FORMACIÓN INICIAL EN CIRUGÍA)** | | | |
| **Hasta 1930** | 4 | Observación anatómica. Fracturas de cuello de pie. Discurso. Tesis de Beca de la Facultad de Medicina. | 1, 2, 3, 169 |
| **1931** | 1 | Trabajo de docencia | 4 |
| **1932** | 4 | 2 de casuística, 2 informes | 5, 6, 7, 8 |
| **1933** | 1 | Tesis de Agregación | 9 |
| **1934** | 6 | 3 comentarios, 3 de casuística | 10, 11, 12, 13, 14, 15, |

| 68 TRABAJOS ENTRE 1935 Y 1944. (PROFESOR AGREGADO DE CIRUGÍA) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Total | **Trabajos sobre Equinococosis** | | |
| **1935** | 5 | 2 | Fracturas abiertas, Medicina Laboral. | 16,17, 18, 19, 20 |
| **1936** | 11 | 1 | Informe sobre Cirugía experimental. Cáncer gástrico,. Quemados. Apendicectomía. Cinco crónicas de viaje. Discurso. | 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28,29, 30, 170 |
| **1937** | 2 | 2 (pulmonar) | | 31, 32 |
| **1938** | 13 | 8 | 5 de casuística (4 quirúrgicos y 1 médico-legal). | 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40,41,42,43,44, 45 |
| **1939** | 4 | 2 | 2 notas editoriales | 46, 47 , 48, 49 |
| **1940** | 8 | 2 | Fisiopatología del sistema venoso. Várices. Incisión transversa. Núcleo pulposo. Amputación de muslo. Sobre catgut. | 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57 |
| **1941** | 8 | 2 | Columna vertebral. Ulcus gastroduodenal. Hernia inguinal. Hígado, Cirugía y cirujanos en Estados Unidos. | 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 |
| **1942** | 7 | 3 | Hernia diafragmática. Síndromes costoescalénicos. Ciáticas. Aracnoiditis espinal. | 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72 |
| **1943** | 4 | 1 | Ciáticas y lumbagos. Infecciones de origen dentario. | 73, 74, 75, 76 |
| **1944** | 6 | 2 | Tumores glómicos. Colectomía. Anatomía de la columna. Lista de méritos y trabajos | 77, 78, 79, 80, 82, 82 |
| **21 TRABAJOS ENTRE 1945 Y 1950. (PROFESOR DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA)** | | | | |
| **1945** | | 5 | Clase inaugural. Cirugía biliar y de colon. Flemones de cuello. Patología mamaria. Comentario. | 83, 84, 85, 86, 87 |
| **1946 *** | *** 20º Decano de la Facultad de Medicina** | 4 | LA FACULTAD DE MEDICINA.<br>Heridas de mano, equinococosis hepática, shock. | 88, 89, 90, 91 |
| **1947 *** | | 1 | Fisiopatología del canal ano-rectal. | 92 |
| **1948 *** | | 6 | EL HOSPITAL DE CLÍNICAS Dr. MANUEL QUINTELA. Canal ano-rectal. Cirugía de lumbagos y ciáticas. La Facultad de Medicina. Hidatidosis hepática. Patología vascular periférica. | 93, 94, 95, 95, 96, 97 |
| **1949 *** | | 1 | Discurso. | 98 |
| **1950** | | 4 | Heridas de las partes blandas del miembro inferior. Travesía del perineo masculino. Hernia inguinal directa (concepto patogénico y tratamiento). | 99, 100, 101, 102 |

| 62 TRABAJOS ENTRE 1951 Y 1969. (PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA) | | | |
|---|---|---|---|
| **1951** | 4 | Abordaje de la vena cava. Exploración de la tercera porción del duodeno. Colecistitis. Cirugía gastroduodenal. | 103, 104, 105, 106 |
| **1952** | 5 | Heridas de las partes blandas del miembro superior y de puño. Úlcera de pierna. Lesiones vasculares en operaciones sobre el miembro superior. Levantamiento de los operados. | 107, 108, 109, 110, 111 |
| **1953** | 7 | Cirugía gástrica. Equinococosis. Cánceres más frecuentes. Drenajes. Imágenes radiológicas. Cirugía arterial. | 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118 |
| **1954** | 3 | Cirugía gástrica y rectal. | 119, 120, 121 |
| **1955** | 7 | Cirugía gástrica, biliar, herniaria, colónica, rectal y de los miembros. Diagnóstico. Homenaje a Lamas | 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128 |
| **1956** | 6 | LIBRO DE ANATOMIA DE LA PELVIS Y CIRUGÍA DEL RECTO. LIBRO DE CIRUGÍA GÁSTRICA. Cirugía colónica y rectal. Cirugía gástrica. Discurso | 129, 130, 131, 132, 133, 134 |
| **1957** | 3 | Cirugía rectal y anal. Cirugía biliar. | 135, 136, 137 |
| **1958** | 3 | Cáncer de recto. El cirujano. Departamento operatorio. | 138, 139, 140 |
| **1959** | 5 | Cáncer de recto. Colon desfuncionalizado. Colostomía. | 141, 142, 143, 144, 145 |
| **1960** | 4 | Cáncer de recto. Equinococosis. | 146, 147, 148, 149 |
| **1961** | 3 | LIBRO DE TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES DE RECTO. Tumores mamarios. Hernia inguinal. | 150, 151, 152 |
| **1962** | 3 | Hemorragias digestivas bajas. Cánceres de mama. | 153, 154, 155 |
| **1963** | 5 | Colon, recto, región inguinal, futuro de la cirugía y temas en discusión en la Clínica. | 156, 157, 158, 159, 160 |
| **1964** | 1 | Cirugía del cáncer del recto bajo (publicado en Dis. Col Rect). | 161 |
| **1965** | 0 | | |
| **1966** | 2 | Colostomía. Politraumatizado. | 162, 163 |
| **1967** | 1 | CAPÍTULO DE LIBRO: Equinococosis hepática | 164 |
| **1968** | 0 | | |
| **1969** | 0 | | |
| **PUBLICACIONES PÓSTUMAS** | | | |
| **1970** | 2 | LIBRO DE ENFERMEDADES NO NEOPLÁSICAS DEL RECTO (obra póstuma publicada por sus alumnos). Folleto sobre cánceres de recto | 165, 166 |
| **2005** | 1 | Complicaciones de la Colopatía Diverticular | 173 |
| **OTROS TRABAJOS (SIN FECHA, INÉDITOS O SIN REFERENCIA EDITORIAL)** | | | |
| ¿? | 4 | | 167, 168, 171, 172 |

La tabla muestra que la producción tuvo dos períodos de duración equivalente.

## A.- PERÍODO DE FORMACIÓN Y DE CONSOLIDACIÓN DE SU PRESTIGIO

Duró 21 años, y en él los trabajos se pueden agrupar en:

### *a.- Trabajos como estudiante de Medicina (1923-1929) y durante su formación inicial en Cirugía (1930-1934)*

Son diez y seis trabajos. Como estudiante, ayudante de disector y luego disector en Anatomía, hizo un solo trabajo inédito [77]. Además pronunció un discurso[169].

En 1930 con su tesis *"Estudio anatomoquirúrgico del ángulo duodenoyeyunal"* [3], aspiró y obtuvo la Beca de la Facultad de Medicina.

En los cinco años siguientes, mientras concretaba su especialización en Cirugía con una práctica hospitalaria exclusiva en el Hospital Maciel, produjo el resto de sus trabajos de esta etapa, que son de docencia, de casuística e informes y su Tesis de Agregación en Cirugía: *"La Fisiología del Tarso Posterior. Su equilibrio transversal.* [9]

### *b.- Trabajos como Profesor Agregado de Cirugía (1935-1944)*

En esta etapa que duró diez años produjo sesenta y ocho trabajos. Su interés se repartió entre diversos temas de la Cirugía, algunos de los que hoy pertenecen a especialidades quirúrgicas, temas de Medicina Laboral, de Medicina Legal, etc. Pero se hizo evidente su interés por la Equinococosis: casi todos los trabajos que produjo sobre este tema, se concentran en estos años.

### *c.- Trabajos como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria (1945-1950) y Decano de la Facultad de Medicina (1946 – 1949)*

En esta etapa de seis años Chifflet desarrolló sus principales concepciones anatomo-funcionales: la de la pared abdominal que proyectó a la patología y cirugía de las hernias, y la de la pelvis que proyectó a la patología y cirugía del recto, en especial, pero no exclusivamente del cáncer de este órgano.

Produjo veintiún trabajos.

### B.- PERÍODO DE PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA (1951-1969)

Desde 1951 hasta su muerte diez y ocho años después, como Profesor de Clínica Quirúrgica, Chifflet produjo sesenta y dos trabajos que progresivamente se fueron circunscribiendo a la cirugía de la hernia inguinal directa, gástrica y finalmente colo-rectal.

## 3.- INVENTARIO (II): TRABAJOS POR TIPO Y ÁREA TEMÁTICA

Estos dos criterios permiten ordenar los trabajos como resume la tabla que sigue.

| DISTRIBUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE CHIFFLET POR TIPO DE TRABAJO Y ÁREA TEMÁTICA | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE TRABAJO Y ÁREA TEMÁTICA** | **Cantidad** | **Número ordinal de los trabajos (ref. capítulo 18)** |
| **TESIS** | 2 | 3 , 9 |
| **LIBROS** | 4 | 129, 131, 151, 165 |
| **TRABAJOS (en orden decreciente de cantidad)** | | |
| EQUINOCOCOSIS | 33 | |
| Abdomen | 19 | 17, 33, 38, 41, 46, 47, 64, 71, 73, 82, 89, 96, 103, 116, 147, 148, 149, 164, 169 |
| Tórax. Pleura y pulmón. Mama | 11 | 4, 18, 31, 32, 34, 42, 43, 44, 52, 70, 79 |
| Equinococosis en general | 3 | 23, 58, 69 |
| CIRUGÍA COLO-RECTAL | 29 | |
| Pelvis. Recto y ano | 18 | 92, 94, 99, 121, 125, 130, 135, 136, 139, 141, 142, 143, 146, 153, 154, 158, 161, 166 |
| Colon | 11 | 15, 40, 45, 87, 124, 132, 144, 145, 157, 162, 172 |
| GASTRODUODENO | 14 | 6, 22, 48, 82, 104, 106, 113, 118, 119, 120, 131, 133, 168, 171 |
| RAQUIS Y MÉDULA ESPINAL | 9 | 10, 53, 54, 63, 68, 72, 75, 76, 78 |
| ABDOMEN (PAREDES; DIAFRAGMA) | 8 | 61, 62, 66, 100, 101, 126, 152, 160 |

| | | |
|---|---|---|
| MIEMBROS SISTEMA VASCULAR | 6 | 50, 51, 97, 108, 11, 114 |
| MIEMBROS PARTES BLANDAS TRAUMA Y OTRAS | 6 | 80, 91, 107, 102, 109, 123 |
| MAMA | 4 | 18, 85, 150, 155 |
| MIEMBROS OSTEOARTICULAR TRAUMA | 3 | 2, 16, 39 |
| ABDOMEN VÍAS BILIARES | 3 | 84, 127, 137 |
| ABDOMEN OTROS TEMAS | 2 | 105, 115 |
| ABDOMEN INCISIONES | 2 | 25, 57 |
| ABDOMEN PERITONEO | 2 | 5, 11 |
| ABDOMEN TRAUMA | 1 | 4 |
| ABDOMEN APÉNDICE | 1 | 37 |
| ABDOMEN HÍGADO (EXCLUIDA EQUINOCOCOSIS) | 1 | 59 |
| PELVIS APARATO GENITAL FEMENINO | 1 | 35 |
| BOCA | 1 | 74 |
| CUELLO | 2 | 67, 86 |
| ANATOMIA | 1 | 1 |
| MISCELÁNEA | | |
| TEMAS O PROBLEMAS QUIRÚRGICOS GENERALES | 15 | 20, 24, 36, 49, 55, 90, 110, 112, 117, 122, 138, 140, 156, 159, 163 |
| DISCURSOS, HOMENAJES Y CLASES | 6 | 83, 98, 128, 134, 169, 170 |
| CRÓNICAS | 5 | 26, 27, 28, 29, 30 |
| COMENTARIOS DE PRESENTACIONES | 4 | 12, 13, 14, 87 |
| INFORMES | 3 | 7, 21, 65 |
| MEDICINA LABORAL | 3 | 8, 19, 60 |
| DOCUMENTOS SOBRE INSTITUCIONES | 3 | 88, 93, 95 |
| LISTA DE TITULOS MERITOS Y TRABAJOS | 1 | 77 |

Ella muestra que Chifflet se dedicó especialmente a cinco temas:

1. la equinococosis en general y en sus localizaciones abdominales y pleuropulmonares.
2. la anatomía, patología y cirugía rectal, y más especialmente del cáncer rectal, y junto a ellas las de algunas enfermedades del colon.
3. la cirugía del estómago.
4. el raquis con sus ciáticas y lumbagos.

5. y, finalmente la fisiología de la pared abdominal, sus relaciones con la fisiología respiratoria, pelviana y la movilidad del tronco, y su proyección sobre la patología y el tratamiento de las hernias inguinales.

Fueron sus grandes núcleos de interés, el motivo de muchas publicaciones y de libros que sintetizaron sus conceptos y, como se señala con más detalle en el capítulo 12, el origen de su prestigio y su red de vinculaciones científicas personales fuera de fronteras.

– – –

Para el análisis de la significación de los trabajos se seguirá el ordenamiento que surge de esta tabla, pero antes deben hacerse algunas consideraciones sobre el estado de la Cirugía y su ciencia en la época en que los publicó.

## 4.- ESTADO DE LA CIRUGÍA Y SU CIENCIA CUANDO CHIFFLET REALIZÓ SUS TRABAJOS

Durante la vida académica de Chifflet la Cirugía inició la etapa cada vez más vertiginosa de cambios y avances significativos. Su pensamiento evolucionó y la metodología que utilizó para analizar su experiencia cambió.

### A.- CIRUGÍA BASADA EN LA EXPERIENCIA (SERIAMENTE ANALIZADA)

Chifflet vivió en la era de la Medicina basada en la Experiencia, que felizmente sucedió a la de la Medicina basada en la Autoridad.

La Cirugía completaba su legitimación, demostrando la validez de sus conocimientos y, sobre todo, la eficacia de sus particularmente invasivos procedimientos terapéuticos, valiéndose de la correlación anátomo-clínico-terapéutica y, en menor grado, de la investigación en modelos animales.

Chifflet supo mantener un justo equilibrio entre la posesión de profundos y actualizados conocimientos morfológicos y patológicos, y la de una considerable experiencia clínica y operatoria analizada en forma inteligente y rigurosa. No fue un cirujano "de escritorio", ni tampoco un cirujano "de trinchera".

– – –

En sus comienzos, la base de sus concepciones, de su técnica quirúrgica, de la enseñanza, y del estímulo a los cirujanos que se formaban a su

lado fue morfológica, en un proceso de evolución desde la Anatomía Descriptiva hasta su Anatomía Regional Dinámica con sus aplicaciones a la comprensión y tratamiento de las enfermedades quirúrgicas. Esta concepción personal de la Anatomía implicó el sacrificio del detalle anatómico innecesario y la consideración de la morfología con criterio regional y en estrecha relación con la fisiología normal o patológica. Posiblemente uno de los trabajos que muestran de manera más acabada esta forma de considerar la morfología es "Concepto funcional de los drenajes. Drenaje de la pelvis masculina" (112), que se analiza más adelante.

Por su estrecha relación laboral con su amigo Héctor Ardao y después con su discípulo Alberto Aguiar, rápidamente la fundamentación morfológica se complementó con la Anatomía Patológica macro y microscópica.

Para el análisis de la experiencia clínica y operatoria, ya en su Tesis de Agregación Chifflet expresó: *"No me agrada la "novela patogénica" escrita sobre una o dos observaciones coincidentes. Por eso no me gusta hacer trabajos con comentarios de historias clínicas y que dan sin embargo la gran facilidad de redacción que significa escribir de un hecho y luego dar rienda suelta a la imaginación para edificar una idea*." (9)

En esa época, para ponerse razonablemente a cubierto de los sesgos del azar, la Estadística ya preconizaba los estudios de carácter prospectivo, la comparación de grupos similares, la aleatorización y la estimación de la probabilidad de que las diferencias en los resultados se debieran al azar; pero recién a mediados del siglo XX estos conceptos comenzaron a aplicarse en Medicina, en forma muy lenta, primero en estudios epidemiológicos, y sólo años después en estudios clínicos (192).

Chifflet reconoció el empleo creciente de la estadística en Medicina, pero encontraba que la forma en que entonces se aplicaba a la Cirugía merecía importantes reparos.

En 1945 señaló que las estadísticas *"jamás permitirán dictar normas en las complejísimas situaciones de los hepatobiliares agudos."* (84)

Y en 1950 escribió que ella *"…a nuestro entender ha sacado de su verdadero cauce de investigación científica a muchos puntos de terapéutica quirúrgica"*. Recordó un estudio sobre las estadísticas de operaciones por hernia inguinal, que comprobaba tal cantidad de contradicciones y variaciones tan extraordinarias en los números finales que concluían de que *"era necesario desechar todo lo realizado hasta hoy"*. Y otro que señaló que existía tal porcentaje de elementos variables en el problema de operación por hernia, que no sería posible tomarlos en debida consideración para obtener en los números una expresión aproximada de la realidad (100).

Por eso prefirió analizar su experiencia clínica y operatoria utilizando *"la aridez de un concepto como centro de un estudio, y no la frondosidad de una historia como base de un comentario."* (9)

Chifflet se caracterizó por una persistente curiosidad, por una insaciable necesidad de encontrar la verdad, de desvelar los principios generales que determinan y se ocultan detrás de los hechos puntuales, para poder actuar de la manera más apropiada posible.

Para ello aplicaba su aguda inteligencia. Era más capaz que la mayoría de los que le rodeaban, de identificar más componentes de cada asunto, de valorarlos más profundamente, y de ordenarlos mejor según su importancia. Y luego con un razonamiento lógico, convincente, en el que era difícil encontrar fisuras, y más aún argumentos de peso equivalente y signo opuesto, los comprendía y les daba unidad, sentido y utilidad.

Muchos de sus trabajos tienen una estructura similar: identifica un problema, frecuentemente lo ilustra con observaciones clínicas de su experiencia, hace un ejercicio intelectual profundo de análisis de los hechos, con un número necesario, en general escaso de referencias bibliográficas precisas, y así llega a esclarecedoras conclusiones, cuyo objetivo no era la satisfacción de su curiosidad sino dar un firme sostén a útiles recomendaciones para el manejo práctico del problema.

En suma combinaba conceptualidad con practicidad.

En no pocos de esos trabajos pueden verse en embrión, lo que hoy son las tan populares recomendaciones respecto a la conducta diagnóstica o terapéutica en innumerables problemas clínicos más comunes.

Si bien con el progreso de la Medicina muchas de sus concepciones hoy son discutibles o han sido superadas, no pocos de sus conceptos generales y de sus conclusiones para el manejo clínico y operatorio práctico, conservan su validez.

– – –

Para completar este panorama contextual corresponde señalar que, en la práctica, el actual paradigma de la Medicina basada en la Evidencia se hizo evidente hacia 1979, diez años después de la muerte de Chifflet [192].

## B.- CIRUGÍA EXPERIMENTAL

Desde pocos años después de graduado, Chifflet comprendió el valor de la Cirugía Experimental para el avance de la especialidad, la formación de sus profesionales y la elevación del nivel científico de la Facultad. Lo expresó por primera vez en su informe de 1936 [21].

Sin embargo es llamativo que no la utilizó.

No lo hizo en la Cátedra de Patología cuando fue Profesor Agregado de Carlos Stajano. Éste todavía no había realizado sus conocidas investigaciones sobre la atelectasia pulmonar en perros [198] [199] [200], en el Instituto de Ciencias Fisiológicas de la Facultad de Medicina.

En 1936 Chifflet afirmó que *"la Medicina Operatoria debe ampliarse a la investigación en animales evitando así que, como señaló Navarro, sea una ciencia del vivo en el muerto"*[21], pero no la utilizó cuando fue profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

De sus escritos se puede inferir que tuvo varias razones para ello:

- escasez de personal.
- alta carga de docencia a los estudiantes, a quienes no correspondía enseñar las técnicas quirúrgicas en modelos animales.
- la investigación no podía ser el motivo central de una cátedra que debía llenar una función bien definida en la preparación de los médicos [83].
- realizarla hubiera hecho necesario duplicar estructuras que existían al otro lado de General Flores y que funcionaban a satisfacción.

Y en su correlato "El colon desfuncionalizado" al 10º Congreso Uruguayo de Cirugía recordó que no había que *"…olvidar que las condiciones de la experimentación en animales son diferentes a las condiciones en el hombre y pueden conducir a conclusiones erróneas."*[144]

**LA CIRUGÍA EXPERIMENTAL EN LA FACULTAD DE MEDICINA**

La historia de la realización sistemática y continuada de Cirugía Experimental en la Facultad de Medicina es confusa.

En materia de denominaciones, en 1927 la Facultad creó para Alfredo Navarro el Instituto de Clínica Quirúrgica y Cirugía Experimental. Cuando en 1945 Navarro se retiró de su cargo de Profesor de Clínica Quirúrgica, la Facultad lo designó Profesor Emérito y creó para él un Laboratorio de Cirugía Experimental [188].

En 1946 con 78 años de edad Navarro se retiró y fue sustituido por Domingo Prat que continuó hasta 1951.

El Laboratorio de Cirugía Experimental quedó en la jurisdicción de la Cátedra de Patología Quirúrgica, dirigida por sucesivos Profesores titulares o encargados de esa Cátedra.

Hacia comienzos de la década de 1970 se creó el Departamento Básico de Cirugía, que fusionó las Cátedras de Patología Quirúrgica y de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. La docencia quirúrgica se enriqueció con la posibilidad, abierta a todos los cirujanos interesados, de realizar entrenamiento en animales e investigaciones de Cirugía Experimental. Su organizador y primer Profesor Uruguay Larre Borges, los dos que le sucedieron (Celso Silva y Alberto Del Campo), y varios Profesores Agregados (Raúl Praderi, Bolívar Delgado y el autor de este libro) fueron discípulos de Chifflet.

— — —

También se realizó Cirugía Experimental en otros Institutos o Departamentos, como el de Ciencias Fisiológicas (investigaciones sobre atelectasia pulmonar postoperatoria hechas por Carlos Stajano y sobre Cirugía Cardíaca y sustituciones arteriales hechas por Pedro Larghero), pero en éstos y otros casos fue una actividad puntual, no continuada o sistemática.

Chifflet manifestó que la realización de técnicas quirúrgicas en modelos animales abría el camino del perfeccionamiento técnico y del detalle instrumental, pero cuando fue Profesor de Clínica Quirúrgica no coordinó actividades de este tipo para sus colaboradores que iniciaban su formación en Cirugía.

Sin embargo a este respecto deben señalarse dos hechos.

El primero es que, según señala en su trabajo *"A propósito del Catgut"* [55], hacia 1940 Chifflet realizó en perros algunas investigaciones sobre este material de sutura.

El segundo es que hasta cerca del final de su vida, Chifflet tuvo manifestaciones de la importancia que daba a la Cirugía Experimental, entre otros, el traslado a la Sociedad de Cirugía de un fondo en dólares que le había donado Selman Waksman. Chifflet propuso que con él se creara el Premio Selman Waksman, que durante muchos años fue concedido anualmente en el Congreso Uruguayo de Cirugía al mejor trabajo de investigación quirúrgica experimental.

## C.- TECNOLOGÍA ESPECÍFICA DISPONIBLE PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

No es el propósito de este capítulo hacer su descripción detallada.

Basta con señalar como ejemplo que en la primera, la imagenología estaba limitada a la radiología simple y a una tosca radiografía contrastada; no se disponía de doble contraste, de todas las opciones de ecografía, tomografía axial computada, imágenes de resonancia magnética o de Medicina Nuclear. En endoscopía los primeros fibrogastrocopios comerciales son de 1961.

La evaluación preoperatoria era muy limitada y no se disponía de mayores posibilidades de preparación preoperatoria.

En cuanto a la tecnología para la terapéutica, la anestesia con sus medicamentos, sus vaporizadores, sus ventiladores, y su monitorización tenía un poder muy limitado para mantener la homeostasis del paciente.

Los instrumentos quirúrgicos eran voluminosos, reusables, y de aplicaciones polivalentes; recién en la década de 1960 comenzaron su evolución hacia los instrumentos de sutura mecánica [197] y de Cirugía Mínimamente Invasiva. No se conocían los bisturíes electrónicos, ultrasónicos, o de radiofrecuencia. Las suturas en su mayor parte eran de materiales naturales, no sintéticos como actualmente.

No se contaba con las posibilidades de soporte vital postoperatorio que hoy brindan los centros de recuperación postanestésica y de cuidados intensivos.

En suma, cuando la tecnología al servicio de la Cirugía que en la época de Chifflet estaba disponible en la mayoría de los centros asistenciales se compara con la actual, se comprueban algunos avances con respecto a las décadas anteriores, pero igualmente no dejan de sorprender su pobreza y su condición de rudimentaria.

## D.- LOS CAMBIOS EN LA CIRUGÍA AL FINAL DE LA VIDA DE CHIFFLET

Al final de la vida de Chifflet ya se manifestaban en forma muy clara incipientes signos de profundos cambios conceptuales en la Cirugía.

### *a.- Cirugía biológicamente basada*

Los resultados de la Cirugía Experimental y la interacción e incorporación selectiva de los avances en otros campos de la Biología y la Medicina, hicieron que la Cirugía cambiara su base morfológica por una base biológica en relación con los problemas específicos del conocimiento y tratamiento de las enfermedades de su competencia.

Ese cambio permitió identificar, conocer, comprender y tratar problemas generales inespecíficos relacionados con la injuria que ciertas enfermedades y el propio acto quirúrgico provocan en los pacientes:

- Hemorragia, hemostasis y shock.
- Infección y defensa antiinfecciosa.
- Cicatrización de los tejidos y órganos heridos.
- Balance hidroelectrolítico y acido-básico.
- Nutrición y metabolismo.
- Respuesta local y sistémica inespecífica a la injuria, estado crítico y su manejo.
- Genética, inmunidad, transplantes.

Chifflet dejó algunas referencias claras, pero muy vagas, sobre algunos de estos problemas.

**LA ENFERMEDAD OPERATORIA**

En su Relato al Segundo Congreso Argentino de Gastroenterología, Chifflet dedicó cinco frases a una entidad que llamó la *"enfermedad operatoria"*.

En ella englobó *"los efectos generales de la agresión quirúrgica."* Señaló que en su producción intervienen: *"... los procesos ya citados (hemorragia, shock, procesos viscerales y vasculares), pero la esencia de la misma debemos buscarla por otros caminos: volumen circulante, intercambios tisulares, equilibrio sanguíneo en agua, sales y proteinas, reflejos de vegetativo, sustancias específicas (polipéptidos, histamina, ACTH, cortisona, etc.)."* (171)

De la fisiopatología de la injuria en esa época sólo se conocían algunas manifestaciones urinarias del catabolismo proteico (1872; Bauer)(1904; Hawk y Geis), la participación del sistema simpático-adrenal (1929; Cannon), y una posible explicación unitaria de la misma (1946; Selye) [202].

Pero aún no se habían realizado estudios metabólicos (1959; Moore) y de los esteroides suprarrenales de la profundidad necesaria para posibilitar su aplicación sistemática a la práctica de la Cirugía.

Recién se había comenzado a comprender la devastadora insuficiencia funcional de órganos y sistemas específicos en los heridos de las guerras de Corea (1950-53) y Viet Nam (1964-75), y no se había observado la falla circulatoria, luego ventilatoria y más tarde hepática, gastrointestinal y metabólica en el post operatorio de la reparación de ciertos aneurismas de la aorta abdominal (1973; Tilney). Estos hechos llevaron al conocimiento de la respuesta orgánica inespecífica a la injuria, al de la activación masiva de mediadores de la inflamación y en la década de 1990 a la definición de los síndromes de respuesta inflamatoria sistémica, de disfunción y de fallo orgánico múltiple.

### *b.- Adecuación de la operación a las resistencias del paciente*

Chifflet fue sensible a las limitaciones de la evaluación y preparación preoperatorias y de soporte vital postoperatorio que existían en su época.

Su respuesta a este hecho fue una permanente preocupación por adecuar la magnitud de la operación al estado del paciente. En 1961 en su libro Tratamiento de los cánceres del recto, cuando realizó las consideraciones generales sobre el cáncer en los tejido perirrectales, Chifflet expresó el concepto: *"Las exigencias de estas amplias disecciones han contribuido, además, a limitar la longitud de exéresis visceral con el fin de mantener la operación dentro de las resistencias del enfermo ..."* [151]

En esa época (1961), con no poco escepticismo y hasta con descalificación agraviante de sus colegas, en Alemania el ginecólogo e ingeniero Kurt Karl Stephan Semm estaba dando los primeros pasos para minimizar la injuria innecesaria de las operaciones. Este camino lo condujo al desarrollo de la Cirugía Mínimamente Invasiva, y de los instrumentos necesarios para realizarla. Ésta primero fue exclusiva de la Ginecología y recién en la década de 1980, once años después de la muerte de Chifflet, inició su extensión al tratamiento de las enfermedades de que se ocupa la Cirugía General y casi todas sus especialidades relacionadas, entre ellas la Cirugía Colo-rectal [206].

# 5.- TESIS

## A.- ESTUDIO ANATOMOQUIRÚRGICO DEL ÁNGULO DUODENO YEYUNAL [3]

Fue el primer trabajo importante de Chifflet, realizado apenas graduado. Por la claridad de su propósito, la precisión de su pensamiento, y la elegancia de su expresión, constituye una muestra de su madurez.

Comienza con el agradecimiento al Dr. Del Campo, padre de la idea y con la transcripción de una frase que en 1902 escribiera Bernardo Etchepare, (profesor de Anatomía, cirujano y luego psiquiatra), que advierte al lector sobre la complejidad del tema.

Afirma que en esa época los trabajos de Anatomía se justificaban para aclarar conceptos sobre una región, o para detallar lo que entonces se había vuelto primordial para la Cirugía.

Luego de enumerar catorce razones para movilizar el ángulo duodeno-yeyunal en ciertas operaciones, en sesenta páginas de texto, en base a once observaciones cadavéricas, complementadas con algunos estudios histológicos, describe exhaustivamente:

a. la disposición del peritoneo, que le permite sistematizar las maniobras previas y los tres tiempos necesarios para la correcta movilización del ángulo.
b. la irrigación arterial de las paredes de esta zona del tubo digestivo, que es de transición entre dos sistemas (del tronco celíaco y de la mesentérica superior), con vasos muy pequeños no disecables en el vivo, que muchas veces son terminales, y que pueden ser fácilmente lesionados en las maniobras de movilización, por lo que cuando es necesario realizar resecciones es prudente que éstas sean amplias.

La tesis tiene diez esquemas, doce fotografías con esquemas explicativos, y ciento treinta y cinco referencias bibliográficas.

Obtuvo la calificación de sobresaliente -la única de ese año [77]- y la Beca de la Facultad de Medicina de 1930.

## B.- LA FISIOLOGÍA DEL TARSO POSTERIOR. SU EQUILIBRIO TRANSVERSAL [9]

Fue su Tesis de Agregación para Cirugía, y se comenta en el capítulo 7.

## 6.-TRABAJOS Y FOLLETO SOBRE EQUINOCOCOSIS

En la época de Chifflet, la Equinococosis en Uruguay tenía alta prevalencia y su tratamiento quirúrgico no había alcanzado el desarrollo que tuvo posteriormente.

Héctor Ardao describió objetivamente ese contexto, y dio detalles de la vinculación de Chifflet con la enfermedad [174].

*"Por el año 1930, en algunos Servicios de Cirugía el quiste hidático constituía un problema de escaso interés, es decir, casi exclusivamente un problema de terapéutica quirúrgica. Carecía de interés su patogenia, anatomía patológica y formas clínicas. Alguien le llamaba despectivamente "vejigas de agua".*

Chifflet tomó *"… contacto con la enfermedad en la Clínica del Prof. Alfonso Lamas donde esta enfermedad siempre fue objeto de interés y de estudio, a tal punto que podría decirse que allí estuvo el centro de la escuela uruguaya de hidatidología…"*

A partir de allí, se dedico al estudio profundo de múltiples aspectos de la enfermedad, no sólo los estrictamente quirúrgicos.

La Equinococosis *"… le apasionó siempre. En todos sus aspectos: etiológico, clínico, de laboratorio, etc. Fue su primer amor con la patología; y su estudio y enseñanza le interesó toda la vida.*

*Enseñó la enfermedad hidática en la Cátedra, en Jornadas y en Congresos. A estudiantes, a médicos y hasta a la gente común. Cuando iba con la Clínica al Interior del país, de visita a algún hospital, nunca dejó de organizar clases vespertinas, de divulgación extramédica, sobre la profilaxis de enfermedades transmisibles. La de equinococosis era infaltable en colegios y liceos."*

Refiriéndose a la escuela uruguaya de hidatidología, Ardao señaló que Chifflet fue *"el último de sus representantes."*

– – –

Chifflet publicó treinta y dos trabajos, solo, como primer autor con la colaboración de otros, y uno como colaborador de Pablo Purriel.

Se enumeran en la tabla que sigue.

| TRABAJOS DE ABEL CHIFFLET SOBRE EQUINOCOCOSIS | |
|---|---|
| | **Número ordinal de los trabajos (ref. capítulo 18)** |
| **ASPECTOS GENERALES** | |
| Equinococosis (Quiste hidático). Folleto. | 23 |
| Alergia tisular y quiste hidático. | 58 |
| Tratamiento médico de la Equinococosis. | 69 |

| **PULMÓN** | |
|---|---|
| El neumoquiste perivesicular. Con P. Purriel. | 31 |
| La eosinofilia costal en el quiste hidático del pulmón. | 32 |
| La intermitencia en el signo del casquete claro. Con P. Purriel. | 34 |
| Algunas consideraciones sobre el tratamiento del Quiste hidatídico del pulmón. | 42 |
| La retención seca de membranas. Con P. Purriel. . | 43 |
| Facultad de Medicina de Montevideo. Instituto de Radiología. Instituto de Anatomía Patológica. Catálogo de la exposición de Quiste Hidático de Pulmón. Con Cunha, Del Campo y Purriel. | 44 |
| El diagnóstico de la equinococosis pulmonar múltiple. Con P. Purriel y H. Ardao. | 52 |
| Sesenta observaciones de equinococosis pulmonar.Con R. Peyrallo. | 70 |
| Tratamiento de la equinococosis pulmonar. | 79 |
| **ABDOMEN** | |
| Equinococosis peritoneal secundaria. Con H. Ardao. | 17 |
| Equinococosis preperitoneal. | 33 |
| Supuración metastática en las equinococosis múltiples. Con W. Suiffet. | 38 |
| El desprendimiento de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado. Con R. Musso. | 41 |
| Equinococosis preperitoneal. Trabajo discutido por los Profs. F. Devé, D. Prat y J.C. Del Campo. | 46 |
| Táctica operatoria en la equinococosis peritoneal múltiple.. | 47 |
| Equinococosis y espacios interhepatofrénicos. Con H. Ardao. | 64 |
| Quiste hidático abierto en vías digestivas. Con W. Suiffet. | 71 |
| Acción del tratamiento biológico de la hidatidosis y la llamada “pseudo-litiasis” de origen hidático. | 73 |
| Quiste hidatídico del hígado. | 82 |
| Equinococosis hepática y riñón derecho. Con J Lopart. | 89 |
| La hidatidosis hepática es una afección hepato-biliar.. | 96 |
| Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. Con C. Ormaechea, C. y R. Varela Soto. | 103 |
| Los abordajes en la hidatidosis hepática en relación con la patología de las vías biliares. | 116 |
| Procesos peritoneales de origen hidático. Nomenclatura y definiciones. | 147 |
| Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria. Con G. Maquieira. | 148 |
| Tratamiento de la peritonitis enquistante hidática. Con B. Delgado. | 149 |
| Equinococosis hepática. Capítulo de libro. | 164 |
| Quiste hidatídico del hígado. Folleto sin lugar ni fecha de edición. | 169 |
| **MAMA** | |
| Quiste hidático del seno. Con H. Ardao. | 18 |

## A.- LOS PRIMEROS TRABAJOS DE CHIFFLET SOBRE EQUINOCOCOSIS

### *a.- Equinococosis peritoneal secundaria* (17)

Héctor Ardao dejó un testimonio del origen de este trabajo. *"Recuerdo un día haber visto a Chifflet venir al Laboratorio Central del Hospital Maciel, la cara jubilosa, con varios quistes envueltos en una compresa obtenidos de un enfermo que acababa de operar por oclusión intestinal. Quería saber detalles de su constitución anatómica y de la torsión de sus pedículos infiltrados de sangre negruzca. Aquella mañana, allí nació su primer trabajo sobre esta enfermedad, trabajo que se titula "La equinococosis peritoneal secundaria" publicado en 1935."* (174)

El trabajo, que describe un caso de síndrome de oclusión intestinal por torsión de un quiste hidático peritoneal, merece un comentario porque de su descripción minuciosa y la interpretación de sus características clínicas, radiográficas, operatorias, y anatomopatológicas (que ilustra con 35 fotografías macro y microscópicas de los quistes resecados), y las de otras dos observaciones, extrae consecuencias prácticas para el tratamiento y futuras líneas de trabajo.

Señala que esta localización de la enfermedad en que no participa ningún parénquima, permite hacer un estudio simplificado del parásito y de la reacción del organismo.

Con esa base hace consideraciones sobre:

- el parásito, con fenómenos de sufrimiento, evidencias de su fertilidad, multiplicidad de hidátidas, ubicación de la vesiculización exógena en la zona del pedículo vascular del quiste, presencia de hidátidas en la adventicia y por fuera de ella que hacen necesario extirparla, roturas secundarias y terciarias con siembras repetidas.
- la adventicia, su espesor variable, su constitución por tejido conjuntivo adulto, friable, que posee una vascularización abundante con vasos llamativamente muy jóvenes, que facilitan la rotura y la hemorragia, y la frecuencia de un pedículo largo que facilita las torsiones.
- la ubicación de los quistes en el abdomen y la pelvis y su relación con la sintomatología.

Especula sobre la relación organismo del paciente -vitalidad del parásito, lo que le conduce al propósito de nuevos estudios para buscar *"el modo de exagerar los factores que hacen sufrir la hidátida, para llegar a conseguir su muerte"*.

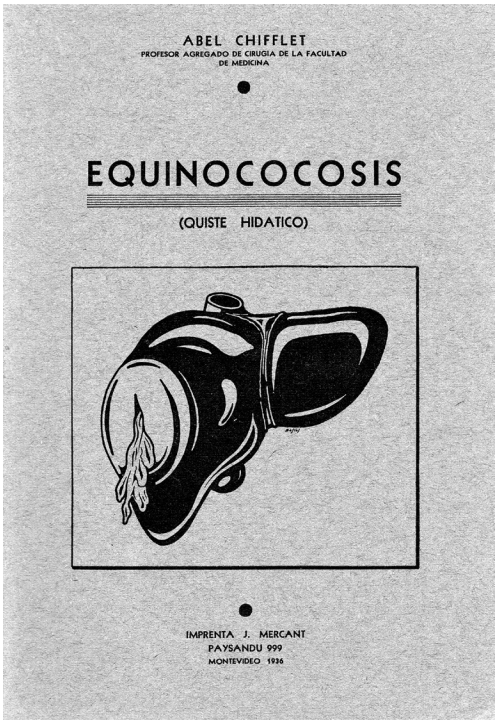
### *b.- Folleto: Equinococosis (Quiste hidático)* (23)

*"Su primer libro, de carácter docente, se titula "Equinococosis" y fue publicado en 1936."* (174)

El responsable de la idea de escribirlo fue Alfonso Lamas.

*"Más de una vez el Prof. Lamas nos llamó la atención sobre el hecho de que los estudiantes no conocen los procesos generales de la equinococosis o enfermedad hidática, con la precisión necesaria… Nos creímos obligados, frente a sus manifestaciones a tentar de llenar esa laguna, redactando, a modo de estudio general un capítulo para los estudiantes de tercer año que se inician en Clínica."*(23)

– – –



Tapa del folleto "Equinococosis" (1936).

El trabajo da conceptos generales y una visión de conjunto sobre esta enfermedad. Elude la descripción detallada de los síntomas y las complicaciones en cada órgano parasitado, pero explica en forma conceptual, comprensible y unitaria los mecanismos por los que se producen y los principios generales de su tratamiento. De esta manera habilita para el estudio más profundo de la enfermedad y para un diagnóstico y tratamiento más apropiados.

Tiene cuatro partes que, si bien son generales, no pueden dejar de relacionarse con las dos localizaciones más frecuentes: la hepática y la pulmonar.

1.- Patología de la equinococosis. (El parásito. Reacción del organismo. Quiste Hidático.)
2.- Clínica de la equinococosis no complicada. (Síntomas físicos propios del parásito. Síntomas generales propios del equinococo. Síntomas dependientes de los tejidos parasitados.)
3.- Evolución, complicaciones y pronóstico. (Modificaciones propias de la hidátide. Modificaciones propias de la adventicia. Modificaciones de ambos constituyentes.)
4.- Tratamiento de la equinococosis (Tratamiento quirúrgico. Tratamiento médico.)

En su final señala que la equinococosis mata y que es un campo hermoso para la investigación.

Está ilustrado por numerosos esquemas, radiografías y fotografías de pacientes y de piezas anatómicas macro y microscópicas.

Chifflet envió un ejemplar de este folleto a Félix Devé, el famoso hidatidólogo de Rouen (Francia), que le respondió con una carta en la que le expresaba que era un opúsculo didáctico muy interesante, que en conjunto coincidía con las ideas desarrolladas, que no estaba de acuerdo en cuatro puntos, y que le realizaba *"pequeñas críticas que muestran por lo menos el interés y la importancia que doy a vuestra obra."* (77)

Como se señala en el capítulo 12, también recibió otros numerosos elogios de cirujanos extranjeros.

Debe destacarse que fue uno de sus primeros trabajos sobre equinococosis, lo que es una prueba más de su enorme esfuerzo y capacidad.

Visto en el contexto de su época, tuvo el gran mérito de la útil conceptualización de la enfermedad. Contrasta con ventajas con trabajos contemporáneos de otros autores, que se empeñaban, en general sin lograrlo totalmente, en establecer descripciones y clasificaciones de las diversas formas anatomoclínicas de la enfermedad, que por su complejidad no facilitaban su comprensión ni su abordaje clínico-terapéutico.

### *c.- El neumoquiste perivesicular* (31)

El neumoquiste perivesicular de Morquio, Bonaba y Soto, o decolamiento de la membrana de Jaubert 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.
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 Devé, quien señaló la aparición casi simultánea de este trabajo con otros dos sobre el mismo tema, uno en Algeria y otro en Francia.

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 Caeriro 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 Gobich,[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

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.

## B.- OTROS TRABAJOS SOBRE EQUINOCOCOSIS PULMONAR

### *a.- La retención seca de membrana* (43)

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 10º Congreso Nacional de Cirugía (44) (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 de 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 planteba 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 [176].

— — —

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 toraco-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* [52]

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* (32)

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* (34)

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* (42)

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.
Respeto 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 el 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* (70)

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 (174).

### *g.- Tratamiento de la equinococosis pulmonar* (79)

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.).

## C.- TRABAJOS SOBRE EQUINOCOCOSIS PERITONEAL

### *a.- Equinococosis preperitoneal (I)* (33)

Es un trabajo de interpretación nosológica y patogénica, publicado en el Boletín de la Sociedad de Cirugía en 1938.

Señala que en su trabajo general sobre Equinococosis de 1936, él colocó a estos quistes entre los de siembra peritoneal.

Y que en un pasaje de la carta que Devé le envió en respuesta al envío de su folleto sobre Equinococosis (23), éste corrigió el esquema de Chifflet que colocaba el peritoneo parietal y su lámina fibrosa por detrás de los quistes y en su lugar colocó el endotelio peritoneal sin ningún plano de clivaje, dejando la hoja fibrosa del peritoneo por delante de los quistes, que así aparecen como peritoneales.

Basado en los estudios anatomopatológicos de una observación clínica personal, sostiene que cuando la siembra en la cavidad ocurre en el peritoneo parietal, el quiste resultante se profundiza en la pared, más en la posterior que en la anterior, y queda cubierto por la capa serosa y fibrosa de sostén del peritoneo. En ese plano carece de espacio para crecer, desarrolla una adventicia esclerosa y degenera rápidamente pudiendo generar siembras terciarias, por lo que debe operarse. Como suele asociarse a quistes hepatofrénicos o pelvianos de tendencia compresiva e invasora, éstos deben ser operados primero. Y dadas las dificultades del diagnóstico clínico de su topografía, prefiere abordarlos decolando el peritoneo del plano muscular, y formalizarlos y evacuarlos abandonando la adventicia sin resecarla.

### *b.- Equinococosis preperitoneal (II)* (46)

Un año después Chifflet publicó nuevamente este trabajo con varios agregados que muestran una interesante polémica con otros cirujanos uruguayos y con Félix Devé.

*"Hablar de equinococosis, es hablar de Félix Dévé. Con él* (Chifflet) *llegó a mantener una polémica epistolar sobre la equinococosis pre-peritoneal."* (174)

### *b.1.- La carta que a propósito de este trabajo Devé envió a Chifflet*

Devé leyó el trabajo de Chifflet en Archivos Uruguayos de Medicina Cirugía y Especialidades y envió a la Sociedad de Cirugía una carta muy amable y extensa en la que hace un análisis muy detallado de lo que afirma Chifflet, revela un profundo conocimiento de la Cirugía e Hidatología uruguaya, y alta estima por la estatura científica de Lamas, Prat, Del Campo y el propio Chifflet.

Comienza citando a Leriche que, respondiendo a un colega en la Sociedad de Cirugía de París, dijo: *"Amo mucho la contradicción. Ella obliga al control de las investigaciones propias y por ello es eminentemente útil."*

Pero de la manera más amable y halagüeña discrepa radicalmente con la interpretación de Chifflet respecto al origen de los quistes preperitoneales.

Considera que por su origen, por su ubicación anatomopatológica o por sus tendencias evolutivas no difieren esencialmente de otras localizaciones de la siembra hidática abdominal.

No cree que sean quistes peritoneales que se hunden en la pared, que tengan más tendencia que otros a la degeneración espontánea o a la supuración o a la rotura.

Y respecto al tratamiento, si bien reconoce que no es cirujano, cree que el abordaje por vía peritoneal puede ser muy difícil y que la indicación de elección es la formolización con su *"trocart"*, salvo en los quistes grandes.

Finaliza expresando que remite sus opiniones *"al juicio de los colegas uruguayos, tanto anatomopatólogos como cirujanos, unos y otros tan particularmente competentes y experimentados en todo lo que se refiere al vasto problema de la equinococosis."*

### *b.2.- La discusión del trabajo de Chifflet y de la carta de Devé en la Sociedad de Cirugía*

El pedido de opinión formulado por Devé a los cirujanos uruguayos al final de su carta, fue extensamente respondido por Domingo Prat, Juan Carlos Del Campo y por Chifflet en una sesión especial de la Sociedad de Cirugía.

Prat sostuvo:

- Que la discrepancia entre Chifflet y Devé no era nada fundamental.
- Que todos estaban de acuerdo en que la forma en discusión era una hidatidosis secundaria.
- Que la discrepancia estaba en si debía llamarse subperitoneal o preperitoneal y sobre todo, si como sostenía Chifflet, era una forma con características especiales de evolución y pronóstico.

- Y que él acompañaba la posición de Devé, y encontraba que la denominación de hidatidosis preperitoneal podía dar lugar a numerosos malentendidos.

———

Del Campo encontró que las posiciones de Devé y De Chifflet eran *"tendenciosas"* porque *"encuentran o señalan lo que querían demostrar."* Preguntó a los patólogos si les era posible diferenciar las formaciones fibrosas que rodean los quistes para establecer si provienen del peritoneo o son provocados por el parásito.

Creía que no había inconveniente en reconocer una variedad parietal anterior, aún cuando su importancia era menor a la de los subfrénicos y pélvicos, y que era discutible denominarlos preperitoneales a menos que se quisiera significar que estos quistes se encuentran en el tejido celular preperitoneal y que éste puede utilizarse para abordarlos quirúrgicamente.

———

Chifflet respondió con una estrategia muy interesante.

Comenzó señalando que volvía *"sobre el mismo asunto no con la finalidad de mantener un alegato con el distinguido hidatólogo, sino modestamente, para decir sintiéndose discípulo, lo que aún no ha podido modificar en mi criterio la palabra autorizada y cálida de nuestro admirado maestro."*

A continuación ordenando los argumentos por su importancia, consideró primero el tratamiento *"para terminar de entrada con los hechos que no pueden ser objeto de discusión"* y los expuso con claridad sin encontrar en las afirmaciones de Devé diferencias de significación.

Su rechazo a la formolización simple se fundaba en la frecuencia de multivesiculización que no podría ser esterilizada por ella, como reconoce Devé, y que no puede ser diagnosticada por el examen exterior del quiste. Y en cuanto a las incisiones prefiere las fisiológicas que pueden multiplicarse sin temor, a la incisión vertical de Devé.

Luego pasó al problema de la patología de la afección, exponiendo sus razones pero reconociendo que si fuera necesario, cada uno podía poner a los quistes *"cuyo origen, ubicación, caracteres, evolución, etc. no pueden ser motivo de divergencia"*, el nombre que más le plazca.

Afirmó:

- que estos quistes son siempre de dimensiones reducidas, posiblemente porque no pueden crecer hacia el plano de deslizamiento entre dos estructuras de movilidad independiente como la pared y la masa visceral.
- que la experiencia operatoria muestra la coexistencia de quistes parietales en involución con quistes peritoneales floridos, por lo que hay que admitir que los primeros degeneran más.
- que Devé no fundamentó su afirmación de que estos quistes no supuran más que otros y que había hecho una hábil derivación hacia la causa de la supuración, y Chifflet recuerda la supuración metastásica.

Discutió la denominación exacta de los quistes de siembra serosa en el peritoneo parietal anterior y analizó la importancia de considerarlos en forma aislada, la costumbre de los cirujanos al denominarlos, la histología, la acción invasiva del quiste hidático que demuestra con casos clínicos y estudios anatomopatológicos, y la denominación. *"Es posible que exista un nombre desposeído de un confuso pasado, para designar los quistes que hoy nos ocupan. Pero ese nombre ... no podrá oponerse con el solo mérito de su virginidad en el campo de la ciencia, al peso enorme que significa una palabra que dé cuenta de la ubicación, de los caracteres, de las complicaciones y del tratamiento de la enfermedad."*

### *b.3.- Nueva carta de Devé sobre Equinocosis preperitoneal*

El número del Boletín de la Sociedad de Cirugía que publicó las intervenciones de Prat, Del Campo y Chifflet llegó a Devé con seis meses de retraso el 30 de enero de 1940, seguramente a causa de las crecientes dificultades derivadas de la Segunda Guerra Mundial; Francia estaba en inminencia de ser ocupada. Al día siguiente Devé envió una carta de cuatro páginas al Presidente de la Sociedad, en la que le rogaba que si los reglamentos no lo impedían y él no lo consideraba indiscreto, hiciera conocer ciertas puntualizaciones, que serían las últimas que iban a provenir de su parte, con lo que cerraba la polémica [(177)].

La carta tiene un estilo cortés pero incisivo. En algunos pasajes deja ver y hasta expresa el sentimiento de un maestro que está molesto porque un alumno que no está a su altura en conocimientos ni experiencia, osó objetar sus afirmaciones, y lo refuta y hasta reprende usando sólo una pequeña parte de su inmenso saber.

Después de las formalidades iniciales, Devé afirmó que la aparente solidez y la muy brillante exposición de su colega el Profesor Abel Chifflet apenas había sacudido la opinión que él sostenía, y que su argumentación un tanto polémica, de hecho no había brindado ninguna nueva prueba directa que él estaba esperando en apoyo de su tesis (ninguna de las siete figuras presentadas se referían a quistes pre-peritoneales).

Hasta prueba de lo contrario él seguía sosteniendo que estos quistes no diferían esencialmente por su origen, su ubicación anatomopatológica o sus tendencias evolutivas de otras localizaciones de la siembra hidática abdominal, y esto era la parte central de la controversia, y no como Chifflet había parecido creer, "una razón patogénica teórica y escolástica".

La carta mencionó que Chifflet invocó una serie de argumentos indirectos que le sería fácil responder pero lo llevaría demasiado lejos, por lo que se limitaría a lo que Chifflet sostenía que *"no puede ser objeto de discusión":* el tratamiento.

Analiza las objecciones de Chifflet sobre el formolado in situ y señala que:

- en su experiencia de treinta y cinco años, la vesiculización exógena no es constante, ni general ni corriente y que, cuando existe, el formolado in situ da cuenta de ella.

- que Chifflet sostiene la existencia de vesículas en la adventicia que escapan al formolado con pruebas que no son irrefutables porque pueden corresponder a siembras hidáticas vecinas contemporáneas en involución.
- la crítica de Chifflet a la incisión vertical que él preconizaba, ignoraba que todavía no estaba prohibida, y además su comunicación al Congreso de Split de 1930, y la tesis de su discípulo Heptia.

También podía asegurar a Chifflet *"que pudo haber evitado la pena de una refutación accesoria verdaderamente superflua"*.

*"Pero me detengo, porque no deseo abusar de la atención y la hospitalidad de mis amables colegas de la Sociedad de Cirugía de Montevideo con el riesgo de caer en una polémica trasatlántica, con retardamiento forzado."*

*"Se trata de puntos relativamente secundarios. Como he dicho lo que importa es aportar casos suficientemente numerosos objetivamente estudiados, que permitan fijar las particularidades anatomo-patológicas y evolutivas reales de los quistes hidáticos del peritoneo localizados en la pared anterior del abdomen, los únicos en cuestión."*

La carta termina insistiendo en que los cirujanos y anatomopatólogos uruguayos están particularmente calificados para elucidar este y otros problemas.

### *c.- Táctica operatoria en la equinococosis peritoneal múltiple* (47)

En la imposibilidad de tratar todas las localizaciones, sostiene que deben tratarse primero los supurados y, si no los hay, los pelvianos o subdiafragmáticos que producen compresiones ureterales, vesicales, hepáticas, etc.

### *d.- Equinococosis y los espacios interhepatofrénicos* (64)

Fue realizado con H. Ardao y presentado como contribución al relato de Oscar J. Cames sobre Absceso Subfrénico, en el XIII Congreso Argentino de Cirugía de 1941.

Presenta varias observaciones clínicas, radiográficas, operatorias y necrópsicas de procesos de dicho espacio peritoneal y retroperitoneal, y de la cara superior del hígado:

- abscesos subfrénicos por quistes hidáticos supurados, y los del postoperatorio de quistes hidáticos hepáticos.
- colecciones subfrénicas biliosas enquistadas de origen hepático e hidático, que llama hidatobiliares, y que hasta el momento no habían sido objeto de especial descripción.
- procesos plásticos subfrénicos de origen hidático.
- quistes hidáticos peritoneales interhepatofrénicos de tendencia invasora hepática.
- quistes hidáticos superiores del hígado que tienen características que los acercan a los abscesos subfrénicos.

Los dos últimos tienen además tendencia a la fistulización en los bronquios.

***e.- Procesos peritoneales de origen hidatídico. Nomenclatura y definiciones*** (147)

Es un trabajo que integra un conjunto de tres presentados al 11º Congreso Uruguayo de Cirugía de 1960. Tiene seis páginas y está dedicado a conceptualizar la complejidad de los mismos.

Señala que resultan de la irritación peritoneal por diversos elementos en cuyo caso deben denominarse peritonitis, o de la evolución parasitaria. Y que pueden tener diversa extensión y una evolución aguda, subaguda o crónica.

***f.- Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria*** (148)

Fue realizado con su discípulo G. Maquieira.
Señala que es *"uno de los cuadros más terribles de la afección hidatídica"*.

Las mejoras observadas en los últimos treinta años en el tratamiento dependieron de los avances de la Cirugía, la Anestesia y los antibióticos.

En el tratamiento quirúrgico analiza los problemas que enfrenta el cirujano: orden en que debe tratar los quistes, los abordajes y la conducta con los quistes.

Y, finalmente, señala las limitaciones del tratamiento biológico.

***g.- Tratamiento de la peritonitis enquistante hidática*** (149)

Fue realizado con su discípulo B. Delgado.

Entiende por tal la membrana de enquistamiento resultante de la rotura de un quiste hidático en el abdomen.

El tratamiento tiene como objetivo la bolsa de enquistamiento, el órgano que originó el proceso y los eventuales elementos parasitarios evolutivos fuera de la primera; la operación debe conducirse de acuerdo a la importancia relativa de cada uno de estos tres elementos.

## D.- TRABAJOS SOBRE EQUINOCOCOSIS HEPÁTICA

Son nueve.

***a.- Supuración metastática en las equinococosis múltiples*** (38)

Se refiere la observación corriente que durante un estado infeccioso los quistes hidáticos pueden supurar.

Presenta dos observaciones de supuración de quistes hidáticos hialinos del hígado aparecida en el postoperatorio de una intervención por otro quiste hidático hepático similar. Interpreta que el punto de partida de la infección es la zona del desprendimiento de la adventicia del quiste operado y el factor localizador es la vasodilatación anafiláctica de la adventicia del no operado.

Más allá de que estos mecanismos patogénicos no son demostrados, y fueron negados por Devé y aceptados por otros, concluye con sensatez para la práctica que:

- deben diagnosticarse todos los quistes hidáticos que tenga el paciente.
- frente a fiebre postoperatoria siempre debe pensarse en la posibilidad de una infección de quistes no tratados.
- en las equinococosis múltiples es prudente tratar primero aquellos quistes que si supuran son de diagnóstico difícil, implican mayores riesgos o abordaje complejo.

***b.- El desprendimiento de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado*** (41)

Es de la época en que los quistes hidáticos hepáticos se trataban esterilizando y evacuando el parásito y dejando la cavidad adventicial drenada (quistostomía).

Con la base de nueve observaciones clínicas sostiene que durante el quinto y el décimo día de la operación existe un período febril que corresponde a un desprendimiento de la adventicia con formación de un surco de eliminación. En el desarrollo de la argumentación se pronuncia en contra de la adventicectomía por los altos riesgos que implica y hace consideraciones sobre las hemorragias postoperatorias tardías. Años después los progresos de la Cirugía en general, y especialmente los de la Cirugía hepática, relativizarían la contundencia de esta afirmación.

***c.- Cuatro trabajos sobre hidatidosis hepática y vías biliares***

Tienen diferente interés quirúrgico

***c.1.- Acción del tratamiento biológico de la hidatidosis y la llamada "pseudo-litiasis de origen hidático"***(73)

Presenta una observación de un quiste hidático hepático sin litiasis biliar pero con cólicos hepáticos, situación descrita por Quenu en 1910. Éstos desaparecieron con el tratamiento desensibilizante, por lo que los interpreta como una posible manifestación biliar de alergia hidática.

***c.2.- La hidatidosis hepática es una afección hepato-biliar*** (96)

Es de 1948. Se refiere al concepto para él tan importante, de que en la hidatidosis hepática se producen múltiples fenómenos hepatobiliares por acción refleja y alérgica, pero sobre todo por la extensión activa del proceso adventicial, que se abre en los canales biliares, permitiendo el pasaje de elementos parasitarios a éstos, y en casos extremos sale del hígado invadiendo otros órganos, diafragma, pulmón, bronquios, etc. Según que

esta extensión sea aguda o lenta no da tiempo o permite la hipertrofia del hígado sano, que suple la función del destruido pero deforma el hígado planteando desafíos semiológicos.

En este trabajo señaló que estos fenómenos activos de extensión de la adventicia continúan aún después de eliminado el parásito.

En la parte clínica señala ocho grupos de manifestaciones, jerarquizando las infecciones hepatobiliares, la obstrucción coledociana, los procesos vesiculares y la ictericia.

El trabajo incluye consideraciones terapéuticas en la que afirma que *"La supresión de la adventicia constituiría la solución de los problemas ligados al proceso patológico regional, pero esta operación que presenta habitualmente en el quiste del cuerpo del hígado serios inconvenientes, no es la solución total de la situación del enfermo, porque deja sin actuar sobre los procesos hepáticos y biliares que acompañan la lesión perihepática."*

Para que la adventicectomía total fuera posible en forma reglada y segura, hubo que esperar varias décadas hasta que en la de 1960 se conociera la anatomía quirúrgica del hígado [178], y luego que se desarrollaran las técnicas de imagenología y de cirugía hepática modernas.

El trabajo tiene un epílogo en el que sintetiza su posición frente a cuatro formas de presentación clínica, y un resumen.

### *c.3.- Sindromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática* [103]

Lo realizó en su primer año de Profesor de Clínica con sus dos primeros Jefes de Clínica C. Ormaechea y R. Varela Soto, y fue presentado en el Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía.

En un parasitado hidatídico se puede producir un proceso vesicular agudo independiente, o lo más frecuentemente, vinculado a la hidatidosis. En nuestro país ante un síndrome vesicular agudo siempre debe recordarse la posibilidad de una hidatidosis hepática. En esa situación tiene dos procesos que no pueden considerarse en forma separada.

Los principios del tratamiento son tres:

- Operación inmediata de la colecistitis.
- Drenaje sistemático del quiste para evitar la hipertensión biliar y dar salida a restos parasitarios y adventiciales. La colecistectomía sin tratar el quiste es una operación desastrosa porque moviliza un foco séptico y crea hipertensión biliar.
- Ataque bipolar (quiste; vesícula y vía biliar : coledocostomía)

Analiza dos posibilidades de acuerdo a que haya o no diagnóstico topográfico del quiste y señala que si el enfermo lo permite y, por la ubicación del quiste es necesario, debe hacerse otro abordaje para tratar a éste y que en caso contrario la operación terminará con el drenaje biliar pero dejará el plan operatorio dirigido al quiste.

Y, como ejemplo, pone dos observaciones clínicas.

### *c.4.- Los abordajes en la hidatidosis hepática en relación con la patología de las vías biliares* [116]

Si bien en esa época los cirujanos anatomistas habían desarrollado en el cadáver técnicas de abordaje y movilización del hígado que permitían acceder a todas sus caras por una sola incisión, estas implicaban en el vivo una injuria que los procedimientos anestésicos de esa época en general eran incapaces de compensar. De modo que en las localizaciones superiores o posteriores frecuentemente se planteaba el problema de cómo acceder al quiste y a las vías biliares por incisiones limitadas.

Se refiere a dos de sus trabajos previos:

- La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar [96], en el que preconizó la necesidad de estudiar sistemáticamente las vías biliares.
- Sindromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática [103], en el que sostenía la necesidad de un tratamiento bipolar.

Se centra en el problema del abordaje de enfermos con hidatidosis y su relación con las posibles exigencias de tratar el sistema biliar extrahepático, y esquematiza las situaciones más frecuentes en pacientes con hidatidosis hepática conocida y sin o con manifestaciones biliares.

### *d.- Otros trabajos.*

### *d.1.- Quiste hidático de Hígado* [82]

Es el texto de una conferencia dictada en Mercedes en 1944 durante el Congreso Médico del Sudoeste. Fue publicado en la revista "Médica del Sudoeste".

Analiza la estadística de 100 casos operados y los pobres resultados obtenidos. Sostiene que éstos dependen de la ubicación del quiste.

Los quistes del *"orillo hepático"* o abdominales tienen los mejores resultados.

Los quistes de la masa hepática o tóraco-abdominales son de tratamiento más difícil y tienen los peores resultados.

### *d.2.- Equinococosis hepática y el riñón derecho* [89]

Fue realizado junto con Juan Llopart.

Utiliza una serie de historias clínicas para ilustrar sobre puntos de interés práctico que por lo corriente escapan a la consideración de los clínicos en el diagnóstico, y a los cirujanos en el tratamiento.

Describe cuatro capítulos:

- Sindromes urinarios por equinococosis hepática: desplazamiento, cólico nefrítico, modificaciones de la orina y perinefritis.
- El riñón en el diagnóstico de equinococosis en ciertos procesos hepatobiliares.

- El riñón en el diagnóstico topográfico de la equinococosis hepática.
- El desplazamiento renal y el abordaje de los quistes posteriores del hígado.

***d.3.- Capítulo de libro sobre la Hidatidosis hepática*** (164)

El libro fue editado por Cándido Muñoz Monteavaro (capítulo 11) cuando era Profesor de Gastroenterología de la Facultad de Medicina.

## E.- MISCELÁNEA DE TRABAJOS SOBRE EQUINOCOCOSIS

En este punto deben mencionarse cuatro trabajos:

***a.- Quiste hidático del seno*** (18)

Comunica dos observaciones clínicas con detallado estudio anatomopatológico, a partir de las que hace consideraciones anatómicas, diagnósticas y terapéuticas.

***b.- Dos trabajos que refuerzan la evidencia de su interés por los posibles tratamientos no quirúrgicos de esta enfermedad*** *(ya demostrado en su primer trabajo sobre ella* (17) )

***b.1.- Alergia tisural y quiste hidático*** (58)

Fue tema de conferencias que Chifflet pronunció en Córdoba y en Rosario, en octubre de 1940, y es interesante porque es una muestra de ciertas interpretaciones patogénicas de esa época.

Alude a la enseñanza de su maestro Alfonso Lamas sobre el alto valor de los hechos bien observados. Recuerda la constitución de la adventicia, resume las características de la inflamación alérgica, y menciona varias situaciones de interés quirúrgico que en esa época se explicaban por mecanismos alérgicos.

Luego sintetiza numerosos procesos observados en la clínica que atribuye a inflamación periparasitaria y a fenómenos generales, ambos de naturaleza alérgica: dolor en el quiste por la reacción de Cassoni, o por inyección subcutánea de líquido hidático o por punción o intervención quirúrgica de otro; supuración metastásica; modificaciones de la adventicia en los quistes peritoneales múltiples; rotura espontánea de quistes hialinos de hígado; vómicas iterativas en la equinococosis pulmonar múltiple.

***b.2.- Tratamiento médico de la equinococosis*** (69)

Es el texto de una clase del 22 de abril de 1942; su interés radica en que muestra las certezas que se tenían y las esperanzas que se abrigaban en esa época sobre este tema.

Señala que, a pesar de los fantásticos progresos de la ciencia médica, en los últimos cuarenta años de la historia de la hidatología no ocurrió un solo acontecimiento que marcara un jalón indeleble. Cita los vacíos prácticos que existen en Clínica Quirúrgica para cuyo llenado los cirujanos esperan de los investigadores: quistes inoperables (porque la forma anatómica, la localización, porque es múltiple o porque el paciente rehusa ser operado); fenómenos séricos postoperatorios; y siembras operatorias.

El tratamiento médico disponible era:

- Quimioterápico, que hasta el momento había fracasado.
- Radioterápico, que probadamente no era efectivo.
- Biológico, que en esa época concentraba toda la atención.

Repasa su historia, hasta llegar al método del argentino Calcagno que en 1939 comenzó a inyectar líquido hidático a los enfermos mientras en forma paralela se aclaraba el conocimiento de los fenómenos alérgicos.

Ningún tratamiento médico puede provocar la eliminación del parásito al exterior, vivo o muerto, excepto que esté cercano a sistemas canaliculares. Podría provocar su muerte reteniendo sus restos, pero las pruebas clínicas y biológicas de que lo logre son muy discutibles. Podría esterilizarlo, lo que solucionaría el grave problema de las siembras operatorias y evitaría las equinococosis secundarias, pero tampoco lo hace.

El método de Calcagno, como observó este autor y Chifflet comprobó al visitar su clínica, mejora el estado general, eleva el hematocrito y modifica la sensibilidad pudiendo contribuir a la desensibilización.

No es una vacunación antiparasitaria sino una medicación del estado alérgico, que no ha modificado la indicación operatoria, aunque puede beneficiar a algunos pacientes que van a ser o han sido operados.

### *c.- Quiste hidático abierto en las vías digestivas* (71

Fue realizado con W. Suiffet.

Comunica seis observaciones.

Señala:

- su escasa frecuencia.
- que se diagnostica por la eliminación de restos hidáticos por las vías digestivas más el examen radiográfico o la comprobación operatoria.
- que su evolución espontánea puede ser favorable.
- que del diagnóstico no surge una indicación operatoria a menos que exista otra complicación asociada.
- y que el tratamiento se dirige al drenaje del quiste sin preocuparse de la fistulización quisto-visceral.

## F.- TRABAJOS SOBRE HIDATIDOSIS QUE INSPIRÓ A SUS COLABORADORES

Entre ellos merece mencionarse como ejemplo, la línea de investigación que Chifflet encomendó a Gonzalo Maquieira, con el objetivo de establecer las alteraciones morfológicas y hemodinámicas provocadas por la hidatidosis hepática sobre el sector venoso portal y cavo, las consecuencias de éstas sobre el parénquima hepático y su función, y la proyección quirúrgica de ambas.

Las alteraciones vasculares se estudiaron con esplenoportografía, cavografía y suprahepaticografía únicos métodos diagnósticos disponibles entonces; la ecografía aparecería muchos años después.

Con la colaboración del Dr. Curuchet, radiólogo muy competente en estudios vasculares contrastados, el método se comenzó a aplicar con especiales cuidados en el estudio de las relaciones y las modificaciones (desplazamientos y compresiones) de las ramas de la vena porta y de la vena cava retrohepática en los quistes hidáticos hepáticos grandes o con hipertensión portal. Era un aspecto de la patología de la enfermedad hidática sobre el que en aquella época, con la excepción de los aportes de la escuela de Argelia, no había mayor información, ni se había hecho especial énfasis. Pese a la invasividad y riesgos del método de estudio, no hubo complicaciones.

Los resultados fueron interesantes y útiles; pusieron una nota de prudencia en la posición de algunos cirujanos que realizaban quistectomías y adventicectomías completas sin tomar en cuenta las relaciones de la adventicia de los quistes hidáticos hepáticos de ciertas localizaciones con las venas y sus potenciales riesgos, sobre todo cuando ésta es fibrosa espesa y a menudo, además, calcificada. Por otra parte, mostraron si las alteraciones venosas constatadas revertían o persistían luego de operado el quiste.

Tuvieron amplia difusión. Maquieira los presentó en varias reuniones de cirujanos en Montevideo y en el interior del país, y en 1963 ganó el Premio Nario.

Además fue invitado a exponerlo en Argentina (Clínica de los Profesores Cames en Rosario, y Di Rienzo en Córdoba), y en San Pablo; en esos lugares fue considerado un aporte muy importante a la terapéutica.

Finalmente, con el consentimiento de Maquieira, los Dres. Muzio Marella y Moisés Warsestein las presentaron respectivamente en sus viajes a Moscú y a Israel.

## 7.-TRABAJOS Y LIBROS SOBRE ANATOMÍA, PATOLOGIA Y CIRUGÍA DEL RECTO Y ANO

***Fisiopatología del canal ano-rectal. (Hernia del periné posterior provocada por resección del cóccix)*** [92]

Es el primer trabajo de Chifflet referido al recto. Lo publicó en 1947.

Es la observación de una paciente a quien otro cirujano, en una operación laboriosa que terminó con mechado para cohibir una hemorragia persistente, le resecó el cóccix para tratamiento de una coccigodinia.

Un año después consultó a Chifflet por una hernia perineal posterior del tamaño de una naranja, que debía reducir para poder defecar. La radiografía contrastada mostró que el recto ocupaba la hernia. Chifflet operó a la enferma suturando uno a uno los planos de deficiencia, cuyas particularidades describe: vaina del recto, hoja fibrosa precoccígea, elevador del ano, haces inferiores del glúteo mayor, tejido subcutáneo y piel.

La evolución clínica y radiográfica a cinco años fue normal.

Señala que la operación inicial, que terminó sin sutura, suprimió el apoyo posterior de la hamaca perineal permitiendo que la presión abdominal arrastrara al recto hacia atrás, provocando su obstrucción mecánica, y que fuera inoperante para provocar la defecación.

### *El canal ano-rectal. Resultancias prácticas de un concepto funcional* (94)

Al año siguiente en Buenos Aires Chifflet publicó otro trabajo sobre el canal ano-rectal.

Por su título podría pensarse que es similar al precedente, pero en realidad es una síntesis sencilla y didáctica de sus concepciones anatómicas, fisiológicas y patológicas sobre defecación.

Es interesante porque muestra que ya tenía los conceptos fundamentales sobre la pared abdominal, la pelvis, el recto y el ano que desarrollaría "in extenso" en numerosas publicaciones posteriores (61) (62) (100) (101) (126) (129) (160). Y, además, que ellos no estaban aislados sino que ya formaban un sistema anatomo-funcional coherente con gran proyección en la patología.

En síntesis el trabajo señala que hay dos deposiciones:

- Una pasiva.

Resume las diferencias embriológicas y anatómicas entre la parte superior e inferior del conducto anal.

Analiza su estado en reposo (un cono a vértice superior determinado por la contracción del esfínter liso), en la retención voluntaria (un cono a vértice inferior determinado por la contracción del esfínter estriado), y en la deposición pasiva (ambos esfínteres relajados y prolapso fisiológico de la mucosa).

Repasa la patología de la deposición pasiva: incontinencia de origen mucoso, papilitis y criptitis, prolapso mucoso y esclerosis de la submucosa.

- Una activa.

Ésta es necesaria para evacuar materias sólidas. Hace la primera mención escrita a hechos anatómicos que describe años después en cirugía de la hernia inguinal directa (la cincha hipogástrica que tapa la pelvis), y en su libro anatomía del contenido pelviano masculino (la pelvis ósea y el periné).

Describe la contracción de la cincha y, a favor de los espacios celulosos de deslizamiento, la relajación sinérgica del elevador y el esfínter externo del ano, con rectificación del ángulo recto-anal y acortamiento del conducto anal.

Finaliza con un repaso de la patología de la defecación activa: enfermedades de la musculatura abdominal, procesos que alteran los espacios de deslizamiento, alteraciones de la hamaca perineal, de su amarre al periné anterior o de la charnela coccígea.

– – –

A partir de estos dos primeros trabajos, Chifflet demostró un creciente interés por la cirugía del recto, que ocupó los restantes 22 años de su vida, que le llevó a escribir dos libros y diez y ocho trabajos, al punto que cuando enfermó y murió estaba escribiendo un nuevo libro sobre el tema, que luego publicaron sus discípulos.

Esta producción tuvo continuidad, es especialmente valiosa y probablemente constituye su aporte sistémico más importante al desarrollo de la Cirugía.

Algunos trabajos son de anatomía de la pelvis, pero tienen fuertes proyecciones a la cirugía del recto en aspectos particulares especialmente técnicos, y en aspectos generales.

Es una producción original. Chifflet consideraba al recto constituido por cuatro segmentos (abdominal, pelviano, perineal y anal) con características anatómicas, fisiológicas, patológicas y quirúrgicas diferentes, un concepto que, en el conocimiento del autor, carece de antecedentes.

Tiene un sólido fundamento. La legitimidad de su primitiva base anatómica cadavérica fue luego refrendada con las innumerables constataciones operatorias de su extensa práctica personal y la de los numerosos integrantes de su clínica. Con ello pudieron alcanzar el grado de maduración que él exigía, para publicarlos cuando ya era Profesor de Clínica Quirúrgica.

Por estas razones se puede afirmar que estos trabajos son el ejemplo más acabado de su profunda capacidad de conceptualización para la práctica, y que permitieron simplificar y normatizar las técnicas de la cirugía rectal especialmente las de las resecciones y amputaciones por cáncer y mejorar los resultados de esta cirugía.

Los dos trabajos de base anatómica que cronológicamente siguieron a los precedentes, apuntaron a solucionar dificultades técnicas usuales entonces en la cirugía recto-anal.

### *a.- La travesía del perineo masculino* [99]

En esa época el conocimiento habitual del perineo no permitía a los cirujanos transitar con seguridad por él; en consecuencia hasta los de ma-

yor competencia encontraban dificultades y, aun en casos de indicación indiscutible, utilizaban poco esta vía.

Como resultado de una experiencia ya considerable y de un profundo esfuerzo de investigación y reflexión, describe en forma muy precisa las perineotomías (medianas - preanales, intraesfinterianas y retroanales – y laterales).

En cada una señala la posición a dar al enfermo, las incisiones, la orientación y el aspecto de los planos a atravesar en el individuo vivo (con las variaciones impuestas por las funciones de la región), la dirección a dar a los instrumentos, la amplitud de la exposición de la región, el espacio o el órgano a los que dan acceso, y las consecuencias de la lesión de algunas estructuras sobre la continencia y la evacuación, para así darles toda la utilidad posible.

### *b.- Entrada quirúrgica entre el recto y la vejiga* (125)

Como el trabajo anterior, en base a disecciones cadavéricas y a observaciones operatorias apunta a resolver las dificultades técnicas y a evitar los errores a veces perjudiciales para el enfermo, que usualmente se cometen cuando se debe transitar esa zona desde el perineo o desde el abdomen.

Del lado cefálico de la base de la próstata hay una zona relativamente amplia donde se encuentran los deferentes, las vesículas seminales y la extremidad de los uréteres, y la vejiga y recto están en relación directa.

Distingue dos láminas conjuntivas que no son el resultado de la coalescencia del fondo de saco peritoneal primitivo:

- la hoja prostatoperitoneal de Denonvilliers que es pelviana e intervesicorrectal. Se extiende desde el fondo de saco de Douglas al que fija, hasta la lámina de sostén; es parte de la lámina abdominopelviana y está doblada por una lámina anterior y otra posterior de menor consistencia dependientes de la actividad de la vejiga y el recto.
- y la que va desde la base de la próstata al periné que es una lámina conjuntiva perineal.

Describe con detalle:

- las entradas medianas desde el abdomen, en las que es imposible romper estas láminas por presión, debiendo entrarse por sección del peritoneo que cubre la vejiga o el recto.
- las entradas medianas desde el periné.
- las partes laterales de la región intervesicorectal.

El conocimiento de estas particularidades anatómicas permite desplazarse correctamente en la cirugía de esta zona, e interpretar y tratar el prolapso del recto y las hernias vaginales posteriores.

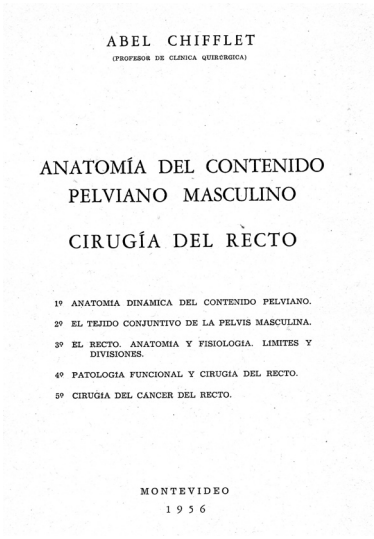
### *c.- Libro: Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto* (129)

Es una de sus producciones más importantes.

Es una descripción a la vez conceptual y precisa de la pelvis masculina, que evita los detalles de la Anatomía descriptiva y jerarquiza los de utilidad para la Patología y la Cirugía.

En la *Primera Parte, Anatomía Dinámica del Contenido Pelviano*, describe las formas en que históricamente ha sido vista la Anatomía y su concepto de la Anatomía Regional Dinámica (ver capítulo 10).

Concibe el contenido visceral pelviano masculino como una unidad funcional orientada a la contención y evacuación digestiva y urinaria, dinamizada por la contracción del músculo elevador del ano y por la presión abdominal, que determina una estructuración particular del tejido conjuntivo que se encuentra entre los órganos. Y de esa concepción extrae enseñanzas que aplica a la Patología y a la Cirugía.


ABEL CHIFFLET
(PROFESOR DE CLINICA QUIRÚRGICA)

ANATOMÍA DEL CONTENIDO
PELVIANO MASCULINO

CIRUGÍA DEL RECTO

1º ANATOMIA DINAMICA DEL CONTENIDO PELVIANO.
2º EL TEJIDO CONJUNTIVO DE LA PELVIS MASCULINA.
3º EL RECTO. ANATOMIA Y FISIOLOGIA. LIMITES Y DIVISIONES.
4º PATOLOGIA FUNCIONAL Y CIRUGIA DEL RECTO.
5º CIRUGIA DEL CANCER DEL RECTO.

MONTEVIDEO
1956

1956. Tapa del libro Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto. Montevideo, Rosgal. 280 págs.

Hace una descripción conceptual de la caja de la Pelvis menor masculina con sus dos orientaciones extremas (horizontal o vertical), su anillo cefálico con la disposición del peritoneo, y su anillo caudal o perineo con el músculo elevador del ano con su forma de embudo, al que funcionalmente integra la parte móvil del cóccix.

En la *Segunda parte El Tejido Conjuntivo de la Pelvis Masculina,* señala que mientras en el feto tiene una estructura uniforme, en el adulto se adapta a las solicitudes funcionales de la presión abdominal y de la repleción o vaciamiento de los órganos, diferenciándose en láminas densas que a veces llevan vasos o nervios, en espacios celulosos laxos transitables por los procesos patológicos o por la Cirugía, en bolsas serosas, o en almohadillas grasosas.

Describe una lámina resistente y continua fija al contorno pelviano ubicada entre el saco peritoneal y el elevador, a la que llama Lámina de sostén, por encima de la que están las vísceras de almacenamiento o pelvianas y por debajo las de contención y evacuación o perineales.

En la *Tercera Parte, El Recto: Anatomía y Fisiología, Límites y Divisiones,* en lugar de la clásica división por centímetros, reconoce cuatro sectores u órganos diferentes por razones anatómicas, topográficas y funcionales: el abdominal, el pelviano, el perineal (prostático o vaginal) y el anal, división que tuvo una proyección fundamental en la cirugía rectal, especialmente la del cáncer.

La *Cuarta Parte, Patología Funcional y Cirugía del Recto,* resume los conceptos que expuso en el trabajo "La travesía del periné masculino" y expone otros sobre el prolapso del recto, la patología dinámica del periné posterior (hernias perineales, fístulas rectales posteriores postoperatorias y coccigodinia), y la patología funcional del ano.

La *Quinta Parte, Cirugía del Cáncer del recto,* describe la exéresis en cada uno de los cuatro segmentos.

En la época en que fue escrito, este libro ubicó a Chifflet entre los adelantados en la sistematización de las estructuras a resecar en los cánceres rectales de diferentes localizaciones.

Y además hizo una descripción personal del tejido conjuntivo subperitoneal pelviano, precisó la ubicación de las estructuras importantes que deben respetarse (vasos, uréteres, nervios), y los pasos técnicos para ello. Con los que describió en los trabajos sobre travesía del periné y entrada entre el recto y la vejiga, completó la normatización y simplificación de las técnicas básicas de la cirugía recto-anal.

### *d.- Libro: Tratamiento de los cánceres del recto. Recto sigmoides, recto, ano* (151)

Constituye su obra capital en la que resume hasta donde llegó su pensamiento, su técnica y su experiencia en esta área de la Cirugía.

En su primera página señala que el tratamiento de los cánceres de recto ya sólo era posible entonces por un equipo (cirujano, radioterapeuta, patólogo y urólogo), y que con ese concepto los autores hicieron sus relatos al XI Congreso Uruguayo de Cirugía de 1960, que constituyen la parte medular del libro.

Luego de limitar el tema precisando el órgano y el tipo de cánceres de que se ocupa, así como los diferentes tratamientos disponibles, señala la alta frecuencia de recidivas locales que podrían evitarse con una rigurosa adaptación de la terapéutica a cada caso y con una realización técnica correcta, que son los objetivos del libro. El relato de Chifflet tiene 82 páginas.

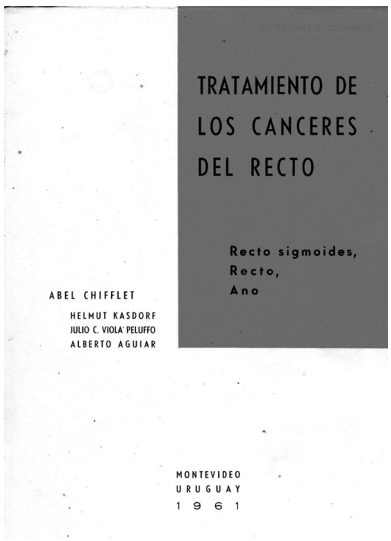
En la *Primera parte, Elementos a considerar para la elección de la operación,* enfatiza:

a. la topografía del tumor en las paredes del órgano y en los tejidos perirrectales, para **"***adaptar la operación de Miles a la topografía del tumor"*, *"mantener la operación dentro de las resistencias del enfermo"* y *"dar la mejor solución en la restauración."*
   Recuerda que los cuatro segmentos rectales tienen sus correspondientes vías y territorios de extensión perirrectal, según los casos abdominales, pelvianas (ascendentes, dorsales, dorsolaterales y ventrolaterales), o perineales, y directas. Por ello, para curar el cáncer deben ser extirpados con el sector u órgano rectal afectado *"pasando a segundo término facilidades de ejecución y posibilidades de mejor restauración funcional"*

b. el proceso tumoral, describiendo los elementos para valorar el genio evolutivo y la extensión.
c. el enfermo, especialmente su tolerancia a la operación y a una eventual colostomía, la forma de la pelvis y la presencia o no de obesidad.

En la *Segunda Parte, Elección de la Operación* (paliativa, pretendidamente modificadora de la evolución tumoral o pretendidamente curativa) analiza por separado y detalladamente las operaciones para los cánceres de los cuatro sectores u órganos rectales. En cada uno define el órgano y precisa cómo se realiza el diagnóstico topográfico de los tumores, y de las vías de propagación tumoral.

En la *Tercera Parte, Preparación del Enfermo*, señala que está dirigida fundamentalmente al estado general del paciente. Analiza las indicaciones de colostomía previa en diversas situaciones, la indicación de aspiración gastrointestinal sistemática por sonda nasogástrica sobre la que se pronuncia en forma negativa, y la modificación del contenido intestinal respecto a la que emplea un *"antibiótico oral y muy prudente limpieza del colon adaptada a cada enfermo"*, marcando en varios de estos aspectos (sonda gástrica, limpieza del colon) posturas que entonces no eran comunes y que medio siglo después son usuales.




1961. Tapa del Libro *Tratamiento de los Cánceres del Recto.* Montevideo, Rosgal,

En la *Cuarta Parte, Desarrollo operatorio*, se refiere a los requerimientos del cirujano, a la medicación (hace alusión al uso de sustancias cancericidas en las manos, instrumentos, la zona cruenta operatoria, la incisión parietal, en el sistema porta y en la circulación general, *"para destruir las células tumorales que puedan escapar a la extirpación"*), a la anestesia, al examen bajo anestesia, a la posición del enfermo en la mesa operatoria, al doble equipo simultáneo, a la desinfección y la cobertura con campos del campo operatorio abdominal y perineal, al cierre provisorio del ano, a la colocación de sonda vesical, al abordaje y exploración abdominal, a la toma de una decisión operatoria y al bloqueo tumoral luminar, seroso y linfo-venoso.

Luego describe las operaciones para los cánceres de los cuatro sectores u órganos rectales, detallando específicamente en cada uno la extensión y la técnica de la resección en el órgano y en los tejidos perirrectales. Es especialmente preciso en los pasos que generalmente presentan dificultades e inducen a errores o facilitan complicaciones.

En el caso particular de los cánceres del recto ampular diferencia detalladamente la liberación pósterolateral por el plano correcto o por el más fácil e incorrecto próximo al recto, el pasaje ventral mediano entre el recto y la vejiga en el hombre, y la sección de los nudos pelvianos ventrolaterales.

La *Quinta Parte* se refiere a aspectos específicos del *Postoperatorio* y se sigue de una *Bibliografía Uruguaya* y de una *Bibliografía Citada*.

En el libro se incluyen los correlatos de:

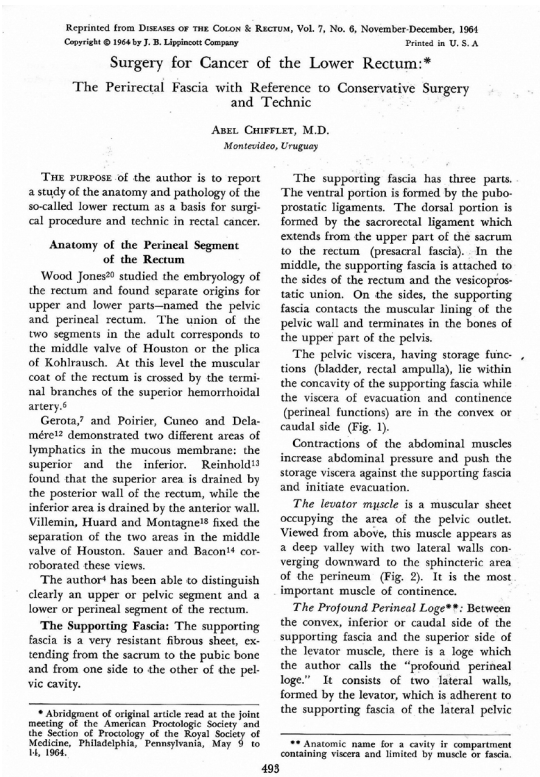
- Alberto Aguiar: Caracteres anatómicos del cáncer del recto y ano en relación con el tratamiento.
- Helmut Kasdorf: Radioterapia y quimioterapia del cáncer de recto. Radioterapia del cáncer anal.
- Julio Viola Peluffo: Aspectos urogenitales del tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto.

El libro termina con un complemento constituido por varios artículos breves, seguramente escritos por Chifflet, referidos al diagnóstico de los cánceres de recto, a la anatomía y fisiología del recto normal y operado, a los tejidos perirrectales, a la evolución de la cirugía de los cánceres del recto, y a las directivas quirúrgicas en el tratamiento de los mismos.

### *e.- Surgery for Cancer of the Lower Rectum: The Perirectal Fascia with reference to Conservative Surgery and Technic* (161)

Es un resumen de la presentación de Chifflet en la Reunión Conjunta de la American Proctologic Society y la Sección de Proctología de la Royal Society of Medicine, que se realizó en Filadelfia entre el 9 y el 14 de mayo de 1964.

Fue el broche de oro de su producción y su consagración internacional, porque le permitió exponer ante un auditorio de cirujanos colo-rectales probablemente más calificados del mundo en ese momento, los conceptos que elaboró durante varias décadas y dieron sólido fundamento al tratamiento quirúrgico selectivo del cáncer de recto bajo.



Reprinted from Diseases of the Colon & Rectum, Vol. 7, No. 6, November-December, 1964
Copyright © 1964 by J. B. Lippincott Company
Printed in U. S. A

Surgery for Cancer of the Lower Rectum:*

The Perirectal Fascia with Reference to Conservative Surgery and Technic

Abel Chifflet, M.D.
*Montevideo, Uruguay*

The purpose of the author is to report a study of the anatomy and pathology of the so-called lower rectum as a basis for surgical procedure and technic in rectal cancer.

**Anatomy of the Perineal Segment of the Rectum**

Wood Jones[20] studied the embryology of the rectum and found separate origins for upper and lower parts—named the pelvic and perineal rectum. The union of the two segments in the adult corresponds to the middle valve of Houston or the plica of Kohlrausch. At this level the muscular coat of the rectum is crossed by the terminal branches of the superior hemorrhoidal artery.[6]

Gerota,[7] and Poirier, Cuneo and Delamére[12] demonstrated two different areas of lymphatics in the mucous membrane: the superior and the inferior. Reinhold[13] found that the superior area is drained by the posterior wall of the rectum, while the inferior area is drained by the anterior wall. Villemin, Huard and Montagne[18] fixed the separation of the two areas in the middle valve of Houston. Sauer and Bacon[14] corroborated these views.

The author[4] has been able to distinguish clearly an upper or pelvic segment and a lower or perineal segment of the rectum.

**The Supporting Fascia:** The supporting fascia is a very resistant fibrous sheet, extending from the sacrum to the pubic bone and from one side to the other of the pelvic cavity.

The supporting fascia has three parts. The ventral portion is formed by the puboprostatic ligaments. The dorsal portion is formed by the sacrorectal ligament which extends from the upper part of the sacrum to the rectum (presacral fascia). In the middle, the supporting fascia is attached to the sides of the rectum and the vesicoprostatic union. On the sides, the supporting fascia contacts the muscular lining of the pelvic wall and terminates in the bones of the upper part of the pelvis.

The pelvic viscera, having storage functions (bladder, rectal ampulla), lie within the concavity of the supporting fascia while the viscera of evacuation and continence (perineal functions) are in the convex or caudal side (Fig. 1).

Contractions of the abdominal muscles increase abdominal pressure and push the storage viscera against the supporting fascia and initiate evacuation.

*The levator muscle* is a muscular sheet occupying the area of the pelvic outlet. Viewed from above, this muscle appears as a deep valley with two lateral walls converging downward to the sphincteric area of the perineum (Fig. 2). It is the most important muscle of continence.

*The Profound Perineal Loge***: Between the convex, inferior or caudal side of the supporting fascia and the superior side of the levator muscle, there is a loge which the author calls the "profound perineal loge." It consists of two lateral walls, formed by the levator, which is adherent to the supporting fascia of the lateral pelvic

* Abridgment of original article read at the joint meeting of the American Proctologic Society and the Section of Proctology of the Royal Society of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, May 9 to 14, 1964.

** Anatomic name for a cavity ir compartment containing viscera and limited by muscle or fascia.

493

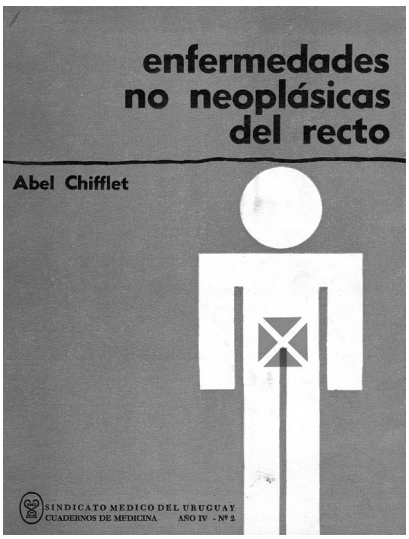
Describe la logia perineal profunda, el segmento perineal del recto, la extensión extramural de los cánceres de este segmento con invasión local de la logia y metástasis por las vías ventrolaterales, que para ser extirpadas exigen la amputación rectal por vía perineo-abdominal.

### *f.- Libro: Enfermedades no neoplásicas del recto* (165) .

Fue el último trabajo de Chifflet. Lo estaba elaborando desde hacía cierto tiempo, y en la convalescencia de su última enfermedad le dio un fuerte impulso, que no fue suficiente para terminarlo.

Sus discípulos creyeron conveniente divulgarlo sin modificar nada de lo que él escribió con el criterio que, aun estando inconclusos, sus capítulos contenían muchos conceptos de gran utilidad práctica.

Lo hicieron dos años después de su muerte, en 1970, año en que el Sindicato Médico del Uruguay cumplió cincuenta años, motivo por el que decidió publicarlo como merecido homenaje a un *"hombre íntegro, docente excepcional"*.




Tapa del Libro póstumo *Enfermedades no neoplásicas del Recto,* Montevideo, Sindicato Médico del Uruguay, 1970.

El libro tiene ciento catorce páginas y trece capítulos, referidos a la anatomía y fisiología del órgano, el estudio del enfermo, las directivas quirúrgicas en el recto y en el ano, y luego a enfermedades puntuales: heridas y cuerpos extraños, prolapsos, inflamaciones, abscesos y fístulas, fístulas interglúteas (coccígeas), hemorroides, fisura, incontinencias y disquezias y coccigodinia. Tiene 31 referencias bibliográficas cada una con un pequeño resumen.

Resume conceptos expresados en sus trabajos anteriores, y los aplica a las enfermedades no neoplásicas, con lo que completa su visión sobre la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de este órgano.

### *g.- Otros diez trabajos de Chifflet sobre recto.*

### *g.1.- Extensión caudal de la exéresis en el cáncer del recto alto* (121)

Es una comunicación de cuatro observaciones de cáncer múltiple del recto dentro de una serie de 50 cánceres rectales, que le llevaron a analizar la extensión caudal de la resección rectal. Mereció extensos comentarios

de los Doctores Del Campo, Etchegorry, Cendán y Karlen que fueron respondidos por Chifflet.

Señala que en los cánceres del recto que están por encima del fondo de saco de Douglas, puede haber lesiones cancerosas distales por bloqueo metastásico ganglionar masivo con inversión del flujo linfático y metástasis retrógradas, por cancerización de adenomas múltiples preexistentes, por cáncer multicéntrico o por metástasis por implantación en la mucosa.

No se enrola en la posición de cirujanos de gran jerarquía que en esa época (1954) aún sostenían que la amputación abdominoperineal era la mejor operación para los cánceres de recto de cualquier topografía.

Concluye para la práctica, que en los cánceres del recto alto debe examinarse cuidadosamente el resto del órgano por tacto rectal, endoscopía y tacto bajo anestesia en busca de otros tumores, que la exéresis debe comprender la totalidad del recto alto y que el recto residual debe ser examinado periódicamente.

### *g.2.- Principios directivos en la cirugía del Cáncer del Recto* (130)

Es un relato presentado en la Reunión Extraordinaria de las Sociedades de Gastroenterología del Uruguay y Argentina de Proctología realizada en Montevideo en mayo de 1956.

El relato está estructurado en dos partes.

En la primera expone las directivas quirúrgicas generales respecto a:

- La extensión de la exéresis visceral: total del órgano o segmentaria. Se pronuncia por la total pero señala que él reconoce en el recto cuatro órganos o segmentos.
- La extensión de la exéresis perivisceral.
- La ampliación de la exéresis por razones no cancerológicas: vasculares, técnicas o para restauración.
- Las vías de exéresis: abdominal, perineal, abdominoperineal o perineoabdominal y cómo condicionan la exéresis perivisceral.
- La restauración del tránsito.
- El drenaje.

En la segunda parte se ocupa de las variaciones operatorias por circunstancias particulares: lesiones benignas extendidas, lesiones malignas múltiples, adenopatías de aspecto neoplásico, invasión visceral vecina, y dificultades para la exéresis mínima o para la anastomosis.

### *g.3.- Cáncer de recto* (135)

Es su participación en un panel sobre este tema integrado L. Del Portillo, C. Naunton Morgan, A. Yódice y S. Jarpa Orrego, realizado en 1957 en el Primer Congreso Internacional de Proctología.

***g.4.- Cirugía en el cáncer de ano. Nuevas técnicas en cirugía*** (136)

Es la publicación del texto de una conferencia dictada en un curso de la Clínica Quirúrgica B en 1957.

***g.5.- Cáncer de recto; amputación o resección*** (139)

Es la publicación del texto de una conferencia dictada en el Undécimo Congreso Peruano de Cirugía realizado en Lima en 1958.

***g.6.- Bases anatómicas para la cirugía del cáncer de recto*** (141)

Es la publicación del texto de una conferencia dictada en el Octavo Congreso Brasilero de Proctología realizado en Río de Janeiro en 1958.

***g.7.- Tratamiento del cáncer de recto*** (142)

Fue una conferencia dictada en 1959 en el Congreso Interamericano de Cancerología de Buenos Aires.

***g.8.- La evolución de la cirugía de los cánceres de recto*** (143)

Fue una conferencia dictada en 1959 en un Curso intensivo de la Clínica Quirúrgica B.

***g.9.- Tratamiento quirúrgico de los Cánceres del Recto*** (146)

Es el relato al 11º Congreso Uruguayo de Cirugía, que como él mismo señaló fue la parte medular de su libro Tratamiento de los Cánceres de Recto.

***g.10.- Anatomía Funcional del Recto. Aplicaciones en el diagnóstico y en el tratamiento*** (158)

Es el relato a los Congresos de Proctología realizados en Montevideo en forma simultánea en 1963 (Primero Uruguayo, Segundo Latinoamericano y Tercero Internacional).

Tiene 22 páginas y resume el estado de sus concepciones sobre la anatomía y fisiología del órgano, que no difieren sustancialmente de las expuestas en sus libros.

***h.- Los trabajos de Chifflet sobre los cánceres del recto desde la perspectiva actual***

Luego de analizar en conjunto y en el contexto de su época los trabajos de Chifflet sobre anatomía, patología y cirugía del recto, pueden extraerse las siguientes conclusiones sobre lo que significaron:

1º.- En anatomía, describió cuatro segmentos del recto definidos no por la distancia al ano, sino por sus relaciones y su función. Y en la pelvis una serie de láminas conjuntivas que fueron objeto de mucha polémica, pero que investigaciones actuales e independientes confirman que indudablemente existen [183].

2º.- En patología jerarquizó el concepto de que los cánceres de los distintos segmentos del recto tienen formas específicas de diseminación. Este concepto legitima la cirugía selectiva para cada uno de ellos, conservadora del recto distal y el ano en todo lo posible y razonable, difiriendo así del de otros cirujanos que realizaban la clásica operación de Miles en todos los cánceres de recto, cualquiera fuera su topografía.

3º.- En técnica quirúrgica, por lo menos en nuestro medio, contribuyó en forma importante a sistematizar y simplificar los tiempos fundamentales de la cirugía abierta rectal y anal - entonces la única disponible - que planteaban dificultades y riesgos a la mayoría de los cirujanos.

La cirugía rectal en aquella época:

- trataba un mayor porcentaje de cánceres rectales avanzados.
- no contaba con el efecto reductor del tratamiento radio-quimioterápico previo (neo-adyuvancia).
- consideraba límites de seguridad de la sección del recto distal al tumor más amplios que los actuales. En 1954 Chifflet afirmó: *"Nosotros no hacemos conservación del esfínter en los cánceres situados por debajo del Douglas, sino que amputamos totalmente el recto. En los tumores del Recto alto hacemos con frecuencia resección con conservación del recto perineo-pelviano."* [121]
- no contaba con instrumentos (valvas separadoras, dispositivos de iluminación y aspiración, clips, bisturí ultrasónico o de radiofrecuencia para hemostasis y sección) que permitieran la movilización del recto distal con la facilidad y bajo una visión comparable a las actual.
- para la restauración de la continuidad digestiva por anastomosis colo-rectal luego de la resección rectal, sólo contaba con la técnica manual. Por la estrechez de la pelvis en los abordajes transabdominales éstas sólo podían hacerse hasta cierto nivel distal del recto.

Para la anastomosis luego de resecciones por cánceres del recto pelviano Chifflet ocasionalmente hacía la anastomosis colo-rectal previa eversión del cabo inferior [130]. Además *"Algunas veces restauramos como D'Allaines por vía perineal, pero en la práctica corriente hacemos la restauración por vía abdominal."* [121] No empleaba las técnicas de resección y anastomosis por vías posteriores tipo Kraske, ni el pull through de Babcock y Bacon.

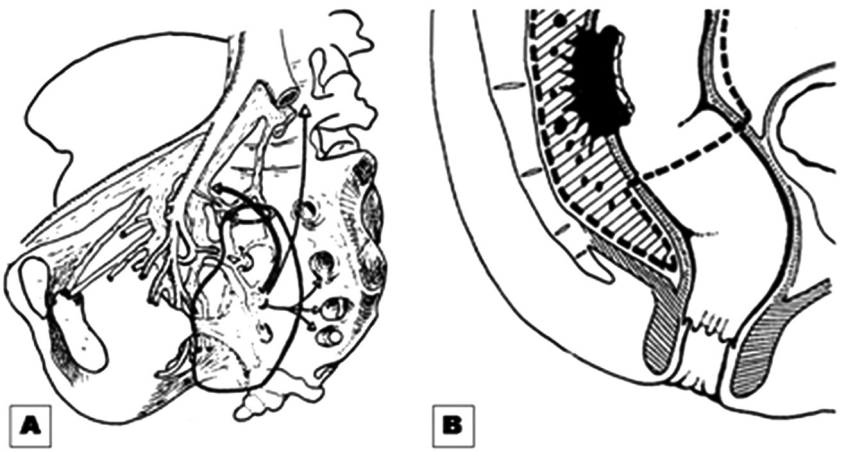
Por su respeto por la integridad de las estructuras de anatomía compleja y función diferenciada como el ano, probablemente hubiera sido reticente en aprobar técnicas transesfintéricas como la de York Mason utilizada desde

1961 por este autor para resección local de cánceres de recto y grandes tumores vellosos, pero divulgada un año después de la muerte de Chifflet [190].

Las pinzas de sutura mecánica, que con sorprendente facilidad hoy permiten hacer anastomosis colo-rectales mucho más distales que la sutura manual, se hicieron accesibles varios años después. A partir de las pinzas de sutura mecánica rusas de la década de 1950 a las que se hace referencia en el capítulo 11, Mark M. Ravitch en Estados Unidos desarrolló modelos más perfeccionados, que hacia 1964 comenzaron a fabricarse comercialmente. Se inició así un proceso de desarrollo interactivo de nuevas modalidades de anastomosis digestivas y nuevos diseños de pinzas, que insumió varios años en extenderlas a todo el mundo.

Por todas estas razones en la época de Chifflet las amputaciones abdomino-perineales eran bastante frecuentes.

4°.- Tanto en las amputaciones como en las resecciones anteriores de recto, Chifflet no ignoraba los ganglios retrorrectales y jerarquizaba su exéresis. En su libro Tratamiento de los cánceres del Recto [151] los grafica en la figura que se adjunta y dice: *"Sobre la superficie ventral del ligamento* (se refiere al ligamento sacro-rectal), *es decir, en el espacio retrorrectal, hay vasos sanguíneos de poca jerarquía y formaciones linfoganglionares importantes, descritas ya en el siglo pasado por Gerota y por Cuneo y Marcille, con el nombre de ganglios retrorrectales. No deben confundirse con los ganglios pararrectales que acompañan el pedículo hemorroidal superior. Reciben una importante corriente linfática del recto. Desde ese grupo ganglionar la corriente linfática no sigue por la parte media hacia el promontorio, sino que por un lado y otro, va a los ganglios situados sobre el borde posterior de la arteria hipogástrica, aplicados a la vena hipogástrica dorsal y de allí a los ganglios ilíacos primitivos.*




**A.** Los Ganglios linfáticos del dorso del recto según Chifflet (Tomado de su libro: *Tratamiento de los Cánceres de Recto*. Montevideo. 1961).
**B.** El Mesorrecto (Tomado de Heald R, Husband E, Ryall R. *The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence?* Br J Surg. 1982; 69: 613-616.

*Cuando por vía abdominal se introduce la mano contra el promontorio hacia la concavidad sacra, se reconocen, a veces, formaciones ganglionares que parecerían estar junto al hueso y son, en realidad, del ligamento sacrorrectal. El ligamento, sus elementos, deben abordarse por el perineo, para extirpar con el recto."*

Así apuntaba al objetivo descrito y popularizado veinte años después por Richard J. Heald de la Basingstoke Bowel Cancer Clinic de Hampshire, Inglaterra y hoy afianzado mundialmente, de la resección completa de lo que actualmente, sin tener en cuenta la definición anatómica clásica de meso, se denomina mesorrecto [184] [185].

Chifflet no empleó ese término, y por su sólida formación anatómica clásica muy probablemente se hubiera sumado a los que lo rechazan por conceptualmente inapropiado.

5º.- Chifflet hacía la exéresis perivisceral rectal siguiendo la guía de las láminas conjuntivas pelvianas. De este modo realizaba una resección monoblock de los tejidos linfograsosos de las caras dorsal y laterales del recto, que se extirpaba con su estuche intacto. De modo que, sin conocerlos, se ajustaba a los criterios de calidad que hoy se tienen para considerar correcta la extirpación del mesorrecto.

6º.- Los avances que se produjeron desde que Chifflet publicó sus trabajos sobre este tema no han cambiado sustancialmente los conceptos patológicos que presiden la realización técnica, sino sólo a la forma y el instrumental empleado para ésta.

7º.-En la opinión del autor, a las técnicas abiertas descritas por Chifflet hoy sólo se le pueden reprochar dos cosas.

La primera es que no enfatiza claramente la posibilidad de metástasis retrógradas en los ganglios del mesorrecto distales al tumor, que justifican la resección sistemática de todo éste como actualmente preconiza Heald.

La segunda es que la resección de la lámina abdómino-pélvica que él realizaba, implicaba el sacrificio sistemático del nervio presacro.

## 8.- TRABAJOS SOBRE COLON

Se consideran a continuación de los de recto y ano por lo que la patología y cirugía de estos órganos tienen de común. Considerados en conjunto, los trabajos de Chifflet sobre estos segmentos del tubo digestivo distal prácticamente igualan en número a los que dedicó a la Equinococosis.

### *a. Trabajos sobre Colopatía diverticular*

Los más importantes son:

### *a.1.- La Cirugía en la diverticulitis del sigmoides* (124)

Este trabajo, que comunica 18 observaciones que habían requerido operación, fue leído en las Jornadas Nacionales de Gastroenterología de diciembre de 1954 y publicado en 1955 en el Día Medico Uruguayo, una revista que llegaba a todos los médicos del país. Fue de utilidad para actualizarlos y aclararles las entonces bastante confusas indicaciones terapéuticas de esta enfermedad.

En la primera parte repasa brevemente tres operaciones que habían caído en el olvido y describe las operaciones de exclusión y drenaje, la colostomía y la colectomía.

En la segunda parte dedicada a las indicaciones terapéuticas señala que, aunque la decisión final no sea quirúrgica, para tomarla siempre se requiere el juicio de un cirujano, como en la apendicitis y el cáncer.

En principio la operación es la colectomía segmentaria, que en función de la situación y las lesiones del enfermo (operación de elección por empujes recidivantes, por fístula, por oclusión, por abscesos, por hemorragias menores y mayores, o por peritonitis) puede necesitar operaciones previas exploratorias o preparatorias.

En la tercera parte enumera y describe las técnicas operatorias y se detiene en la colectomía segmentaria, cuya extensión condiciona a la extensión de las lesiones. En este trabajo no señala la necesidad de incluir en la extirpación la zona rectosiemoidea que hoy se conoce como zona de alta presión.

### *a.2.- La pansigmoiditis de origen diverticular. Imagen radiológica especial por trayectos supurados subserosos* (132)

Presenta un paciente en que el estudio radiográfico contrastado mostró una colopatía diverticular y una imagen alargada de 10 cm. paralela a la luz intestinal cuya interpretación dio lugar a diversas opiniones.

El paciente fue operado, con buena evolución. El estudio de la pieza de resección sigmoidea mostró que la imagen correspondía a un trayecto supurado que se extendía por la subserosa a lo largo de las bandeletas, constituyendo una pansigmoiditis. Señala el interés de no confundir esta imagen con fistulizaciones extraviscerales.

### *a.3.- Complicaciones de la Colopatía Diverticular* (157)

Se presentó en los Congresos de Proctología realizados en Montevideo en forma simultánea en 1963 (Primero Uruguayo, Segundo Latinoamericano y Tercero Internacional).

Expresa que basándose en estudios clínicos y anatomopatológicos se ha conducido a una desintegración del estudio de la enfermedad.

Describe tres tipos anatomoclínicos que tienen sus propias complicaciones y pueden asociarse:

1. La colopatía diverticular por malformación, propia de niño, que no tiene alteraciones de la dinámica del colon y tiene una única complicación que es la diverticulitis.
2. La colopatía diverticular por hipertonía del adulto emocionalmente lábil, predominante en el sigmoides y cuya complicación es la diverticulitis.
3. La colopatía diverticular por hipotonía propia del viejo, más difusa, asociada a alteraciones vasculares, cuya complicación es el sangrado o la perforación isquémica.

Un buen comentario sobre este trabajo es el que hizo José Alfredo Dos Reis Neto cuando en 2005 lo volvió a publicar como artículo clásico en la Revista Brasilera de Coloproctología [173].

**COMENTARIO DE JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO [173]**

*"Conocí a Abel Chifflet en 1963 durante el II Congreso de la ALAP (entonces era la Asociación Latino Americana de Proctología), realizado en Montevideo.*

*Un anatomista excelente, siempre interesado por el aparato digestivo, en especial por el colon y el recto.*

*Asistiendo a su presentación sobre la enfermedad diverticular, definiendo la misma con mucha claridad y con excelentes imágenes de comprobación, comprendí que debía cambiar mis conceptos anteriores y procuré tener su orientación al respecto.*

*Persona extremadamente afable, me concedió minutos y minutos todos los días del Congreso. Desgraciadamente su definición de la enfermedad diverticular, tal vez por su muerte prematura, no fue comprendida por todos. Las escuelas americana y europea la desconocen y siguen con esquemas y definiciones que no se basan en la fisiopatología de la enfermedad.*

*Este concepto de la enfermedad diverticular basado en el estudio de la musculatura del colon es de extrema importancia y debe ser el concepto vigente. Enfermedad diverticular hipotónica y enfermedad diverticular hipertónica son enfermedades diferentes no sólo por su fisiopatología sino también por los síntomas y por consideraciones terapéuticas.*

*Este trabajo inicial de Chifflet claramente describe no sólo los síntomas de las mismas sino que también aclara las eventuales complicaciones que pueden ocurrir y sobre las posibilidades de tratamiento.*

*En estos cuarenta años hemos tratado de extender sus estudios y definir métodos diagnósticos basados en los recientes desarrollos tecnológicos."*

Cuando conoció a Chifflet Dos Reis Neto tenía pocos años de graduado. Luego fue un prominente coloproctólogo brasilero, Profesor de Cirugía en la Universidad Católica de Campinhas, y Presidente de la Sociedad Brasilera de Colo-proctología, de la Sociedad Latino Americana de Coloproctología y del XIII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Cirujanos Colorrectales Universitarios.

Años después escribió dos libros: Coloproctologia Atual y New Trends in Coloproctology [194] [195]. En los capítulos sobre colopatía diverticular de ambos describe las dos formas de colopatía, pero no menciona a Chifflet y sólo en la bibliografía del primero incluye la referencia de su trabajo.

Merece señalarse que, más allá de si es o no original de Chifflet, la denominación de colopatía diverticular fue divulgada por él en nuestro medio.

Y que en los años siguientes a su presentación original en el Congreso Chifflet fue relacionando ciertos tipos de colopatía con el contenido de fibra de la dieta, pero no tuvo la oportunidad de hacer publicaciones al respecto.

### *b.- Trabajos sobre el colon desfuncionalizado o detransitado*

En 1959 en un correlato al de Colostomías del 10º Congreso Uruguayo de Cirugía [144], Chifflet se refirió al colon que llamó desfuncionalizado, que es el privado totalmente de la llegada de materias fecales por una colostomía que deriva totalmente las materias fecales al exterior, o por una obstrucción.

Señaló que habitualmente el colon desfuncionalizado se consideraba un órgano en reposo pero que, en base a su experiencia clínica, este concepto debía discutirse.

Las consecuencias de esta detransitación son múltiples y muchas de ellas de interés para el cirujano.

En el colon hasta entonces normal:

- Disminución del calibre y de la irrigación parietal.
- Disminución del peristaltismo que se vuelve inoperante.
- Contracción de los sistemas esfinterianos del recto que contribuye a la retención del contenido, que hace aconsejable la dilatación digital periódica del esfínter.
- Conservación de la dinámica voluntaria rectal (esfuerzos de pujo, tos o vómito).
- Aumento considerable de células mucinosas en la mucosa.
- Contenido formado por restos de materias fecales, abundante mucus, y eventualmente sangre, fecalomas u otros materiales ( baritomas, etc.).
- Flora bacteriana modificada: escasa flora colónica normal y bacterias que no son propias de ella, a veces muy patógenas, responsables de sepsis que aparecen en forma espontánea o después de operaciones sobre el colon o el recto.

Consideraba importante minimizar estos inconvenientes suprimiendo la hipertonía anal y administrando pequeños enemas suavizantes y antisépticos.

En el colon patológico sin oclusión, la desfuncionalización produce mejoría de los procesos inflamatorios parietales y pericolónicos no abscedados, detención de las hemorragias de las diverticulitis de los ancianos, pero no cierra las fístulas de esta enfermedad y hace que los procesos inflamatorios y cicatrizales tiendan a producir estenosis.

En el colon con oclusión las alteraciones parietales secundarias a ésta tienen una regresión lenta.

Chifflet distinguió el colon desfuncionalizado de otras dos situaciones en que se disminuye pero no se suprime el flujo fecal:

- El colon degravitado por colostomías laterales o anastomosis laterolaterales.
- El colon diverticulizado por una anastomosis término-lateral o laterolateral con cierre del colon intermedio.

Años después cambió la denominación por colon detransitado [165] [172], que sólo marca que no tienen tránsito pero no prejuzga sobre las modificaciones que ello pueda producir, en tanto que la de colon desfuncionalizado, de uso más corriente, es inapropiada porque *"la supresión del tránsito crea en el colon o en el recto una nueva fisiología y una nueva patología, no sugerida por el término."*

### *c.- Trabajos sobre hemorragias digestivas bajas*

Fueron dos trabajos sobre diagnóstico y tratamiento de esta entidad publicados en 1962 en la Prensa Médica Argentina.

### *c.1.- Hemorragias digestivas bajas* [153]

No tiene otro interés que una esquematización conceptual del encare clínico-terapéutico de esta situación, en la época en que la endoscopía y la radiología tenían un desarrollo insuficiente.

Señala que es un término de orden clínico porque el origen del sangrado puede ser gastroduodenal, y que el diagnóstico de la causa simplifica en forma tal la participación del cirujano, que éste debe extremar la investigación diagnóstica para no dar un paso en falso.

Divide a ésta en tres partes:

- La información suministrada por el internista.
- El interrogatorio y el examen realizado por el cirujano.
- La investigación radiológica y endoscópica.

En cuanto al tratamiento considera cuando el diagnóstico lesional es conocido (colitis ulcerosa, cáncer, pólipo, colopatía diverticular), y cuando no lo es.

### *c.2.- Tratamiento de las hemorragias masivas del colon y el recto* [154]

Fue presentado en el Primer Congreso Argentino de Proctología realizado en Iguazú en 1961.

Señala la necesidad de internar al paciente, tratar las consecuencias de la hemorragia, hacer el diagnóstico causal de la misma y tratarla describiendo dos situaciones: con diagnóstico conocido de la lesión causante, y sin diagnóstico de ella.

En esta última situación se refiere:
- al tratamiento incruento (coagulantes y enemas)
- a la indicación operatoria que no debe ser dogmática sino basada en características de la hemorragia y del enfermo y en el posible proceso causal, y que siempre debe ser oportuna.
- y al desarrollo operatorio, en el que considera todas las posibilidades, incluso aquella en que no se encuentra la lesión causal y en que es discutible la conducta a seguir (resección, derivación o nada).

Es interesante que a propósito de los casos en que la exploración operatoria no mostró la causa, no se hizo nada y la hemorragia operatoria se detuvo, señaló: *"Debemos pensar en las modificaciones de aflujo sanguíneo por acción vascular funcional y en las influencias sobre las hemorragias de los fenómenos de "stress". Si consideramos además la posibilidad de importantes hemorragias colónicas así como gastroduodenales por "stress" después de traumatismos y operaciones, vemos abrir un importante camino para una nueva orientación terapéutica."* Era 1961 y hacía sólo 4 años que se había inventado el fibrogastroscopio que ensanchó los horizontes del conocimiento de la patología gástrica.

### *d.- Trabajos sobre aspectos de táctica y de técnica quirúrgica*

Fueron tres.

### *d.1.- Factores de éxito en la colectomía en un tiempo* (81)

Debe destacarse porque fue realizado en 1944, época en que prevalecía el concepto de cirugía de colon en etapas.

Presenta el caso de una paciente alemana de 70 años, con buen estado general y un cáncer del inicio del colon descendente, que aceptaba ser operada a condición de que no se le hiciera ano contra natura, ni se dejara tubo o mecha, amenazando con autoeliminarse si no se cumplía su voluntad. Su hija apoyaba esta decisión en todos sus extremos.

Chifflet la operó sin poder preparar suficientemente el colon por la oclusión, y realizó una colectomía amplia y ensanchada a los vasos gastroepiploicos y la cola del páncreas, seguida de anastomosis latero-lateral y sección del esfínter liso del ano en la línea media posterior.

El postoperatorio fue normal.

Analiza los múltiples factores técnicos y anestésicos que contribuyeron al éxito, y se detiene en la quimioterapia antiinfecciosa con sulfatiazol en la herida y sulfasuxidina vía oral pre y postoperatoria.

Analiza las orientaciones de entonces para disminuir los efectos perjudiciales del microbismo cólico sobre el peritoneo: vacunas, preparación del peritoneo por vacunas locales, nucleinato, líquido amniótico, y disminución del contenido bacteriano del colon (en la que sin utilizar el término reconoce la resistencia: *"los que salen de la acción de la sulfasuxidina exalta rápidamente su virulencia").*

Los otros dos trabajos se refirieron a las colostomías:

***d.2.- Las claudicaciones orificiales de la colostomía*** (145)

Analiza las evisceraciones, la debilidad parietal en embudo, las hernias, los prolapsos mucosos, el prolapso por inversión intestinal simple y el prolapso por eversión por hernia.

***d.3.- Indicaciones de la colostomía*** (162)

Es una editorial de la Revista de Cirugía del Uruguay publicado en 1966.

Los progresos en la cirugía del colon obligan a revisar las indicaciones de colostomía, una operación con riesgos e inconvenientes propios, que produce trastornos económicos, penurias, angustia por suposición de malignidad, etc.

La indicación es incuestionable en amputaciones de recto y en procesos obstructivos no extirpables o no tratables por derivación interna, en cuyo caso debe estar cerca del proceso patológico y no crear condiciones que permitan accidentes en asa cerrada.

Otra indicación es con el propósito de detransitar el colon para tratar diversos procesos:

- Fístulas. Las simples no las necesitan porque curan con eubiosis y obtención de materias pastosas. Las inveteradas dependen de un proceso patológico, un orificio labiado o una obstrucción distal por lo que tampoco están indicadas.
- Hemorragias. Señala su efecto en las de la colitis ulcerosa, y las de la colopatía diverticular hipotónica del viejo.
- Inflamaciones agudas y crónicas; no tiene indicación.

La colostomía del preoperatorio de cirugía del colon tiene cuatro objetivos:

- Enfriar o limitar la inflamación.
- Modificar la consistencia y septicidad de colon.
- Mejorar las paredes del colon para las maniobras quirúrgicas y las suturas.
- Restablecer el estado general.

Señala que su indicación debe establecerse frente a cada enfermo, pero puede adelantar una orientación general para el cáncer y la colopatía diverticular.

La colostomía para proteger una sutura colónica dudosa no puede tranquilizar; es mejor rehacerla o renunciar a la restauración.

***e.- Miscelánea de trabajos sobre colon***

***e.1.- Vólvulo de sigmoides*** (15)

Son tres observaciones de 1932, cuando era Cirujano Adjunto de Juan C. Del Campo en el Servicio de Guardia del Hospital Maciel.

Las comunicó a la Sociedad de Cirugía para:
- enriquecer la casuística.
- señalar la insuficiencia del tacto rectal como elemento de diagnóstico.
- discutir las indicaciones del enema opaco que son selectivas y debe ser hecho por el cirujano.
- señalar su técnica apropiada, a baja presión.
- comentar las formas clínicas del vólvulo agudo: tipo obturación o con sufrimiento vascular.
- y mostrar los tratamientos de necesidad realizados por el mal estado general de los tres pacientes.

### *e.2.- Evolución de un megacolon total operado* [40]

Fue una colaboración de Chifflet con el Profesor Stajano en la comunicación de una observación clínica a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Pasteur. No se ha conservado su texto.

### *e.3.- Infarto del colon transverso* [45]

Seis meses después de su comunicación sobre un infarto uterino post aborto [35], Chifflet comunicó esta otra observación de infarto visceral.

Era un campesino de 43 años que luego de una comida copiosa rica en picantes tuvo un dolor periumbilical brusco e intenso seguido de vómitos, y diarrea sanguinolenta profusa. Tenía antecedentes de un cuadro similar que se resolvió espontáneamente.

Consultó a los tres días del inicio con buen estado general y se hizo diagnóstico clínico-radioscópico y humoral de oclusión intestinal planteándose, por la existencia de deposiciones sanguinolentas, la posibilidad de una invaginación o de un infarto.

En la operación se encontró un infarto evolucionado del colon transverso, con múltiples trombosis venosas; se resecó sin restablecer la continuidad.

El estudio anatomopatológico minucioso e ilustrado con microfotografías, confirma el origen venoso del infarto.

El trabajo se extiende en la explicación patogénica, que es similar a la del trabajo sobre el infarto uterino post aborto [35].

## 9.-TRABAJOS Y LIBRO SOBRE CIRUGÍA DEL ESTÓMAGO Y DUODENO

El interés de Chifflet por la Cirugía de estos órganos se manifestó inicialmente con tres trabajos publicados antes de la década de 1950.

***a.- Las perforaciones gastroduodenales en el último trienio en el Hospital Maciel*** (6)

Fue una colaboración con Velarde Pérez Fontana en el análisis muy detallado de 39 observaciones de perforaciones gastroduodenales.

***b.- El cáncer del estómago*** (22)

Es una extensa puesta al día publicada en tres partes en Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades, y reproducida en el Día Médico de Buenos Aires como una colaboración uruguaya.

Se centra en evitar, con los recursos de la Medicina de entonces, tres errores:

- dejar llegar a la incurabilidad por falta de diagnóstico.
- creer erróneamente en el primer examen que es incurable.
- no prolongar la vida de pacientes ciertamente incurables.

En la primera parte, señala la necesidad de diagnóstico precoz para que el cirujano pueda curar la enfermedad. Las causas de demora pueden estar en ésta, en el enfermo o en el médico. Las dificultades de diagnóstico precoz se debían a que sólo se disponía de tres procedimientos de diagnóstico: la radiología, hecha *"por un radiólogo competente y no por un simple aficionado a la pantalla"*, la impresión clínica y la laparotomía exploradora, y a los problemas de diagnóstico diferencial con la úlcera simple.

En la segunda parte analiza los factores que permiten evitar el lamentable error de considerar un cáncer gástrico como incurable, cuando no lo es. Analiza con detenimiento el estado general, la localización proximal del tumor, y su extensión local, ganglionar y a distancia.

En la tercera parte se ocupa del tratamiento paliativo, que prolonga la vida y evita el sufrimiento del pacientes y que no debe olvidar la posibilidad de un error diagnóstico y de que aparezca algún nuevo tratamiento. Describe la psicoterapia, el tratamiento médico y el quirúrgico que es el que permite abrigar las mayores esperanzas porque no raramente permite operaciones radicales de intención curativa en enfermos considerados "incurables". Analiza la laparotomía, la gastrectomía, la exclusión del tumor, la electrocoagulación, la yeyunostomía y la gastroenterostomía.

***c.- Ulcus duodenal*** (48)

Es una nota editorial aparecida en el primer número científico de la revista del Sindicato Médico del Uruguay Acción Sindical en 1939. Chifflet era el presidente de la División Científica de éste y director responsable de la revista.

El número contiene nueve trabajos sobre diversos aspectos de la enfermedad que conforman un testimonio del estado del conocimiento y de la terapéutica de la misma en esa época.

En la nota Chifflet señala que cada conferencista expuso su criterio personal sin acuerdo previo, que todos se centraron en el mismo asunto, que no es sólo una lesión en el duodeno sino una afección general de orden tisular y humoral, que es diagnosticable sólo por el interrogatorio pero que necesita el diagnóstico radiológico para reconocer ciertas características.

Tiene sus propias complicaciones, en general graves, el tratamiento médico más eficiente es el régimen y las medidas dietéticas y, como muchos de sus factores causales varían de un enfermo a otro, se debe estudiar si es más apropiado seguir un tratamiento médico o quirúrgico.

Este número se agotó a poco de su salida y por ello fue re-editado en 1944.

– – –

Hacia 1950 el conocimiento de las enfermedades del estómago era limitado y su diagnóstico usualmente se basaban en la clínica, la radiografía contrastada "clásica" (no existían las técnicas de doble contraste modernas), y el estudio del líquido gástrico. La endoscopía era rígida (la fibroóptica apareció en 1957) y no se prodigaba. En ese contexto produjo los nueve trabajos y el libro que siguen.

### *d.- La abertura visceral previa en cirugía gastroduodenal* (104)

Este trabajo, presentado al Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía en 1951, analiza este entonces importante paso del desarrollo operatorio para completar el diagnóstico.

Señala que esta maniobra, bien realizada, no es shockante, pero implica ciertas dificultades técnicas y riesgos de infección sobre todo cuando se opera por cáncer gástrico.

Después de analizar distintas situaciones (divertículos del estómago; úlceras, cánceres y su diagnóstico diferencial; cabo duodenal; exéresis gástrica por úlcera; antiguos operados), concluye que la indicación de esta maniobra surge del balance criterioso de factores favorables y desfavorables, pero que si es necesario no debe evitarse, porque *"el resultado operatorio no se mide por la elegancia de la operación sino por la actividad que puede desarrollar el operado en el futuro."*

### *e.- Exploración operatoria de la tercera porción del duodeno* (106)

Como el trabajo anterior, se refiere a un aspecto técnico, que se basa en los conocimientos anatómicos aplicados que adquirió cuando preparó su Tesis para la Beca anual de la Facultad de Medicina (3).

La exploración defectuosa de esta porción del duodeno deja sin diagnosticar y tratar sus enfermedades.

Su exploración por vía lateromesentérica derecha está dificultada por el acolamiento del mesocolon derecho, que hay que seccionar cuidando no herir sus vasos. Así se accede a su cara anterior, pero debe movilizársela seccionando la lámina conjuntiva avascular resistente que desde su borde inferior se dirige al promontorio. Entonces se entra en la logia celulosa en que se encuentra y se puede explorar su cara anterior, borde inferior y cara posterior. Ésta última se ubica en la gotera lateroverteBral derecha, separada del pedículo renal por un plano celuloso en el que las dilataciones de esta porción del duodeno encuentran su espacio de expansión natural.

– – –

En esa época los conceptos patogénicos sobre la enfermedad ulcerosa gastro-duodenal eran limitados.

Se consideraba una enfermedad psicosomática relacionada con el ácido. El uso generalizado de los antiinflamatorios no esteroideos, actualmente la segunda causa mayor de úlcera péptica, comenzó en la década de 1970. El conocimiento del Helicobacter pylori y su importante papel en la génesis de gran parte de las úlceras duodenales y de más de la mitad de las gástricas, data de la primera mitad de la década de 1980 [203] .

La cirugía gástrica resectiva se prodigaba, porque había llegado a un destacable nivel de seguridad en su realización, curaba un alto porcentaje de las enfermedades que trataba, y aportaba los datos anatomopatológicos de éstas.

Pero muchas veces dejaba consecuencias que constituían una nueva enfermedad, que era insuficientemente conocida y no sólo causaba molestias importantes al paciente, sino que era responsable de cierto porcentaje evitable de mortalidad.

– – –

Chifflet se ocupó de este aspecto evolutivo cercano y alejado de las operaciones sobre el estómago en dos trabajos presentados en la Sociedad de Cirugía y en tres conferencias.

En estos cinco trabajos refleja los conceptos patogénicos sobre la enfermedad ulcerosa que existían entonces, y planteó algunas hipótesis fisiopatológicas que no demuestra, y que con los conocimiento actuales tal vez merecerían importantes críticas.

Pero lo interesante y aún hoy muy útil para la Cirugía, es que:

1°.- Señaló que la gastro-pilorectomía, operación más frecuente sobre el estómago, suprime un segmento del tubo digestivo y crea una nueva disposición anatómica que consta de dos sistemas:

- principal de progresión alimenticia (estómago, anastomosis, yeyuno silenciado, anillo yeyunal distal y yeyuno eferente).

- diverticular de naturaleza enzimática (duodeno, colédoco y Wirsung, ángulo duodeno-yeyunal y yeyuno aferente).

Para que esta nueva disposición funcione correctamente importan las dimensiones de la neoboca, la velocidad de vaciado, la orientación yeyunal, la existencia de dispositivos valvulares y en definitiva, la coordinación entre el sistema principal y el diverticular.

2º.- La patología del gastrectomizado no es una patología del remanente gástrico sino una patología del intestino anastomosado a éste.

Estos conceptos son el fundamento del diagnóstico causal, la exploración operatoria y el tratamiento quirúrgico de todos los trastornos post gastrectomía.

### *f.- Gastrectomía suprapilórica y úlcera yeyunal* (113)

Es una observación presentada en la media hora previa de la sesión científica de la Sociedad de Cirugía.

Era un enfermo a quien un cirujano capaz y experimentado cinco años antes había realizado una gastrectomía por un ulcus duodenal, en la que por dificultades técnicas debió conformarse con una resección gástrica supra-pilórica.

Consultó por hemorragias digestivas, el estudio radiográfico mostró una úlcera yeyunal y Chifflet lo operó con tres posibles puntos de ataque: la anastomosis gastroyeyunal y su ulcus, y la zona pilórica que en ambos casos pudo resecar, y la sección vagal que tenía en reserva por si no hubiera podido hacer lo primero.

Señala la importancia de la persistencia de mucosa antral en el origen de la úlcera yeyunal, insiste en que deben evitarse las gastrectomías suprapilóricas, describe los inconvenientes de la resección de la mucosa del antro remanente respecto a la que se pronuncia en contra, y describe la técnica que utiliza para el manejo quirúrgico del duodeno profundamente alterado por el ulcus duodenal.

### *g.- Gastrectomía. Obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal. Ulcus yeyunal* (120)

Presenta un caso ilustrativo de sus conceptos sobre las condiciones que crea la gastrectomía.

A la semana de una gastropilorectomía con gastroyeyunostomía oral parcial retrocólica por un ulcus gástrico yuxtapilórico, el paciente hizo una dehiscencia del muñón duodenal con fístula duodeno-cutánea total. Describe su interpretación (oclusión del asa aferente o sistema diverticular), todas las posibilidades terapéuticas quirúrgicas con sus ventajas e inconvenientes y elige la resección de la neoboca. Al reoperarlo encontró además un ulcus yeyunal que atribuyó a la falta de jugo duodenal en la neoboca. Realizó la resección prevista seguida de enteroenteroanastomosis y gastroenterostomía distal a ella, operación que llevó al paciente a la curación.

El trabajo se sigue de los comentarios que mereció, más extensos que él y muy interesantes porque fueron hechos por cirujanos muy destacados del momento que expusieron su experiencia y muchas de sus ideas respecto a la fisiología y patología del gastrectomizado.

***h.- Cirugía de la úlcera yeyunal postoperatoria*** (119)

Su texto, de catorce páginas, fue publicado en 1954 en la Revista Brasilera de Gastroenterología.

Toma como ejemplo la úlcera que aparece luego de una gastrectomía con gastroyeyunostomía.

Repasa los fundamentos patológicos para la acción quirúrgica en este tipo de úlcera: el conflicto entre la acción agresiva, importante en las gastrectomías y la resistencia vital de los tejidos. Describe sus conceptos funcionales sobre la nueva situación creada por una gastrectomía con gastroyeyunostomía, con las unidades funcionales de sus sistemas principal y diverticular, y la patología del ulcus yeyunal que es compleja. La secreción gástrica es el responsable directo, pero hay múltiples otras causas en el sistema principal y en el diverticular que el cirujano debe conocer y buscar.

Describe el tratamiento quirúrgico, en el que jerarquiza el conocimiento integral del enfermo, su preparación para la operación, la exploración abdominal que debe seguir una sistematización que describe, y el plan terapéutico con dos directivas: exéresis de la úlcera yeyunal y restauración de la normalidad funcional de la región.

***i.- Reintervenciones alejadas sobre el estómago*** (168)

Fue una conferencia pronunciada en la Clínica del Profesor Del Campo.

***j.- Patología inmediata del operado gástrico*** (171)

Fue el relato oficial al II Congreso Argentino de Gastroenterología de 1953.

– – –

Los trabajos restantes sobre Cirugía Gástrica son:

***k.- Gastrectomía total y anastomosis en Y por neoplasma de cardias*** (118)

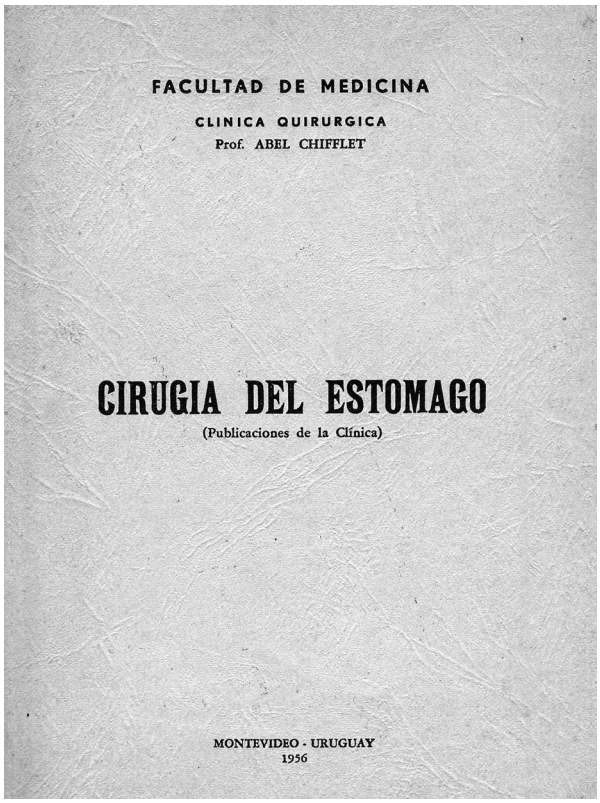
A propósito de un caso personal con estudio radiográfico postoperatorio precoz, hace unas breves consideraciones.

***l.- Libro: Cirugía del Estómago 1956*** (131)

En 1956, siete de estos trabajos de Chifflet, junto con otros seis de sus colaboradores Alberto Aguiar, Eduardo Anavitarte, Héctor Ardao, Ma-

rio Bossano y Rubén Varela Soto, sobre patología (adenomatosis gástrica; gastritis crónica y su potencial evolutivo; prolapso mucoso del antro) y cirugía (descenso de la pequeña curva; gastrectomía por úlcera perforada y sangrante; diagnóstico diferencial en el curso de la operación entre ulcus y cáncer del estómago), fueron reunidos en el libro Cirugía del Estómago, primero de una serie de Publicaciones de la Clínica, que no continuó.

Fue comentado en diversas revistas entre ellas en el "Journal de Chirurgie".




Tapa del Libro *Cirugía del Estómago*. Montevideo. Clínica Quirúrgica del Profesor Abel Chifflet. 1956.

**A. Chifflet. — Chirurgie de l'estomac (Cirurgia del estomago)** [1 vol., 214 p., (Publication de la *Clinique Chirurgicale de la Faculté de Médecine de Montevideo*, 1956)].

Ce livre groupe une série de 13 articles, communications, conférences se rapportant à la Chirurgie de l'estomac, présentés au cours de Congrès ou choisis parmi les leçons de la Clinique chirurgicale du professeur Chifflet, qui a signé lui-même la moitié d'entre eux.

Les problèmes les plus divers y sont traités ; je citerai parmi les principaux : la pathologie de l'estomac opéré, le traitement de l'ulcère peptique, les réinterventions sur l'estomac, l'adénomatose gastrique, la gastrite chronique, le diagnostic différentiel peropératoire de l'ulcère et du cancer gastriques, le prolapsus muqueux de l'antre...

Cet ouvrage, qui ne représente que l'un des tomes d'une série publiée sur les travaux de la Clinique chirurgicale de Montevideo, fait honneur au professeur Chifflet et à son Ecole.

R. Gueullette.

Comentario sobre el libro de Chifflet "*Cirugía del Estómago*" aparecido en el Journal de Chirurgie. (J. Chir. 1958; 75: 328).

### *m.- La región de la neoboca en una gastro-pilorectomía parcial antigua* (133)

Es un trabajo realizado con Alberto Aguiar en el que se comunican los hallazgos anatomopatológicos en un caso.

## 10.-TRABAJOS SOBRE EL RAQUIS Y LA MÉDULA ESPINAL

Chifflet publicó diez trabajos sobre raquis, un área de interés que, teniendo en cuenta las ya analizadas que fueron las mayores responsables de su notoriedad, resulta un tanto sorprendente.

Hay que recordar que en la época en que la mayoría de ellos fue publicada (desde mediados de la década de 1930 a mediados de la siguiente), en nuestro medio la cirugía osteoarticular y la neurológica aún no se habían desprendido del tronco de la Cirugía General. Y además que por su actividad médica evaluando incapacidades en la Caja de Jubilaciones, Chifflet debe haber percibido y valorado la importancia de las que provocan estas enfermedades.

### *a.- La espina bífida oculta y la sacralización de la 5ª lumbar* (10)

Es una observación en colaboración con Juan Francisco "Papá" Canessa, Profesor libre de Clínica Quirúrgica en la sala Francisco Cabrera del Hospital Maciel.

Se trataba de un paciente a quien se le realizó una laminectomía y se extirpó la brida de Delbet y Leri del ligamento amarillo, curando toda su sintomatología, hecho del que se extrajeron importantes observaciones.

Interesa porque indirectamente muestra que entre Alfonso Lamas (en cuya Clínica Chifflet ya era Profesor Agregado) y Juan F. Canessa existía una relación amplia que permitía la actuación de los integrantes de una en la otra, lo que no ocurría entre Lamas y Navarro (175).

### *b.- Calcificación del núcleo pulposo intervertebral* (53)

Es el primero de dos trabajos hechos en colaboración con el Dr. Víctor Soriano.

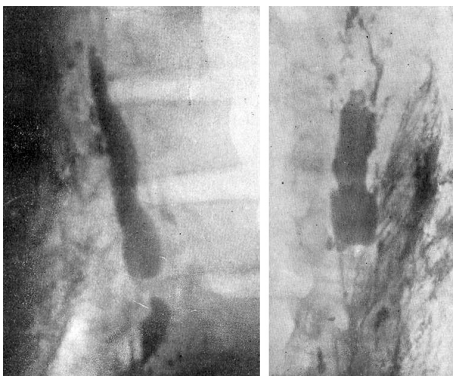
Presenta una observación en una joven mujer extranjera, aquejada de dolores dorsales, que afectó el disco D6-D7.

Por su ubicación posterior, la calcificación era del núcleo pulposo. Descartó alteraciones del metabolismo cálcico, por lo que su causa debía ser local, debiendo discutirse si era congénita, inflamatoria o degenerativa. Se inclinó por esta última porque la paciente había vivido experiencias extremas durante la guerra. Discutió su significación como causa de problemas y mediante una mielografía la descartó.

### *c.- Hernia posterior del núcleo pulposo* (54)

Es el segundo trabajo con Soriano.

Resume la historia del conocimiento del disco intervertebral y su constitución y menciona la multiplicidad de sus alteraciones propias o secundarias a las vertebrales. Se ocupa de la protrusión posterior como causa de compresión radículo-medular. Y presenta un caso de ciática en el que la clínica, el examen del líquido cefaloraquídeo permitieron sospechar este diagnóstico y que la espinografía lipiodolada confirmó al mostrar una imagen característica.



Mielografía lipiodolada en la hernia posterior del núcleo pulposo.

Indicó tratamiento quirúrgico que el enfermo no aceptó, describe las técnicas existentes y señala que los resultados no siempre son completamente satisfactorios.

Es considerado el primer caso en la literatura nacional en que se hizo diagnóstico radiográfico, no operatorio (204).

### *d.- La columna vertebral en los aneurismas de aorta* (63)

Fue realizado con Hugo Méndez Aserito que luego tuviera una larga actuación como cirujano en Mercedes.

Estudia varios pacientes y piezas de museo y considera cuatro grupos de circunstancias en que una buena interpretación de una placa de columna permite hacer un diagnóstico exacto:

- Coexistencia de lesiones vertebrales con un aneurisma aórtico diagnosticado.
- Coexistencia de lesiones vertebrales con un tumor torácico o abdominal que no se sabe que es un aneurisma.
- Síntomas medulares, radiculares o vertebrales aislados o predominantes.
- Síntomas variados.

Describe las imágenes radiográficas destructivas muy típicas y las productivas (condensación en creciente y las formas artrítica y osteofítica que hasta entonces no habían sido citadas y que, si se desconocen, llevan a serios errores de diagnóstico).

Corresponde recordar:

- que para el diagnóstico de esta situación los únicos procedimientos de imagen de la época eran la radiografía simple y la tomografía lineal.
- que el tratamiento de los aneurismas por sustitución del segmento afectado primero por un homoinjerto y luego por una prótesis arterial, recién fue posible en una época posterior, a partir del año en que Chifflet comenzó a desempeñarse como Profesor de Clínica Quirúrgica [180].

Por lo tanto en la época en que este trabajo fue realizado, los aneurismas aórticos proximales (luéticos) y distales (arterioescleróticos) podían alcanzar enormes dimensiones y provocar profundas alteraciones del raquis vecino.

***e.- Tratamiento quirúrgico de la ciáticas por malformaciones de la 5ª lumbar*** [68]

Analiza las malformaciones de las diferentes partes de la vértebra y su relación con el sufrimiento doloroso.

- **Sacralización** (apófisis transversa que contacta o articula – neoartrosis - con el sacro o el ilíaco)
  Los huesos se constituyen sobre un molde mesenquimatoso blando que se adapta a las formaciones que en el adulto constituirán las partes blandas, por lo que las malformaciones óseas no son causa de compresión de los troncos nerviosos como prueban observaciones anatómicas y quirúrgicas.
  La explicación del dolor tampoco está en procesos degenerativos de esa neoartrosis, sino en la constante unilateralidad o asimetría de la sacralización que determina que el apoyo de la 5ª lumbar sobre el sacro no se haga de un modo regular.
- **Hiatus posterior** (alteraciones del arco posterior).
  Analiza detenidamente las posibles causas y concluye que la falta o asimetría del arco posterior de la 5ª vértebra lumbar, que es la directora del sector homónimo de la columna, lleva a una alteración morfológica y sobre todo funcional del complejo sistema músculo-ligamentoso de la masa común lumbar.
- **Hiatus lateral** (alteraciones de los pedículos).
  La dehiscencia permite a veces el deslizamiento anterior del cuerpo vertebral (espondilolistesis) que no se acompaña del deslizamiento del arco posterior cuyo funcionamiento (y a veces el de la 4ª y 3ª vértebra) resulta seriamente perturbado.
- **Falta de apófisis articulares inferiores.**
  Acompaña con frecuencia a las dos malformaciones anteriores.

———

Concluye para la práctica:

- No toda malformación produce sufrimiento.
- Las malformaciones siempre son regionales.

- La causa del dolor es la injuria de todo el aparentemente grosero pero en realidad delicado sistema de los arcos posteriores de la zona o región, provocada por movimientos que no le son propios.
- Las personas con una malformación de la 5ª vértebra lumbar pueden estar en período de compensación funcional espontánea, de estabilización (que requiere tratamiento medicamentoso e inmovilización), o de tolerancia completa por adaptación orgánica y funcional.

### *f.- Paraplejia por aracnoiditis espinal. Operación. Curación* [72]

Es una observación presentada en la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Pasteur.

Más que para hacer su comentario, la referencia a este trabajo es para señalar que en su época de Profesor Agregado en la Clínica quirúrgica de Carlos Stajano, Chifflet tuvo actividad como neurocirujano. En 1944, en sus Méritos, Títulos y Trabajos [77], mencionó que en ese período hizo 39 trepanaciones, y además laminectomías, sacralizaciones y operó espinas bífidas.

Y además, para destacar el inicio del vínculo entre Chifflet y Román Arana Iñiguez quien luego fuera el segundo profesor de la especialidad de nuestra Facultad de Medicina.

Fue el único trabajo que hicieron en colaboración.

### ROMÁN ARANA IÑIGUEZ [205]

Nació en 1909; era cinco años menor que Chifflet y gran admirador de éste.

Cuando a mediados de la década de 1930, recién llegado de Estados Unidos, Chifflet comenzó a actuar como Profesor Agregado en la Clínica de Stajano, éste le asignó la realización de las escasas operaciones neuroquirúrgicas que se hacían en la misma. Chifflet que conocía el interés de Arana, lo invitó a participar en el estudio de esta Cirugía, a ayudarlo en las operaciones, y hasta le permitió operar y hacer el primer colgajo osteoplástico en ese Servicio.

La personalidad de Chifflet fue uno de los factores que incidieron en que Arana se dedicara a la neurocirugía. En su clase inaugural Arana dijo que Chifflet fue un *"gran pedagogo, como no hemos encontrado otro…"*, y que su estudio y actividad operatoria conjunta con Chifflet constituyó para él *"un magnífico aprendizaje"*.

Como Chifflet, Arana tenía una profunda admiración por la Cirugía y la formación quirúrgica estadounidense y similar concepto respecto a la importancia de la enfermera en Cirugía. Como se relata en el capítulo 10, en 1947 durante su Decanato Chifflet incluyó a Arana en la Comisión encargada de estudiar todos los asuntos de la Escuela Universitaria de Enfermería. El proyecto de creación de ésta, aprobado por el Consejo de la Facultad el 3 de julio de 1947, fue elevado a la Universidad en un documento que lleva las firmas de Abel Chifflet, Román Arana, Juan C. Castiglioni, y Rodolfo Tálice.

Años después cuando Arana era Profesor de Neurocirugía continuaba trasmitiendo un profundo sentimiento de respeto por Chifflet.

Como se relata en el capítulo 11, en cierto momento pidió a éste que le recomendara algún joven cirujano general para que se encauzara hacia la Neurocirugía. Después de algunos ofrecimientos Chifflet sugirió a Julio O. Fregeiro, que luego también fue Profesor de esta especialidad.

### *g.- Diagnóstico causal en ciáticas y lumbagos* (75)

Resume una conferencia pronunciada en Rocha en el Congreso Médico del Este el 19 de diciembre de 1943.

En él sostiene que la investigación diagnóstica debe hacerse en el siguiente orden:

- Causas generales.
- Causas neurológicas.
- Causas viscerales.
- Causas ortopédicas raquídeas que son muy numerosas, y reúne en seis grupos que ilustra con 30 figuras originales.

Que el mecanismo de acción de todas ellas es la inestabilidad de la columna por el sufrimiento funcional de los arcos posteriores y todo el complejo sistema de músculos, tendones y espacios celulosos de la masa común que los movilizan.

Que tienen un tratamiento común que consiste en ponerlo en reposo (analiza el valor de la cama, los corsets, las fajas de franela, los aparatos de yeso) y, si es posible, equilibrar el sistema.

### *h.- Cirugía y lumbagos y ciáticas* (76)

Es el último de cuatro trabajos publicados en un número científico de Acción Sindical en 1943.

A partir de las causas y concepciones de la enfermedad que describe en el trabajo precedente, Chifflet concluye que la cirugía es de eficaz colaboración en el diagnóstico, y que como tratamiento tiene indicación:

- Para tratar la causa.
- Para tratamiento del sufrimiento.
- Como paliativo.

### *i.- Anatomía funcional de la columna vertebral* (78)

En el Primer curso de Técnica Radiológica realizado en el Instituto de Radiología en 1944, Chifflet dio una conferencia que fue publicada como folleto, y también en la Revista Médica Brasileira.

Se refiere a la columna en el ser vivo para dar a una colección de imágenes radiográficas *"el complemento indispensable para pensar frente a ellas en enfermos y no en lesiones."* Destaca que la columna no es una torre de acero sino un órgano cuya estructura está en continua mutación subordinada a la función, que es diferente en sus distintos segmentos.

De la lectura del final del trabajo, se deduce que ese día esta conferencia precedió a una de Navarro, a quien Chifflet introdujo con mucho afecto.

## 11.-TRABAJOS SOBRE LA PARED ANTERO-LATERAL DEL ABDOMEN Y LA HERNIA INGUINAL DIRECTA

Chifflet desarrolló una concepción anatomo-funcional muy elaborada de la pared antero-lateral del abdomen, destacable por su coherencia, por su utilidad para la elección de las incisiones en el sector supra-umbilical de la misma, y para comprender y tratar las hernias inguinales directas.

Su primera expresión fue un trabajo de 1941 sobre la incisión transversa supra umbilical y las complicaciones pulmonares postoperatorias [57] y continuó con siete trabajos sobre las hernias inguinales:

a.- La hernia inguinal [61].
b.- Comentario sobre la recidiva herniaria inguinal [62].
c.- La hernia inguinal directa [100].
d.- Tratamiento de la hernia inguinal directa [101].
e.- Técnica operatoria en la hernia inguinal [126].
f.- La hernia inguinal recidivada [152].
g.- Fisiopatología de la Región Inguinal [160], trabajo que hace una síntesis muy clara y concisa y complementa con el concepto y hermosos dibujos sobre las riendas.

Lo que sigue es una síntesis de los principales conceptos que contienen esos trabajos.

### A.- LOS TRES SISTEMAS ANATOMOFUNCIONALES DE LA PARED ANTEROLATERAL DEL ABDOMEN

Las observaciones personales cadavéricas y operatorias de más de 20 años con su concepto de la Anatomía Regional Dinámica, llevaron a Chifflet a concebir el tronco como dos cajas unidas por la columna lumbar:

- una superior o torácica, de función respiratoria.
- otra inferior o pelviana, de orientación próxima a la horizontal.

Los músculos que van del tórax a la pelvis forman el *Sistema de la dinámica del tronco*, que permiten que la columna lumbar se extienda (masa lumbar) se flexione (recto anterior del abdomen), y se lateralice o rote (haces costo-ilíacos de los músculos anchos y cuadrado lumbar).

Este sistema es cruzado por dos sistemas musculares de significado visceral:

- el sector supraumbilical de los músculos anchos de la pared abdominal al que llamó *Sistema de la dinámica respiratoria*, que describió en el trabajo sobre la incisión transversa supraumbilical [57] y que luego llamó *Sistema epigástrico* [160].

- las láminas tendinosas del Oblicuo Menor y el Transverso de ambos lados, que forman el *Sistema de la cincha* - que luego llamó *Sistema hipogástrico* [160] - que oficia de tapa de la caja pelviana y se oponen a la presión que en posición de pie el contenido abdominal ejerce sobre la pared abdominal infra-umbilical. En su porción medial, se une a la cara anterior del pubis, por debajo de la inserción del Recto Anterior, mediante una lámina que permite la acción de cincha: el "tendón conjunto", de consistencia variable y en general delgado. En su porción lateral, muscular, es independiente de la arcada crural. Como sus fibras son horizontales su contracción lleva hacia afuera el borde lateral de la parte aponeurótica; el tan repetido descenso como una cortina se debe a un error de apreciación anatómica (que hace insertar al tendón conjunto en el pubis y la cresta pectínea) y a un error de razonamiento fisiológico (que adjudicó a los músculos de la pared una función de cierre de la cavidad).

Entre los sistema epigástrico e hipogástrico está la hendidura umbilical.

El borde inferior del sistema de la cincha hipogástrica está separado de las estructuras firmes de la pelvis por la hendidura inguinal, que tendería a aumentar durante la contracción muscular pero se le oponen un sistema de riendas, mediana (fibras del oblicuo mayor que se insertan en el pubis) y laterales (fascia transversalis, fibras del recto y del plano posterior).

## B.- LA REGIÓN INGUINAL

Chifflet señaló que *"... ha sido motivo de numerosos e interesantes estudios..."* cuya lectura *"... permite concluir que hay en ellos dos motivos serios de error"*.

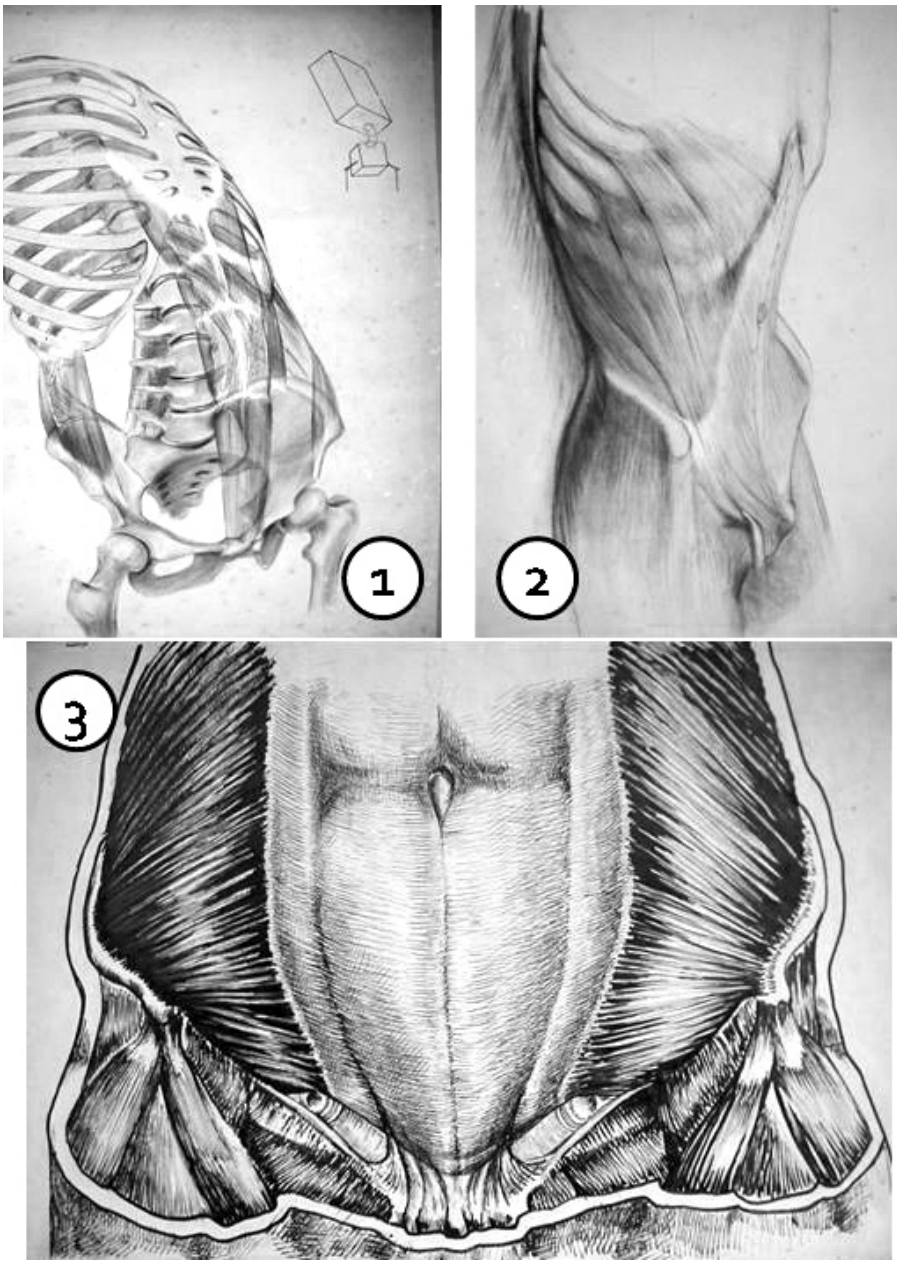
1º.- Muchos autores repiten, sin la debida confrontación anatómica, afirmaciones que fueron erróneas en su origen, se deformaron al pasar de un autor a otro, o se alteraron por defectos de traducción.

2º.- La región inguinal ofrece tantas variaciones individuales, que más de un visitante de anfiteatro, encuentra una disposición que no figura en los textos clásicos con la que en su escritorio edifica una nueva descripción de la región.

En 20 años de cirujano y 25 de actuación en el Instituto de Ciencias Morfológicas ha hecho incontables observaciones con el criterio de que la anatomía responde a exigencias funcionales y continuamente recibe iniciativas y confirmaciones de la Clínica y de la Cirugía.

Las variaciones de la región inguinal responden al principio de que ellas son frecuentes donde falta la autonomía funcional. En ella confluyen los sistemas de la cincha y de la dinámica del tronco, cuyos desarrollos diversos le imprimen esa variabilidad [100].

Hacia afuera y hacia adentro están superpuestos. Entre el borde externo del Recto Anterior y el pilar externo del trayecto inguinal, queda un ángulo abierto arriba y afuera, cubierto en forma parcial por fibras musculares del Oblicuo Menor y Transverso. En la zona no cubierta, la presión abdominal es resistida por el tejido conjuntivo subperitoneal organizado en fascia transversalis. Se opone a ella por su estructura, por su organización en ligamentos (de Henle, de Hesselbach, y de Thompson) cuya variabilidad ha conducido a descripciones múltiples y extravagantes, y porque es tensada por la contracción del Recto Anterior o del Oblicuo menor y Transverso a los que se fija sólidamente, fortificando el borde inferior de ambos.




1945-50 *Concepto anatomofuncional de Chifflet sobre la pared abdominal.*
Láminas originales hechas dibujar por Chifflet en la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria, con sus conceptos sobre la pared abdominal
1.- Sistema de la dinámica del tronco.
2.- La cincha hipogástrica.
3.- Los músculos profundos de la cincha

## C.- LA HERNIA INGUINAL DIRECTA, SU CAUSA Y SU TRATAMIENTO

En 1941 Chifflet publicó un estudio estadístico sobre la frecuencia de esta hernia, el porcentaje que se operaba, la mortalidad operatoria y el índice y las causas de sus recidivas, que le llevaron a concluir que más importante que la técnica operatoria era la selección de los pacientes y los cuidados postoperatorios [61].

Diez años después, señaló que la hernia inguinal directa es un problema que debía interesar seriamente a los cirujanos ya que es frecuente, origina complicaciones e invalidez, carece de tratamiento quirúrgico estandarizado y tiene hasta un 25 % de recidivas [100].

Se produce en la zona de pared contenida por la fascia transversalis, que unas veces es débil por senilidad, obesidad, caquexia, etc. Otras es resistente, pero los sistemas del marco músculo-aponeurótico fallan o pierden su correlación. Con poca frecuencia la hernia es un orificio de una fascia transversalis resistente.

Más adelante señaló que en la hernia inguinal directa habitualmente el borde inferior de la cincha está elevado, porque las riendas son largas o muy largas [160].

— — —

Chifflet señaló que para progresar en el tratamiento de esta hernia se podían confrontar estadísticamente los resultados de cada técnica pero, como algunos estudios concluían que los datos existentes no eran comparables, prefería estudiar el asunto en forma científica y analítica.

En esa época las hernias se trataban por procedimientos de rafia (suturas). Todavía no se habían descrito los procedimientos de rafia maximalistas como el de Fruchaud [181] [182], y tampoco se habían perfeccionado las mallas protésicas que permitieron el desarrollo explosivo de técnicas de hernioplastia.

Chifflet sistematizó las técnicas existentes y señaló que el cirujano podía fortalecer el plano anterior del oblicuo mayor, lo que tiene un papel secundario, o el plano posterior de la fascia transversalis de múltiples maneras: diversas formas de unión de los bordes del marco fibromuscular, agregado de innumerables materiales de refuerzo inertes o biológicos, o plegamientos de la fascia transversalis.

Analizó los inconvenientes de cada uno en forma detallada, pero para él el más importante era que cualquiera de ellas forma una placa fibrosa uniforme que engloba todos los planos de la pared. Buscando mayor resistencia algunas amontonan planos, violando la fisiología de la región, y los principios de la cicatrización.

Entonces buscó una técnica capaz de respetar la fisiología de la región, evitar los puntos sobre la arcada crural y las rupturas inmediatas de la reparación, así como la creación de un tejido cicatrizal débil por insuficiente diferenciación.

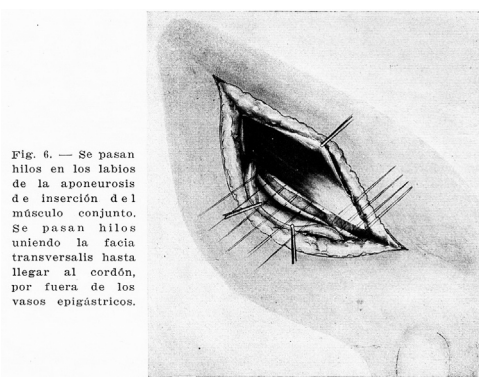


Fig. 6. — Se pasan hilos en los labios de la aponeurosis de inserción del músculo conjunto. Se pasan hilos uniendo la facia transversalis hasta llegar al cordón, por fuera de los vasos epigástricos.

Técnica de Chifflet para tratamiento de la hernia inguinal directa. Esquema de la sutura del plano de la fascia transversalis y de la aponeurosis de inserción del músculo conjunto. Bol Soc Cir Urug. 1955; 26: 358-363.

La técnica de Chifflet desciende las fibras aponeuróticas del sistema de la cincha hipogástrica que forman la hamaca pre- rectal, y por ello el borde inferior del Músculo Conjunto se aplica libre y sano sobre la arcada crural. De este modo la cincha descendida en su conjunto resiste en forma adecuada la presión abdominal y el borde inferior del Músculo Conjunto tensa eficazmente la fascia transversalis corregida, sin menoscabar la contractilidad de sus fibras y su capacidad de desplazamiento hacia afuera y arriba, cumpliendo así su función normal.

La técnica reseca un triángulo sobre la lámina de inserción interna del músculo conjunto, con vértice en la línea media y base en el borde externo del Recto Anterior. Para no aumentar la flaccidez de la fascia transversalis reseca un triángulo de ésta de la extensión necesaria, que forma con el triángulo resecado en la lámina pre-rectal un rombo a eje mayor horizontal.

Luego sutura los bordes del rombo comenzando en el borde interno del orificio profundo del conducto inguinal; cuando llega al borde externo del Recto el cuerpo carnoso del Músculo Conjunto se aplica sobre la arcada, tapando la sutura de la fascia transversalis. Luego continúa la sutura del triángulo de la lámina prerectal hasta la línea media.

En el plano anterior sutura de ambos pilares por debajo del orificio de salida del cordón, que deja lo más afuera posible. Considera que al llegar a la espina del pubis es conveniente continuar los puntos hacia adentro, de modo a provocar un descenso regular y total del sector del oblicuo mayor que actúa en la cincha hipogástrica.

En las hernias mixtas, esta técnica se asocia a la resección del saco oblicuo externo.

———

Chifflet además:

- jerarquizaba la asociación entre adenoma prostático y hernia inguinal directa, en la que el esfuerzo miccional distiende las regiones inguinales y la claudicación parietal dificulta la evacuación de la vejiga. Señalaba que la operación de la hernia antes del adenoma favorece la retención post operatoria de orina, y el esfuerzo para orinar la recidiva de la hernia reparada. Y que la operación del adenoma antes de la hernia trastorna la recuperación de la evacuación por la ineficacia de los músculos de la cincha.
- señalaba que habitualmente la hernia inguinal directa es bilateral y que cuando no es así, el defecto de pared existe del lado aparentemente sano, y la hernia hará su aparición en un plazo más o menos largo, porque la cincha hipogástrica que tiende la fascia transversalis es una formación bilateral y su funcionamiento, como su claudicación, interesa a los dos lados. La operación debe ser pues bilateral.

Los primeros trabajos sobre su técnica de herniorrafia no tienen dibujos, que ulteriormente justificaron un trabajo con ellos [126].

En cuanto a las recidivas herniarias, Chifflet señaló que en realidad son eventraciones donde hubo una hernia que fue operada. En ellas la cortina muscular fue sustituida por un anillo fibroso inextensible y la fisiología del trayecto inguinal es distinta, por lo que deben ser tratadas como eventraciones.

Muchas veces se deben a problemas sociales que obligan a los pacientes a reintegrarse a su trabajo antes de lo que corresponde.

Suelen ser más invalidantes que la hernia inicial, se estrangulan con mayor frecuencia y no siempre deben operarse [62][152].

———

En su momento, pese a que la técnica que describió Chifflet fue elogiosamente comentada por sus colegas en la Sociedad de Cirugía, su utilización no se popularizó y no se hicieron estudios sobre sus resultados.

## 12.- TRABAJOS SOBRE EL SISTEMA VASCULAR DE LOS MIEMBROS

Son cinco. Su interés radica en que, en forma embrionaria pero muy clara, Chifflet adelantó algunos conceptos que luego fueron confirmados por el avance del conocimiento.

### *a.- Fisiopatología del Sistema Venoso* [50]

Es un trabajo especulativo, un *"picoteo"* [50] sobre un tema del que en 1940 se sabía poco, publicado en Acción Sindical que llegaba al público médico general. Está basado en hechos de observación clínica, y en lo que algunos trabajos de los centros de referencia en este tema en esa época comenzaban a indicar. Lo interesante es que en algunos casos intuye o sugiere, y en otros expresa, conceptos cuya validez fue demostrada posteriormente cuando se dispuso de los métodos para ello.

Esencialmente señala que:

1. las venas se agrupan en sistemas, y que cada sistema posee una red fundamental paralela a las arterias y una red suplementaria o colateral, ubicado en medio de tejido adiposo de escasa función, sistema que oficia de reservorio en las situaciones en que hay un flujo sanguíneo excesivo.
2. en los miembros, el sistema venoso de reservorio es el superficial, que no se acompaña de un sistema arterial de similar desarrollo y en el que en el esfuerzo la sangre prácticamente no circula.
3. una misma enfermedad venosa tiene diferentes consecuencias según afecte uno u otro de los dos sistemas.
4. las enfermedades venosas afectan a todas las venas del sistema al que pertenecen las ostensiblemente alteradas.
5. el origen de los trastornos de la insuficiencia venosa es la claudicación de la función de conducto pasivo de las venas, la del endotelio y las alteraciones de los sistemas perivenosos (linfático y nervioso vegetativo).
6. Que la insuficiencia de la función pasiva de conducto se debe:
   - sobre todo a pérdida del sentido normal del flujo por alteraciones valvulares, que conduce a lo que llama *"locura circulatoria"*; se observa especialmente en el miembro inferior como consecuencia de la bipedestación.

- obstáculos mecánicos de diversas causas que sólo son responsables en las trombosis masivas, o cuando se asocian a obstrucción de los linfáticos perivenosos, o a reflejos vasoconstrictores por afectación de los filetes simpáticos perivenosos.

7. Que la estasis sanguínea resultante de cualquiera de esos dos mecanismos provoca trastornos tisulares importantes.
8. Que si bien toda flebitis es una tromboflebitis, hay trombosis sin flebitis.
9. Que hay infartos viscerales debidos a una intensa vasodilatación capilar y venular, que en sus primeras etapas son reversibles con inyecciones locales de adrenalina.

### *b.- Várices* (51)

Aparecido en la misma revista, aplica los conceptos de éste a un problema clínico muy frecuente.

En su primera parte se ocupa de la patología, y señala que las várices:

1. aparentemente están circunscriptas a las venas superficiales, pero son una enfermedad de todo el sistema venoso de los miembros inferiores.
2. son una alteración permanente y patológica de la pared venosa que provoca una dilatación de su luz.
3. afectan al sistema venoso de reservorio, que puede ser suprimido sin mayores consecuencias para el miembro.
4. aumentan la capacidad de éste, la presión de la sangre en su interior y la dilatación venosa, la que provoca nuevas insuficiencias valvulares.
5. que la *"locura circulatoria"*, derivada de la insuficiencia valvular se clasifica en tres grados según afecte sólo al sistema venoso superficial, al comunicante, o a ambos y lo ilustra con esquemas. Que la causa de esta *"locura o anarquía"* es el sistema venoso superficial dilatado, que debe ser resecado para curarla. Que las dilataciones, aún voluminosas, sin estos trastornos circulatorios son simples flebectasias, que no deben ser resecadas porque a veces integran sistemas vicariantes.
6. que aunque su causa esté en el muslo (insuficiencia del cayado), en la práctica las várices son una enfermedad de las venas de la rodilla para abajo, que predominan en el cuello del pie porque es la zona de antagonismo entre el sistema venoso del pie y el del resto del miembro.

En la segunda parte se ocupa de la clínica. Insiste en la consideración de todo el paciente, en la búsqueda de ciertos antecedentes específicos, en el examen del miembro dirigido a su sistema muscular y osteoarticular, a su sistema circulatorio arterial, venoso (se detiene en la descripción de las clásicas pruebas semiológicas), capilar y linfático.

Y en la tercera se ocupa del tratamiento, señalando que en ese momento en que se conocía mejor la enfermedad, se podía diagnosticar más precisamente, se disponía de las inyecciones esclerosantes y se sabía lo que podían dar, la elección del tratamiento apropiado no podía ser objeto de discusiones, de simpatías, ni de preferencias. Describe el tratamiento de algunas situaciones típicas y frecuentes, y termina con un apéndice terapéutico en el que resume su conducta con el tratamiento quirúrgico (sobre las várices o el encharcamiento venoso), esclerosante e incruento (médico).

— — —

A estos trabajos se les puede reprochar que no distinguen entre las várices esenciales y las hoy llamadas post-trombóticas, que no menciona, las várices de las fístulas arterio-venosas traumáticas, entonces más frecuentes que ahora porque los traumatismos vasculares no se operaban sistemáticamente, y que no aluden claramente a la insuficiencia valvular del sistema venoso profundo tan bien estudiada muchos años después con la ecografía.

Pero se les debe reconocer y elogiar que sostienen conceptos patológicos esencialmente correctos, que a partir de las décadas de 1950 y 1960 fueron perfeccionados y popularizados por autores de Inglaterra [179], Francia [187], y Alemania [191], y conceptos hemodinámicos también confirmados más tarde aún [201].

### *c.- Patología vascular periférica* [97]

Es una puesta al día práctica, ayudada con láminas, sobre várices (diagnóstico y tratamiento), flebitis (superficiales y profundas) y amputaciones de muslo (anestesia y técnica).

### *d.- Úlcera de la pierna* [108]

Es un trabajo que tiene el mismo diseño que otros dos publicados en un mismo número de la Revista Médica del Este [109] [110].

A propósito de una enferma con una úlcera de pierna vista en el Hospital, explica en forma sencilla pero clara, concisa, completa y práctica a un público médico general los puntos principales para resolver el problema clínico.

Señala que debe ser tratada con el criterio de que:

a.- existen causas responsables de su producción, que a menudo están asociadas y se deben suprimir: infecciones, microtraumatismos, lesiones óseas subyacentes y estasis circulatoria. Respecto a esta última jerarquiza la importancia de las alteraciones del sistema venoso profundo (obstrucción; o insuficiencia valvular que trataba con ligadura de la vena poplítea, operación que había que reconsiderar porque estaban apareciendo los primeros resultados alejados desfavorables) y la eficacia terapéutica del vendaje colocando una esponja en la zona de la úlcera.

b.- y de que hay una lesión que debe ser reemplazada por tejido normal mediante resección de todos los tejidos afectados por la úlcera o de la cicatriz de ésta, seguida de injerto de piel total.

### *e.- Lesiones vasculares en operaciones sobre el miembro superior* [111]

Es un trabajo que pone de manifiesto la riqueza de conocimientos que Chifflet tenía sobre cirugía vascular.

El abordaje de los miembros es una causa importante de lesiones vasculares porque se hace por las vías de las descubiertas de los vasos cuando debiera hacerse por otras, porque la adherencia de las venas a las láminas conjuntivas que las mantienen abiertas las expone a la lesión más que las arterias, y por el cirujano cuya rudeza maltrata los tejidos blandos, o no termina un tiempo operatorio antes de pasar al otro, o ante una hemorragia imprevista intenta la hemostasis a ciegas aumentando el daño.

Las lesiones vasculares implican:

- pérdida de sangre.
- modificaciones del foco operatorio (infiltración, hematomas compresivos).
- necesidad de hemostasis (repasa los distintos métodos y se detiene en las ligaduras cuya técnica y evolución analiza en detalle).
- repercusión funcional en el territorio respectivo. Analiza las consecuencias de la interrupción aguda de las diferentes arterias del miembro superior, la importancia de alteraciones preexistentes del sistema arterial, y las consecuencias de las ligaduras venosas.

La circulación periférica es una unidad, sobre la que inciden diversos factores. En el postoperatorio jerarquiza la importancia de mantener el miembro en posición de drenaje venoso y otros cuidados, señala lo perjudicial de algunos consagrados por el uso como el calentamiento del miembro y, en un punto final, se ocupa de las hemorragias secundarias.

### *f.- Embolectomía inmediata sin medicación previa y postoperatorio dirigido* (114)

Es un trabajo de 1953 en que comunica una operación de embolectomía directa exitosa del trípode femoral.

Resulta sumamente interesante comprobar que:

a. hizo un diagnóstico topográfico preciso de la embolia (aún no se habían desarrollado los catéteres de embolectomía indirecta, que le hicieron perder importancia).
b. aplicó algunos principios importantes de la cirugía vascular: operación inmediata sin esperar a la fragmentación y migración distal del émbolo, maniobras operatorias suaves, heparinización.
c. Puso en evidencia algunos conceptos generales que se popularizaron años después:
   - La importancia de la arteria no depende de su diámetro sino de su circulación colateral, que es de diferente valor en la actual (periarticular, de las zonas críticas) y en la de necesidad (de los sectores musculares).
   - La importancia del postoperatorio: anticoagulación correcta, miembro en alto y movilización frecuente para evitar el encharcamiento y la trombosis venosa, *"que hace perder miembros salvados de la obstrucción arterial"*. Este último concepto fue jerarquizado recién dos décadas después por la experiencia de los traumatismos vasculares en la guerra de Viet Nam (196).

# 13.- TRABAJOS SOBRE ABDOMEN Y PELVIS (Excluida la Hernia inguinal, la Equinococosis y las Enfermedades colo-rectales)

## A.- SOBRE INCISIONES

### *a.- Apología del Mac Burney* (25)

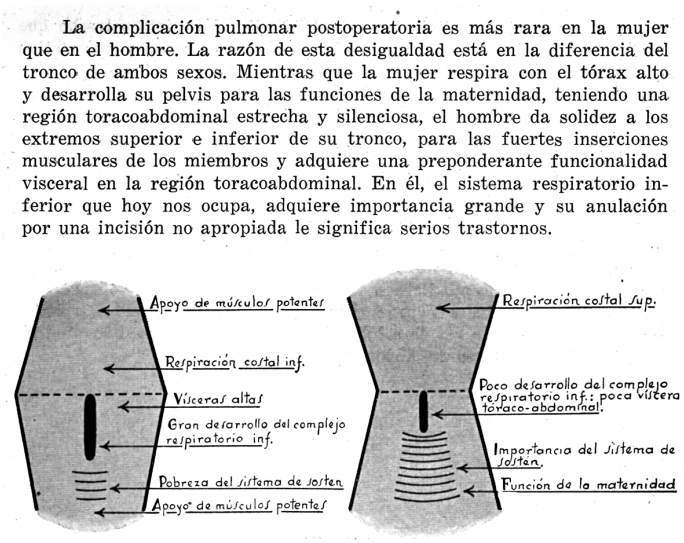
Es uno de sus primeros trabajos. Fue publicado en Cátedra y Clínica. Llama la atención que en el título no haya escrito el apellido McBurney como es correcto.

Señala que no puede haber nada más concreto y más exacto que la descripción de la técnica de esta incisión y que se propone mostrar que tampoco puede haber nada más perfecto.

En siete páginas, nueve partes y cinco figuras, analiza los diferentes planos que atraviesa la incisión bien emplazada, la forma de encontrar el ciego y la última asa ileal, de exteriorizarlos bloqueando la exteriorización de asas delgadas que no corresponden, el orden en que ambos se deben restituir al abdomen luego de la apendicectomía, el momento de colocar un drenaje cuando corresponde hacerlo, y la necesidad de darle un trayecto que no cruce la cavidad abdominal.

### *b.- La incisión transversa supra umbilical y las complicaciones pulmonares postoperatorias* (57)

Fue presentado en las Jornadas Médicas de Carmelo de 1939 y publicado en Anales de la Facultad de Medicina al año siguiente.


La complicación pulmonar postoperatoria es más rara en la mujer que en el hombre. La razón de esta desigualdad está en la diferencia del tronco de ambos sexos. Mientras que la mujer respira con el tórax alto y desarrolla su pelvis para las funciones de la maternidad, teniendo una región toracoabdominal estrecha y silenciosa, el hombre da solidez a los extremos superior e inferior de su tronco, para las fuertes inserciones musculares de los miembros y adquiere una preponderante funcionalidad visceral en la región toracoabdominal. En él, el sistema respiratorio inferior que hoy nos ocupa, adquiere importancia grande y su anulación por una incisión no apropiada le significa serios trastornos.



Fragmento de una página del trabajo de Chifflet: *La incisión transversa supraumbilical y las complicaciones pulmonares postoperatorias.* An Fac Med 1940; 25: 8 págs.

Estudia la Anatomía y Fisiología de la base del tórax y el segmento epigástrico o respiratorio de la pared abdominal con la línea blanca verdadera inserta arriba en el esternón y que como un núcleo fibroso da inserción a los lados a los músculos anchos que actúan sobre los alerones costales e intervienen en la ventilación.

Señala sus diferencias en el hombre y la mujer.

Y demuestra que la incisión transversa respeta la función de esos sistemas musculares, en tanto que las verticales la alteran llegando a interferir con la capacidad de expectorar y a paralizar la base de los pulmones, favoreciendo la aparición de complicaciones pulmonares postoperatorias.

## B.- SOBRE PERITONEO

### *a.- La distensión del peritoneo parietal en las hemorragias subperitoneales en el postoperatorio* (5)

Comunica cinco casos de hemorragia subperitoneal postoperatoria que fueron reoperados o con necropsia. Analiza los mecanismos (renunciando a dar una explicación fisiopatológica detallada), y la variabilidad de los síntomas, y concluye con medidas de prevención y tratamiento útiles para la práctica. Seis años después el trabajo fue incluido en el libro "Shock" de Stajano.

### *b.- Peritonitis por ruptura de un quiste del ombligo* (11)

Comunica una observación de un paciente que operó con diagnóstico de peritonitis apendicular en 1931, cuando era Médico Adjunto de Sala en la Clínica de Alfonso Lamas y hacía su aprendizaje de la cirugía de urgencia en la guardia de Velarde Pérez Fontana.

En la operación comprobó una peritonitis purulenta cuya causa era un quiste dermoide del ombligo infectado y roto en peritoneo. Revisa la bibliografía, señala la rareza de estos quistes, distintos a los debidos a trastornos de la involución del conducto ónfalo-mesentérico, su constante adherencia al peritoneo, la excepcionalidad de la complicación infecciosa peritoneal y se refiere a otro caso no complicado que operó en su sala.

## C.- SOBRE HÍGADO

### *a.- Fibroma de hígado. Exéresis. Curación* (59)

Es un trabajo interesante porque muestra las maniobras de cirugía hepática que se disponía en esa época.

Se trataba de una voluminosa tumoración epigástrica que operó en 1941. Resultó ser un fibroma gigante (del tamaño de dos puños), solitario, de implantación sésil en la parte anterior del lóbulo izquierdo del hígado, que extirpó junto con gran parte de dicho lóbulo, mediante maniobras de hepatotomía digital e instrumental y ligadura de los pedículos vasculares.

Luego de señalar los elementos clínicos y radioscópicos del caso, y la excepcionalidad del mismo, se detiene en consideraciones sobre las distintas técnicas de hemostasis en cirugía hepática que todo cirujano debe conocer porque de su combinación surgen los mejores resultados:

- Compresión temporaria del pedículo, que atribuye a Mc Dill (1912) pero no a Pringle (1908) (193) .
- Sutura hemostática previa.
- Compresión manual o angulación del segmento a extirpar.
- Ligadura vascular previa.
- Bisturí eléctico.

Se refiere favorablemente a la movilización hepática que preconizaban Mérola y Caprio, y a la posibilidad de autotransfusión y hace una alusión a que la literatura era ya bastante rica en extirpaciones de tumores benignos y malignos, y en resecciones en ciertos traumatismos, *"como para considerar obligatoria esta cirugía en medios como el nuestro."*

## D.- SOBRE VÍAS BILIARES

### *a.- La indicación operatoria en los procesos hepato-biliares agudos* (84)

Señala que los procesos hepatobiliares agudos constituían un problema de actualidad e interesaba no resolverlo por intuición, sentido clínico, o estadísticas *"que jamás permitirán dictar normas en las complejísimas situaciones de los hepatobiliares agudos."* (84)

Considera que son afecciones de un conjunto visceral hepático, biliar y pancreático en cuya génesis intervienen fenómenos vasculares, funcionales, canaliculares e infecciosos y cuyos procesos dominantes no son los que dan las manifestaciones clínicas dominantes, ni condicionan el pronóstico.

Y analiza con detalle el amplio espectro de síndromes vesiculares dominantes.

### *b.- La exploración del colédoco en la colecistitis litiásica* (127)

Es un trabajo de 1955 en el que expone sus conceptos para la cirugía de la litiasis biliar en una época en que no existían la ecografía ni las demás formas de diagnóstico por imágenes, ni la cirugía biliar mínimamente invasiva, ni la endoscopía intervencionista.

Con motivo de una exposición de los radiólogos Leandro Zubiaurre y Enrique Capandeguy sobre la colangiografía, que elogia, analiza cómo ésta junto con la exploración visual, palpatoria instrumental y manométri-

ca puede influir positivamente en el planteo terapéutico de la colecistitis litiásica.

Insiste en que las limitaciones de los estudios preoperatorios para el diagnóstico de los procesos de la vía biliar principal no invalidan el principio general de que es necesario hacer un plan terapéutico antes de iniciar un tratamiento, y que es inaceptable esperar la colangiografía postoperatoria para hacerlo.

La colecistectomía cura un alto porcentaje de enfermos pero *"muchos no quedan bien porque el enfermo ha sido víctima del cirujano ya sea por defectos de técnica, por accidentes operatorios, o por un postoperatorio mal dirigido"*, porque *"la cirugía de las vías biliares es una cirugía difícil y puede ser más riesgosa que muchas operaciones de la llamada alta cirugía."*

Muchos enfermos requerían otra operación; además de su proceso vesicular tenían otros en el resto del árbol biliar, el hígado, el páncreas o en vísceras anatómica o fisiológicamente ligadas al árbol biliar, y al reducir la operación a la simple colecistectomía no sólo no se resuelven, sino que pueden perjudicarse seriamente.

Con frecuencia en la colecistitis litiásica la vía biliar principal está afectada por cálculos, infecciones o fenómenos funcionales y su diagnóstico puede ser pre o intraoperatorio.

El diagnóstico preoperatorio del estado de la vía biliar principal:

- cumple con el principio general de cirugía de que es fundamental el conocimiento integral de los procesos antes de la operación.
- da información más exacta en especial sobre aspectos funcionales.
- puede condicionar la indicación operatoria. Debe destacarse que en este punto señala que es posible que en enfermos de riesgo cuya vía biliar principal está sana la vesícula litiásica es una enfermedad menos grave que la operación, con lo que adelanta el concepto del tratamiento selectivo de la litiasis vesicular.
- condiciona el eslabonamiento de la exploración.

Analiza el lugar que ocupan el diagnóstico clínico, la colangiografía preoperatoria y el sondeo duodenal, que ha pasado a un segundo lugar.

No hace exploración instrumental o radiográfica sistemática del colédoco.

Sospecha participación coledociana cuando existe litiasis vesicular a cálculos chicos con cístico dilatado, engrosamiento pancreático o modificaciones del color o la consistencia hepática. Si el estudio preoperatorio y esta exploración fueron normales no hace otra exploración sobre el colédoco.

Si no se dan estas condiciones explora el colédoco. No hace una colangiografía precoledocostomía ni exploración instrumental transcística, sino una coledocostomía longitudinal anterior con exploración instrumental proximal y distal, palpación sobre el instrumento, perfusión con suero a presión, si queda alguna duda, colangiografía de control a la salida, y eventualmente duodenostomía para ver la papila.

### *c.- Consideraciones sobre la Cirugía Biliar. Análisis de 470 observaciones* (137)

Es un estudio descriptivo de su casuística personal privada, presentado a la Sociedad de Cirugía en 1957, que le permite considerar enfermos tratados con cierta uniformidad de criterio y con seguimiento postoperatorio prolongado.

436 pacientes fueron operados por litiasis biliar (el resto fue operado por hidatidosis hepática, cáncer de páncreas o de las vías biliares o por otras causas).

En las indicadas por litiasis analiza la edad (el máximo en los 50 años) y el sexo (67% femenino), la actividad y la coexistencia con hidatidosis hepática, cáncer de vesícula y cáncer de páncreas. Realizó 78 colecistostomías, 340 colecistectomías, 82 coledocostomías y 9 papilotomías, con cinco muertes, una sola de ellas atribuible a la operación practicada.

Concluye que la litiasis biliar debe ser operada antes de las complicaciones coledocianas, la vejez y el cáncer, porque el riesgo de la cirugía es bajo; que el tratamiento es la colecistectomía; y que la exploración del sistema biliar debe ser completa y sistematizada.

## E.- SOBRE APÉNDICE

### *Un caso de mucocele apendicular* (37)

Comunica a la Sociedad de Anatomía Patológica una observación.

La historia clínica tiene poco de importante: hombre de campaña, de 57 años, sifilítico, que consultó por una tumoración dura, lisa, poco dolorosa e intraperitoneal de la fosa ilíaca derecha.

Se operó sin estudios por una incisión de Jalaguier y se comprobó que la tumoración era libre y estaba constituida por el apéndice, que se resecó.

El estudio anatomopatológico minucioso incluye diez figuras y demuestra que es un mucocele apendicular, denominación formal que no se inclina por la naturaleza degenerativa, inflamatoria o tumoral, cuya probabilidad analiza.

## F.- SOBRE TRAUMATISMOS

### *Contusión de Abdomen* (4)

Fue una publicación docente escrita para El Estudiante Libre cuando aún no era Jefe de Clínica, con el propósito de simplificar un tema entonces más complejo que en la actualidad, porque no existían los métodos diagnósticos actuales de imagen y mínimamente invasivos.

Dejando de lado las muertes instantáneas, queda un número tal de contusiones que mueren que alarma.

Los esfuerzos debían dirigirse a reducir el tiempo entre accidente y operación, a detectar la lesión abdominal con la precocidad necesaria y evitar la *"peligrosa tríada de reposo, bolsa de hielo y expectativa armada"*.

Analiza la etiología, las lesiones y la presentación clínica.

Separa los pacientes con y sin shock, y las formas de síndrome hemorrágico o de perforación.

En los pacientes que están relativamente bien, que tienen signos de poca intensidad, estudia en forma profunda y por separado el dolor, el tenesmo, el pulso, la temperatura y los signos abdominales a la inspección palpación, percusión y al tacto rectal, enfatizando cómo se buscan, qué traducen, qué importancia y qué causas de error pueden tener.

## G.- SOBRE OTROS TEMAS DE ABDOMEN

### *a-b.- El abordaje en las trombosis de la vena cava* (105)

Junto con el trabajo sobre la Exploración operatoria de la tercera porción del duodeno (106), ya referido, fue presentado en el año 1951 en una sesión científica de la Sociedad de Cirugía en homenaje al Profesor Lorenzo Mérola.

Describe la técnica que empleaba en la tomboflebitis de la vena cava.

Como se necesita un abordaje amplio, y las incisiones laterales extraperitoneales acceden al borde externo de la vena, usa una incisión mediana o paramediana derecha y un acceso transperitoneal.

Decola la raíz del mesenterio y la tercera porción del duodeno de derecha a izquierda o de izquierda a derecha como enseñó Mérola. Lo puede hacer junto con la lámina fibrosa vestigio del peritoneo parietal posterior primitivo que cubre la cava, o en forma aislada en cuyo caso debe seccionar dicha lámina, y expone todo el sector necesario del retroperitoneo *("panoperatoria retroperitoneal")*.

### *b.- Imágenes radiológicas en dislocaciones viscerales del flanco* (115)

Es la documentación radiográfica contrastada presentada en la Media hora previa de una sesión de la Sociedad de Cirugía en 1952.

Se trataba de dos enfermos que habían sido operados de grandes colecciones de origen hidatídico por una incisión oblicua que partía de la XII costilla y que tenían desplazamientos del colon, el antro gástrico y las porciones móviles del duodeno, el riñón y el uréter.

### *c.- Hernia diafragmática intra y retroperitoneal* (66)

Es una comunicación a la Media hora previa de la sesión científica de la Sociedad de Cirugía en la que mostró las radiografías de una hernia

diafragmática paraesofágica, en cuya operación detrás del saco de ésta encontró una porción extraperitoneal de volumen semejante del estómago ascendida al tórax por un anillo independiente.

## H.- SOBRE APARATO GENITAL FEMENINO

### *a.- Infarto uterino post-aborto* (35)

Comunica a la Sociedad de Cirugía, y posteriormente a la de Ginecología y Obstetricia la primera observación operada con éxito en Uruguay.

Era una mujer de 24 años con una gravidez de tres meses. Ingirió obleas abortivas (probablemente quinina) para interrumpirla, y como luego de veinticuatro horas de iniciarse las genitorragias, el aborto no se había completado en forma espontánea, en el Hospital Pasteur, en condiciones de asepsia quirúrgica, se evacuó el útero. Dos horas después la paciente tuvo un cuadro agudo de abdomen de instalación progresiva con dolor que comenzó en hipograstrio y luego shock.

En la operación se comprobó un infarto venoso de todo el útero que se trató con una histerectomía, dejando el cuello parcialmente infartado. En los primeros días del postoperatorio, la enferma tuvo dos episodios agudos, uno a nivel del cuello uterino y otro rectal; luego fue normal.

El estudio anatomopatológico macro y microscópico minucioso, que documenta con catorce ilustraciones (esquemas y fotografías macro y microscópicas), muestra que indudablemente el infarto era por obstrucción venosa.

Hace consideraciones sobre la patogenia, que considera de alto interés práctico para la profilaxis.

Menciona la necrosis traumática, por inyección de cáusticos, infecciosa y de causa vascular. Analiza las diversas causas posibles de trombosis venosa y se pronuncia a favor del mecanismo descrito por Couvelaire y por Gregoire. Éste inicialmente es funcional (vasodilatación extrema y aumento de la permeabilidad vascular de causa probablemente anafiláctica y refleja, recordando en ese sentido que el útero es un enorme glomus semejante al del pulpejo de los dedos); luego se agrega la trombosis por estasis y tal vez por acción microbiana.

Para la profilaxis extrae tres conclusiones prácticas:

- el peligro del uso intrauterino de sustancias abortivas.
- el extremo cuidado en evitar la contaminación bacteriana de origen local, operatorio o desde focos distantes.
- la posible utilidad de la adrenalina en la etapa de vasodilatación extrema, que reconoce que es muy breve.

A propósito de esta comunicación recibió una carta elogiosa de Henri Mondor, prestigioso profesor de Clínica Quirúrgica de Paris y autor del famoso texto de Cirugía de urgencia “Abdomen agudo”.

## 14.- TRABAJOS SOBRE MAMA

### *a.- Quiste hidático del seno* [18]

Ya fue analizado.

### *b.- Diez puntos de Patología Mamaria* [85]

Es un trabajo de 12 páginas que tal vez haya sido el texto de una conferencia dictada en el Este del país.

Para la precariedad del conocimiento y de medios de la época, el trabajo demuestra que Chifflet poseía una visión a la vez panorámica y profunda del conjunto de la fisiología y de las enfermedades de la mama. Enfatiza:

- La morfología, en la que señala la importancia de la consideración estética de las malformaciones, el emplazamiento de las incisiones y las exéresis.
- El seno al nacer y en la pubertad.
- La mama en el hombre, con referencias a la ginecomastia.
- La mama en la mujer fuera de los embarazos y de la lactancia.
- El mecanismo de la lactancia normal, sus alteraciones y cómo evitarlas y tratarlas.
- Diversos factores que se han involucrado en la etiología del cáncer de seno.
- El problema diagnóstico de los tumores: clínico, por transiluminación, radiográfico simple – al que no encontraba importancia decisiva- y contrastado, e histológico extemporáneo. *(Respecto al estudio radiográfico simple, corresponde señalar que las contribuciones significativas a nivel mundial que Raúl Leborgne hizo en nuestro país para el diagnóstico precoz del cáncer mamario por radiografía simple, son un lustro posteriores a este trabajo de Chifflet. Su técnica de compresión de la mama para tomar la radiografía simple es de 1949-1950, el diagnóstico de tumores mamarios por este método y la descripción de las microcalcificaciones en los carcinomas son de 1951* [186]*, y las mamografías con baja dosis de radiación son de 1953.)*
- Que una vez cicatrizada la herida operatoria, la enferma con amputación de seno no debe ser abandonada por el médico, enfatizando los cuidados psíquicos, estéticos, la rehabilitación y el control periódico para detectar recidivas locales y metástasis a cuyo tratamiento se refiere.
- El pronóstico y la operabilidad del cáncer de seno, en donde señala la variabilidad evolutiva, y que no siempre cumple en forma ordenada una etapa local, luego una ganglionar y finalmente una a distancia.
- Alude a los primeros intentos de clasificación pronóstica de la microscopía, la histoquímica, y los cultivos de tejidos, y ante su ineficacia recuerda el valor de la clínica al señalar las diferencias evolutivas entre el esquirro atrófico, el esquirro en coraza, el esquirro pustuloso y el cáncer agudo, encefaloide. En la mayoría de los cánceres, que no se presentan bajo estas formas, da valor al sexo, edad, estado funcional del seno, afecciones concomitantes, localización y características.

***c.- Clínica de los tumores mamarios*** (150)

Fue el tema de una conferencia pronunciada en agosto de 1961 en el Curso de Graduados del Instituto de Radiología. No se ha podido encontrar una copia de su texto, que es inédito.

***d.- Diagnóstico y elección del tratamiento en los cánceres de la mama*** (155)

Este trabajo es de 1961; a la luz del desarrollo actual de la mastología resulta muy elemental, pero tiene el valor de mostrar una consideración global del problema de cada paciente.

En cuanto al diagnóstico, dada la diferencia en su gravedad, lo primero es establecer lo más pronto posible si la enferma tiene o no un cáncer, diagnóstico que puede no ser fácil. La investigación diagnóstica para ello comprende el estudio clínico, radiográfico especializado y biópsico por vía canalicular, punción o cirugía.

Respecto al tratamiento resume los recursos terapéuticos disponibles entonces, analiza la enferma, la enfermedad en extensión y en evolutividad, para luego elegir los que corresponde indicar en los diferentes estadios de la enfermedad. Finalmente señala la importancia del control de la paciente luego del tratamiento inicial y del replanteo terapéutico en función del estudio anatomopatológico de la pieza operatoria del que pueden surgir otras indicaciones.

## 15.- TRABAJOS SOBRE CUELLO

***Táctica quirúrgica en los sindromes costoescalénicos*** (67)

Es un trabajo de 1942 hecho con la colaboración del Dr. Cándido Muñoz Monteavaro, cuando Chifflet era Profesor Agregado en la Clínica Quirúrgica del Profesor Stajano en el Hospital Pasteur y Médico colaborador especializado de la vecina Clínica Médica del Profesor Juan C. Plá. Éste se interesaba por los fenómenos ligados a la existencia de una costilla cervical, y había aconsejado a Muñoz Monteavaro que hiciera su tesis sobre los sindromes costoescalénicos. Chifflet lo asesoró en los aspectos quirúrgicos de su tratamiento, y Plá sugirió que éstos se presentaran en la Sociedad de Cirugía.

Señala la multiplicidad de elementos anatómicos de la región y de procesos patológicos que pueden atacarlos, y que el diagnóstico puede llevar a conclusiones precisas o, más a menudo, sólo de sospecha. Y que, cuando el síndrome tiene indicación de tratamiento quirúrgico, el cirujano debe abordar por vía anterior, explorar con dominio anatómico toda la región mediastino-cérvico-axilar, hacer un inventario completo de las lesiones y, con la presencia del médico que conoce más en detalle la sintomatología del paciente, jerarquizar su importancia como causa del síndrome, y en consecuencia tratarla.

Resume cuatro observaciones y hace una detallada descripción de la operación, con las vías de abordaje, la posición, la anestesia, la incisión en los planos de recubrimiento que expone el *" ... sándwich patológico: el escaleno anterior, por detrás el escaleno posterior apoyado en el plano óseo, y entre ambos las víctimas vásculo-nerviosas ...",* las formaciones fibrosas costo-vértebro-pleurales, la costilla cervical, los ganglios linfáticos, el domo pleural y el ganglio estrellado.

Termina señalando los riesgos de heridas vasculares, nerviosas y pleurales y, en la respuesta a los comentarios, que la indicación operatoria estaba en revisión porque la infiltración anestésica del escaleno anterior estaba obteniendo resultados similares a los de la sección de su tendón o su extirpación parcial.

Debe destacarse que ya entonces Chifflet identificaba en forma muy racional las incertidumbres diagnósticas en esta entidad, y mostraba un encare terapéutico sistematizado. Con los criterios actuales, el papel de los cirujanos en la indicación quirúrgica podría considerarse demasiado subordinado a los médicos.

***Flemones de cuello*** (86)

Es un trabajo de 35 páginas publicado en su primer año de su actuación como Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria (1945), en el que aplica su profundo conocimiento anatómico a la explicación racional de las causas, las manifestaciones clínicas, la evolución espontánea y las vías de abordaje de estas infecciones, que todavía entonces eran frecuentes y cuya patología compleja planteaba no pocas dificultades.

Luego de dar conceptos generales describe los flemones de los espacios de la deglución (retroviscerales, lateroviscerales y previscerales con sus respectivas variedades), los de los espacios de los movimientos de la lengua (submental, submaxilar), el periamigdalino y paraamigdalino, las infecciones dentarias y maxilodentarias con los flemones que éstas originan, y el flemón difuso de cuello.

## 16.- TRABAJOS SOBRE LOS MIEMBROS (Excluidos los referidos al Sistema Vascular)

Predominan los que se refieren a traumatismos accidentales o quirúrgicos.

### A.- PARTES BLANDAS

***a.- Tumores glómicos*** (80)

Es una comunicación de 1944 a la Sociedad de Cirugía.

Se refiere a tres observaciones (dos personales y una del Dr. Suiffet) de pacientes con tumores glómicos de los dedos de la mano que fueron resecados. Fueron las primeras en el país y se acompañan de una exposición de sus aspectos patológicos más salientes y de una cuidada descripción anatomopatológica del Dr. J. J. Scandroglio.

### *b.- Consideraciones generales sobre heridas de la mano* (91)

Es un corto prefacio de Chifflet que inicia un número científico de Acción Sindical dedicado a la mano.

Señala la jerarquía funcional de la mano, el frecuente fracaso de la reparación de las heridas de nervios y tendones, que en cualquier herida de mano debe estudiarse el enfermo en totalidad, la mano como unidad funcional, y sus tejidos y componentes en su individualidad, y que el examen clínico de la mano herida reciente tiene considerable dificultad.

Al final del número se publicó un trabajo de once páginas con el texto de una clase de Chifflet sobre Anatomía de la mano dictada en la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Es un ejemplo de su concepción de la Anatomía que se describe en varias partes de este libro.

Las descripciones clásicas de la anatomía de la mano agotan con los detalles de los huesos, las aponeurosis, los músculos y los tendones.

La mano tiene un dorso que tiene escasas partes blandas por lo que no sufre infecciones serias, ni vasos importantes por lo que no origina hemorragias de entidad, ni nervios importantes. Sólo tiene tendones. El dorso es rudo, y al flexionarse protege la zona delicada que es la palma.

Ésta en cambio tiene:

- vasos de cierto calibre pero de escasa significación funcional por lo que se pueden ligar sin consecuencias.
- espacios celulosos de gran interés práctico por las infecciones.
- tendones de irrigación precaria que explica el mal pronóstico de sus suturas.
- y dos nervios: el mediano y el cubital.

### *c.- Heridas de las partes blandas del miembro superior* (102)

Fue el Relato de Chifflet al Primer Congreso Uruguayo de Cirugía.

Las razones de la importancia del tema son la frecuencia, la jerarquía social de los miembros, que su cirugía que se rige por principios diferentes a los de la visceral, que el miembro superior es de movimiento y la mano su parte fundamental, que las heridas de las partes blandas deben ser consideradas en forma separada de las osteoarticulares, que la herida es el proceso inicial al que siguen la infección y la deformación, y que los resultados terapéuticos son pobres.

Se centra en la herida y no en el tratamiento general.
Las directivas para su tratamiento son:

- defender la vida del enfermo: tratar la hemorragia, el shock, y la infección.
- hacer un diagnóstico exacto: examen clínico (morfológico y funcional) y exploración operatoria.
- planificar el tratamiento: plan inicial, resultado, plan definitivo.
- tratar la herida, aspecto cuyo objetivo es preparar el ambiente para la normalización del tejido conjuntivo y en cuyos fundamentos y consideración detallada se extiende.
- cuidar el postoperatorio.
- hacer un informe escrito.
- considerar el origen de la lesión en vistas a educar al herido y prevenir nuevas heridas.

### *d.- Herida del puño* (109)

A propósito de una herida de puño con exposición y sección tendinosa en una obrera de la industria, realizó una síntesis de los principios generales del tratamiento primario dirigida a médicos del interior del país, que se enumeran a continuación.

Investigación de las circunstancias causales, examen del miembro y del enfermo, antibioterapia, control de estado de la vacunación antitetánica, preparación psíquica, y operación inmediata en sala de operaciones con paciente en decúbito dorsal con brazalete hemostático.

El objetivo de ésta debe ser transformar la herida accidental en una herida operatoria (retirar cuerpos extraños, hemostasis y lavado), hacer el inventario lesional y, si los tiempos anteriores fueron satisfactorios, cerrar cubriendo la lesión con piel.

En el postoperatorio, inmovilización de la mano con férula y colocarla en alto para evitar el edema.

Al terminar jerarquiza la descripción operatoria completa, el informe médico-legal y las acciones de prevención.

### *e.- Lesiones nerviosas del miembro superior en la mesa de operaciones. Su mecanismo* (123)

Fue presentado en el 6º Congreso Uruguayo de Cirugía.

Se producen por compresión en el puño (por ataduras que comprimen y lesionan el cubital), en el brazo (por compresiones en el borde de la mesa que lesionan el radial) o en el cuello por las hombreras.

O por elongación por tracciones del brazo hacia atrás, arriba o abajo que lesionan diversos troncos nerviosos del pasaje cervicoaxilar.

El peso del cuerpo del paciente, la presión del cirujano o los ayudantes, el deslizamiento del paciente en la mesa las operaciones prolongadas, la anoxia la hipotensión y la isquemia regional las agravan.

El cirujano es responsable de estas lesiones y debe supervisar y corregir las actuaciones del equipo para evitarlas.

### *f.- Amputación de muslo* (56)

Es una nota práctica en la que describe una técnica de amputación con sección previa por vía anterior de los vasos femorales o poplíteos y del nervio ciático para evitar los fenómenos de hemorragia y shock.

Su estructura es muy didáctica. Describe cómo se hacía una amputación en 1840, cómo se hacía en 1940 por algunos cirujanos que aún seguían *"las directivas de la técnica que tan maravillosamente describe Farabeuf"* y *"moverían a risa si no fuese que el perjuicio que provocan al paciente inspiran lástima por la víctima y por las fantochadas del victimario."*

Los principios actuales imponían que no hubiera movilización del cirujano ni de los ayudantes, que primero se ligaran y seccionaran los grandes vasos para minimizar el sangrado y los grandes troncos nerviosos para evitar su tironeamiento que es causa de shock.

## B.- SISTEMA OSTEOARTICULAR

### *a.- Fracturas y luxaciones abiertas del cuello del pie* (2)

Es un trabajo inédito presentado en la Asistencia Pública Nacional basado en diez y ocho observaciones de la guardia del Hospital Maciel con Velarde Pérez Fontana y Juan C. Del Campo, con abundante documentación radiográfica y las indicaciones de astragalectomía y otras operaciones (77).

Es la primera muestra de su interés por los problemas de una región que tres años después fue tema de su Tesis de Agregación (9).

### *b.- Fracturas abiertas* (16)

Es una puesta al día con finalidad docente, escrita el último año de su actuación como Jefe de Clínica y Profesor Agregado en la Clínica de Alfonso Lamas.

Interesa destacar que con ella y con el trabajo, también de Chifflet, "Hemorragia. Anemia por hemorragia" (20) publicado en el mismo número, en 1935 "El Estudiante Libre" inició la publicación de una biblioteca propia. El hecho puede interpretarse como una prueba del alto concepto que Chifflet ya gozaba entre el estudiantado por las características de su actividad docente.

En el prólogo se señala que el propósito de esta biblioteca era facilitar el aprendizaje. Por eso los trabajos tratan de ser claros, no concisos; incluyen anotaciones al margen que resumen y facilitan su lectura y repaso; dan el por qué de cada hecho para que no sólo se pueda etiquetar al enfermo en un casillero nosológico, sino para que además se interprete al enfermo y se comprenda la enfermedad; y no incluyen bibliografía.

El prólogo no tiene firma al pie. Pero por su estilo y conceptualidad, y por algunas afirmaciones y giros de lenguaje, es muy probable que haya sido escrito por Chifflet.

Es interesante resumir esta puesta al día, porque constituye otra muestra temprana de la conceptualidad y pragmatismo de Chifflet.

En la primera parte señala que:

- prefiere la denominación abiertas, no expuestas ni complicadas.
- por la dificultad de establecer la comunicación de la herida con la fractura o de diagnosticar la fractura, se reconocen tres tipos.
- la evolución depende de la fractura, de la herida y de las lesiones intermedias.
- la herida interviene sobre todo por la infección que modifica cinco aspectos de la evolución del foco óseo.
- debe evitarse que las fracturas cerradas se hagan abiertas.
- en el lugar del accidente se debe inmovilizar el foco sin reducir el desplazamiento, cohibir la hemorragia, desinfectar y colocar una curación, sin suturar.
- el tratamiento definitivo general incluye medidas para facilitar la formación del callo (calcio).
- el tratamiento definitivo local debe ser precoz, hecho con máximos cuidados de asepsia y maniobras suaves. Debe dirigirse a luchar contra la infección (extirpación de cuerpos extraños), inmovilizar, y reducir (aunque a veces es necesario posponer este objetivo). Analiza los factores particulares: fracturas ostensiblemente infectadas y elección de medicación adyuvante local química o biológica; características de la fractura y de las lesiones de partes blandas; la anestesia a emplear; el drenaje; la osteosíntesis; lesiones arteriales o nerviosas asociadas; abertura de sinoviales articulares; importancia de la contaminación; segmento óseo fracturado; edad, oficio y estado social; diabetes, uremia, alcoholismo, sífilis, etc.

En la segunda parte se ocupa de la trituración de los miembros y analiza:

- las características y complejidad de las lesiones.
- la evolución en cuatro períodos: inmediato (anemia aguda y shock); primitivo (8 a 15 días: infección y gangrena isquémica); secundario (hasta consolidación de la lesión) y de secuelas.
- en el primer período, el tratamiento en el lugar del accidente y en el quirófano.

- en el segundo, menciona el clásico "espacio libre" entre shock e infección, en el que amputadores y conservadores discutían acaloradamente la conducta a seguir, para señalar que no es una realidad clínica y que él prefiere un tratamiento local precoz y sistemático que previene las lesiones secundarias y muchos de los síntomas generales, y cuyos principios describe en forma ordenada y detallada.

En la tercera parte de ocupa de las fracturas por armas de fuego.

Renuncia al estudio de las armas, que *"polariza el interés de los estudiantes y carga la memoria con conocimientos inútiles para el médico"*, y por las diferencias en los proyectiles, su velocidad y dirección, y en el estado del herido, esquemáticamente distingue las heridas civiles y las de guerra, pero reconoce la existencia de tipos intermedios. El trabajo termina con un análisis por separado de los dos primeros tipos.

### *c.- Fractura de Dupuytren* (39)

Según consta en una nota al pie, es el texto de una clase que Chifflet dio en el curso para practicantes de 1932, y que seis años después fue publicada en El Estudiante Libre.

Historia el epónimo, define esta fractura de la pierna baja y el cuello del pie, describe en forma extensa y detallada la anatomía de sus diversas formas, su sintomatología clínica y radiográfica, su tratamiento en el lugar del accidente, el traslado, el tratamiento definitivo, e ilustra todo esto con seis figuras originales muy claras y didácticas.

### *d.- Osteítis tífica* (167)

Es un trabajo inédito realizado en colaboración con Raúl Piaggio Blanco y presentado en la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Pasteur, sobre varias observaciones de osteítis tífica de aparición tardía que pueden estar relacionadas con traumatismos que obraron como factor desencadenante.

## 17.- TRABAJOS SOBRE TEMAS O PROBLEMAS QUIRÚRGICOS GENERALES

### *a.- Hemorragia. Anemia por hemorragia* (20)

Es el otro trabajo que integró el primer número de la biblioteca de "El Estudiante Libre".

Se inicia por el análisis de la patología y síntomas de la hemorragia (arterial, venosa o capilar; interna, externa, intersticial y secundariamente externa; traumática, operatoria o espontánea).

Luego analiza la patología, síntomas y diagnóstico de la anemia por hemorragia, especialmente la anemia aguda, en la que hace un profundo análisis de las dificultades y de la fisiopatología de éstas en el aparato cardiovascular, la termogénesis, el aparato respiratorio, el aspecto general y los signos de laboratorio.

Describe detalladamente las formas clínicas y pronósticos, y las dificultades que presenta el diagnóstico del punto más importante que es la persistencia de la hemorragia.

Y finalmente se ocupa de:

- los métodos en su mayoría quirúrgicos para la detención de la hemorragia.
- el tratamiento de la anemia aguda, el más racional de los que es la transfusión, pero marca cinco razones para no considerarlo el único. Este punto se completa con consideraciones sobre el stock del medicamento sangre, el tratamiento de la anemia aguda fuera de la transfusión, y las situaciones en que ésta es lo único que puede salvar al enfermo.

El trabajo finaliza con una alusión a problemas terapéuticos en algunos tipos de anemia aguda.

### *b.- Tratamiento de los quemados* (24)

Fue publicado en Buenos Aires en "El Día Médico" en 1936, en el primer año de su actuación como Profesor Agregado en el Servicio de Carlos Stajano.

Al inicio señala:

- que quemados son los que tienen procesos generales originados en quemaduras de extensión considerable.
- que son enfermos complejos, habitualmente tratados con descuido.
- que no existe una estandarización de su tratamiento.
- que su profesor Alfonso Lamas había insistido sin éxito en crear en el hospital una sala para tratarlos.

Luego explica y fundamenta seis directivas:

- el quemado necesita tratamiento de urgencia.
- es fundamental el tratamiento del shock y de sus causas.
- la desinfección del quemado es el primer paso para una curación racional.
- el quemado necesita calor.
- el medicamento ideal para la curación es la propia secreción del paciente.
- el reposo es un eficaz colaborador en la curación.

Finalmente describe cómo aplicar esas directivas en la práctica.

### *c.- Accidente sérico. Responsabilidad legal* (36)

Fue presentado en la Sociedad de Medicina en 1938.

A propósito de un caso provocado por inyección de suero antitetánico, analiza las manifestaciones neurológicas, vasculares y articulares y la pregunta del médico legista sobre de quien es la responsabilidad legal por el accidente: el paciente (a quien la mayor parte de las veces corresponde la responsabilidad de estas complicaciones) , el suero (mal preparado o mal conservado) o el médico tratante (por indicación innecesaria o no observación de medidas profilácticas).

### *d.- Cánceres de localización frecuente* [49]

Es una nota editorial aparecida en el quinto número científico de Acción Sindical en 1939.

Los artículos se refieren al cáncer bucal, de estómago, de recto, del seno, de pulmón y de la próstata.

Chifflet señala que la lectura de los mismos *"deja una amarga decepción por el terrible pronóstico que arroja el análisis de las estadísticas."*

Que la investigación llevará a la profilaxis y a la terapéutica racional de la enfermedad, pero que mientras tanto el médico práctico debía mejorar múltiples detalles: educación del público para el diagnóstico precoz, para buscar el cáncer ante signos banales que lo preceden o lo manifiestan, y para realizar los exámenes de confirmación por especialistas.

Señala que aún las lesiones pequeñas pueden tener un pronóstico sombrío, que la histología puede predecirlo, y que los constantes cambios en los métodos diagnósticos y terapéuticos *"hacen vislumbrar progresos en la cura del terrible mal, en espera de la fantástica modificación del pronóstico que seguirá a la exacta concepción del cáncer."*

### *e.- A propósito del Catgut* [55]

En 1940 Juan A. Paperán comunicó a la Sociedad de Cirugía la experiencia y las economías realizadas en la Sala de Auxilios de la Colonia Bernardo Etchepare en 200 intervenciones en las que, como había visto en la Clínica de los Hermanos Finochietto en Buenos Aires, como único material de sutura se usó hilo de lino esterilizado por ebullición o autoclavado.

A propósito de esta comunicación, Chifflet mostró sus observaciones clínicas, operatorias y experimentales en animales sobre el catgut.

Señaló que:

- no tenía experiencia con el lino, porque usaba catgut de buena calidad.
- el catgut podía desarrollar fenómenos alérgicos, cuya posibilidad investigaba con intradermorreacciones y eventualmente podía tratarse por desensibilización.

Tenía en curso estudios:

- clínicos del tiempo que demoraba en desprenderse (dejaba en el punto de catgut un hilo de seda exteriorizado por la herida y en el postoperatorio tiraba suavemente de él).

- microscópicos del comportamiento del catgut en muestras tomadas en reoperaciones y necropsias.
- experimentales colocando diversos materiales de sutura en diversos órganos y tejidos de perros y estudiándolos varios días después.

Sus resultados preliminares le indicaban que el catgut:

- se hace inefectivo antes de lo que se cree.
- paradojalmente, tiene un tiempo de efectividad inversamente proporcional al diámetro.
- provoca una infiltración edematosa y mononuclear que no propicia la cicatriz.
- tal vez favorezca la producción de adherencias y, por mecanismos anafilácticos semejantes a los que producían los infartos viscerales, hemorragias en napa en el sitio operatorio.

Debe señalarse que las alusiones a actividades personales de Chifflet en Cirugía Experimental, son las únicas que el autor encontró en la investigación realizada para escribir esta biografía.

### *f.- El Shock* (90)

Fue publicado en un número científico de Acción Sindical de 1946.

En el inicio señala que fue una clase sobre un tema a primera vista inapropiado para un curso práctico, pero pertinente porque sólo es posible fijar un concepto sobre diagnóstico y terapéutica de un proceso cuando se domina la esencia del mismo.

Señala la individualidad clínica de la entidad, el mejor conocimiento de su fisiopatología, el problema nosológico resultante de la comprobación de que grados variables de sus procesos básicos también se encuentran en otras entidades, la etapa desencadenante y la de círculo vicioso, y resume los conocimientos que entonces se tenían sobre su fisiopatología.

### *g.- Levantamiento de los operados* (110)

Se comenta en el capítulo 11.

### *h.- Concepto funcional de los drenajes; el drenaje de la pelvis masculina* (112)

Fue el primer trabajo de una sesión plenaria del 4º Congreso Uruguayo de Cirugía sobre Drenaje peritoneal y subperitoneal, coordinada por Juan Cendán.

Constituye una muestra del nivel de elaboración y coherencia que había alcanzado su concepción de la anatomía regional dinámica de la pelvis, y de la proyección de la misma y de los conceptos que había expuesto tres años antes en su trabajo "La travesía del perineo masculino", a una aplicación práctica.

Sostiene que desplazamiento de los líquidos en las cavidades serosas está determinado por las fuerzas de la anatomía regional dinámica que los empujan hacia puntos sobre los que debe actuar el cirujano, dejando en segundo lugar consideraciones sobre la proximidad o la fuerza de la gravedad. Este concepto no rige en las colecciones con fuerte cascarón, en las que sí influye la fuerza de gravedad.

Los abscesos abdominales se dirigen espontáneamente a la herida operatoria que es una zona de relativo silencio funcional rodeada de tejidos de actividad motora normal.

A pesar de la débil resistencia de las asas y el epiplón, los abscesos del fondo de saco de Douglas no se dirigen hacia el abdomen, sino que se abren en el recto o la vagina, porque las colecciones líquidas de la pelvis son dirigidas por la dinámica de la evacuación hacia la parte posterior; en consecuencia el drenaje dinámicamente correcto es el posterior o perineal.

A continuación señala las vías de drenaje apropiadas para colecciones de los espacios:

- detrás del elevador: vía para-anal.
- entre el elevador y la lámina de sostén: perirrectales o posteriores (via perineal posterior); y periprostáticos o anteriores (vías perineal preanal o vía rectal).
- entre lámina de sostén y peritoneo: retrorrectales, raros (vía perineal posterior); perivesicales (vía anterior o perineal); y de la zona intermedia (por la riqueza vascular deben drenarse por el Bogros).
- del Douglas: vía rectal o vaginal. El drenaje suprapúbico se hace inoperante luego de las primeras 48 horas, pero es un tiempo suficiente si el peritoneo está previamente sano.

### *i.- El diagnóstico y tratamiento de los cánceres más frecuentes* (117)

Fue un folleto de divulgación de 30 páginas publicado por la Asociación Uruguaya de la Lucha contra el Cáncer en 1953, en cuya redacción participó Chifflet.

### *j.- El diagnóstico antes, durante y después de la operación* (122)

Como la exploración operatoria puede no conducir al diagnóstico correcto, debe insistirse en hacer un diagnóstico preoperatorio todo lo preciso posible sin que interfiera con la oportunidad operatoria y sin que exponga a riesgos o busque datos inútiles para la terapéutica. Y en la operación deben extraerse muestras para el estudio anatomopatológico postoperatorio.

### *k.- El Departamento Operatorio* (140)

Es una descripción conceptual y a la vez muy precisa, que fue presentada en 1958, en el Noveno Congreso Uruguayo de Cirugía.

Es el lugar donde se expone más el destino del enfermo, por lo que, a diferencia del resto del hospital sus ambientes deben ser de *"silencio y sobriedad"*, y *"debe tener un ambiente de suficiencia científica y recogimiento humanitario."*

Para disminuir los costos (aumentar la eficiencia) la centralización es indispensable, pero hay razones a favor y en contra de que la centralización incluya a la cirugía menor, a los grandes quemados (que a pesar de que significan un grave perjuicio por el gran potencial infectante deben ser asistidos en un sector aislado del mismo o idealmente en un Departamento especial para quemados), a las operaciones de urgencia que distorsionan el funcionamiento del Departamento, y a los partos.

Analiza la ubicación, el plan general, y la unidad operatoria (sala y ambientes directamente conectados con ella para *"material estéril, anestesia, esterilización de cirujanos y aparataje auxiliar.")*

Describe las características de la sala de operaciones *("30 $m^2$ , no muy baja, de forma regular"*, su temperatura, ventilación, tuberías de aspiración, oxígeno y gases anestésicos, iluminación, suministro eléctrico, sistemas de esterilización ambiental, y pintura no reflejante), analiza la circulación en la unidad operatoria, el número de unidades operatorias *("dos salas de operaciones cada 30 camas de cirugía y para mayor número una sala cada 50 camas")*, las salas diferenciadas para las distintas especialidades, y los corredores (internos para servicios técnicos auxiliares próximos, y externos para servicios auxiliares mediatos).

Considera la preparación y esterilización del material, los vestuarios, depósitos, anestésicos, un lugar decoroso para informar a los familiares *"deber fundamental de humanidad que debe realizarse correctamente en la forma y en el fondo"),* el servicio de recuperación, las comunicaciones, la docencia (los estudiantes de pre y postgrado deben disponer de observatorios), y en un detalle de futuro agrega *"Es posible que la televisión suprima este problema."*

### *l.- Temas en discusión. Año 1963* (156)

Se comenta en el capítulo 11.

### *m.- Cirugía. Una mirada hacia el futuro* (159)

Es un artículo muy interesante porque visualizó algunos problemas que en su evolución experimentaría la especialidad.

Pasajes del mismo se reproducen en el capítulo 15.

### *n.- El politraumatizado grave* (163)

Es la introducción a un panel sobre este tema coordinado por Chifflet, que integró el programa científico del Decimoséptimo Congreso Uruguayo de Cirugía en 1966.

Es una reflexión general sobre los aspectos organizativos del tratamiento de este tipo de pacientes, hecha en una época en que en el país no existían los sistemas de emergencia actuales y las recomendaciones gene-

rales para el manejo de estos pacientes en la práctica civil no estaban tan desarrolladas como ahora, ni eran de uso corriente, por lo que la asistencia de estos pacientes era mucho más dependiente del azar.

El panel tuvo dos partes.

En la primera Chifflet señaló el triple interés del tema: frecuencia creciente, extrema gravedad de estos pacientes generalmente jóvenes si no son tratados, y posibilidad de restaurarles la salud.

Deliberadamente omite la consideración de la prevención del accidente, de la asistencia primaria en el lugar del mismo, y del traslado, y los considera como una unidad, en su etapa de gravedad inicial, dejando de lado las lesiones particulares cuando ellas no son responsables de la gravedad.

Llegan al hospital en cualquier momento, sin aviso previo y requieren asistencia integral desde su llegada. Su complejidad exige un médico responsable, que debe ser un cirujano, que coordine y controle la indicación y ejecución de estudios y tratamientos. Los demás se organizan en grupos de recuperación general, de recuperación lesional, de cirujanos colaboradores y de técnicos colaboradores, que deben aceptar y cumplir la función que se les encarga, en la secuencia oportuna.

El análisis sereno con frecuencia demuestra *"perjuicios importantes por fallas en la coordinación profesional"*, por lo que es necesario fortalecer la unidad del equipo.

Señala que en la segunda parte diversos ponentes harán exposiciones conceptuales con proyecciones prácticas en vistas a una asistencia ideal, en un hospital bien dotado y con personal suficiente y preparado; están lejos de ciertas realidades asistenciales *"pero el progreso no se logra con actitudes de adaptación a situaciones carenciadas, sino por el esfuerzo realizador del médico."*

Al terminar expresa que los médicos aún actuando solos o con escasez de medios pueden hacer acciones útiles para salvar a estos enfermos, que la enseñanza de este tema escapa a la organización docente de la Facultad porque la asistencia de estos pacientes es independiente de las cátedras clínicas, y que la asistencia del traumatizado grave requiere atención muy especial de las autoridades.

## 18.- DOCUMENTOS SOBRE INSTITUCIONES, INFORMES, CRÓNICAS, DISCURSOS, Y CLASES

Son diez y siete. Los principales son los que siguen:

***a.- Informe sobre la Cirugía Experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América*** (21)

Es un ejemplo de concisión, orden y de renuncia a la narración de los hechos, a favor de los conceptos que surgen de éstos. El Consejo de la Facultad aceptó la moción del miembro informante para publicarlo en Anales de la Facultad de Medicina.

El nivel de desarrollo de la Cirugía Experimental no depende de donde se hace (servicios de investigación, de Fisiología y de Cirugía), ni de su grado de autonomía, sino de que la impulse una autoridad reconocida y prestigiosa.

Ella beneficia y hace crecer a la enseñanza de asuntos muy variados de la Medicina, especialmente Fisiología, Patología, Medicina Operatoria y Cirugía, que evita que su práctica sólo sea *"una diversión accidental o una incómoda obligación de incompetentes"*.

Observa que nuestras Cátedras de Patología se transformaron en *"cátedras de paso"* hacia las de Clínica, en las que los ocupantes circunstanciales veían *"un horario para repetir los capítulos de los textos y varios años para esperar la vacante en la Clínica"* y da su opinión sobre las causas de ello.

Que con una estructura adecuada, las cátedras *"terminales"* de Patología son atractivas y producen, antes que nada en el Laboratorio, que es el lugar en donde se destruye el casillero de enfermedades artificial y pernicioso resultante del loable esfuerzo de simplificación de la Medicina Francesa.

La Medicina Operatoria debe ampliarse a la investigación en animales evitando así que, como señaló Navarro, sea una *"ciencia del vivo en el muerto"*. Los animales constituyen un campo adecuado para la educación de los hábitos en el campo operatorio de quienes se inician en Cirugía.

La Cirugía Experimental beneficia y hace crecer la investigación, que en nuestra Facultad debería incentivarse para dar a nuestra producción médica mayor rigurosidad científica.

Luego el informe se extiende en consideraciones sobre la organización del personal y del trabajo, sobre la colaboración con otras ramas, sobre la elección y el cuidado de los animales, sobre la realización del trabajo, sobre la documentación de lo que se realiza, cuyo volumen y calidad es lo que mide la importancia de un instituto de Cirugía Experimental, sobre dónde debe estar ubicado y sobre distintas formas de financiar su costoso funcionamiento.

### *b.- Crónicas de Viaje: La Clínica Mayo* (26)*, La locomoción en New York* (27)*, Los negros en Norte América* (28) *, Cómo vive la clase media en New York* (29) *e Historia y particularidades de New York* (30)

Es un conjunto de cinco interesantes crónicas de viaje escritas en ocasión de su estadía en Estados Unidos, publicadas en Acción Sindical de 1936.

Muestran su agudo espíritu de observación y su capacidad "periodística".

Por su valor testimonial la primera de ellas se reproduce en el capítulo 19, apéndice 6.

### *c.- Cirugía y cirujanos en Estados Unidos* (65)

Artículo aparecido en el diario "El País" en 1941, que complementa aspectos que describió en su crónica sobre la Clínica Mayo (26). Se analiza en el capítulo 11 y se transcribe íntegramente en el capítulo 19, apéndice 11.

***d.- Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria*** (83)

Como se señala en el capítulo 19 apéndice 10A, donde se analiza y reproduce en forma textual, probablemente es el trabajo más perfecto y admirable de Chifflet. Pasajes del mismo se reproducen en varios capítulos de esta biografía.

***e.- La Facultad de Medicina*** (88)

Folleto publicado en 1946 cuando asumió el Decanato de la Facultad. Hace un diagnóstico de situación de la institución y un plan de trabajo. Se comenta en el capítulo 10.

***f.- El Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"*** (93)

Lo publicó en 1948, y en una época de lucha entre dos concepciones sobre la pertenencia del nuevo Hospital a punto de ser terminado, expresa las razones por las que debía ser universitario.

Se comenta en el capítulo 10 y se reproduce íntegramente en el capítulo 19, apéndice 10B.

***g.- La Facultad de Medicina de Montevideo*** (95)

No es el mismo folleto que publicara en 1946 cuando asumió el Decanato de la Facultad (88) , sino el texto de una conferencia que dos años después pronunció en la Argentina y fue publicada en "El Día Médico" de Buenos Aires.

Tiene cinco páginas. Comienza señalando *"Deseamos el debate sobre enseñanza médica en un Congreso Latinoamericano"*, con lo que demuestra su preocupación por este aspecto.

Luego de una introducción en la que señala que *"ninguna actividad relacionada con la Medicina o con la Universidad puede escapar a la esfera de acción de una Facultad bien orientada"*, desarrolla cinco capítulos:

- Preparar buenos médicos
- Enseñanza pre-clínica.
- La oficina Médica.
- La Biblioteca.
- Colaboradores del Médico.
- Bienestar estudiantil.
- Extensión universitaria.

Muchos de los conceptos que expone están desarrollados en el capítulo 10.

***h.- Crónicas del IV Congreso Argentino de Cirugía (1932)*** [7]

Están publicadas en el volumen I y II de Archivos Uruguayos de Medicina Cirugía y Especialidades. Es el resumen tres relatos oficiales: Complicaciones alejadas de la colecistectomía, y Tratamiento de las fracturas diafisarias del fémur en el adulto y en el niño.

Su interés radica en que Chifflet que recién era Jefe de Clínica fue nombrado delegado de la Facultad y además según consta en la publicación era corresponsal de la misma.

– – –

Completan este grupo cinco discursos que en parte o en totalidad están analizados o referenciados en otros capítulos de este libro.

***i.- Discurso en la Sesión del Consejo Central Universitario por el cambio de Rector*** [98] . (Ver capítulos 10 y 15).

***j.- Homenaje al Profesor Lamas*** [128] . (Ver capítulo 5).

***k.- Discurso de clausura del acto inaugural. 7º Congreso Uruguayo de Cirugía*** [134] . (Ver capítulo 13).

***l.- Discurso en homenaje al Profesor Enrique Pouey*** [169]. (Ver capítulo 3).

***m.- Discurso como representante del Sindicato Médico del Uruguay, en el homenaje al Profesor Manuel Albo tributado en la Facultad de Medicina*** [170]. (Ver capítulo 19).

## 19.- MISCELÁNEA

### A.- TRABAJOS DE MEDICINA LABORAL

Los datos sobre los dos primeros, que son inéditos, se extrajeron del trabajo "Títulos Méritos y Trabajos" [77].

***a.- Los servicios de retiro del Ferrocarril Argentino*** [8]

Es un trabajo de 1932 que analiza comparativamente la legislación argentina y uruguaya en este tema y llama la atención sobre las deficiencias de la última.

***b.- La asistencia al trabajador incapacitado para trabajar*** (19)

Es un trabajo de 1936 que constituyó el primer informe sobre el Seguro de enfermedad a la Caja de Jubilaciones. Analiza los fundamentos, la practicabilidad, la ley, la administración y la parte médica del problema. Además las mutualistas, los médicos y el Estado.

***c.- Ulcus duodenal y trabajo*** (60)

Fue escrito en 1941 con Walter Suiffet.

Comienza por nociones generales sobre el papel social de la Medicina y expresa su preocupación por *"sacudir el ambiente científico por una preocupación mayor por los problemas del trabajo"*.

En diez y seis páginas analiza la influencia directa e indirecta del trabajo en la producción, mantenimiento y complicaciones del ulcus, y la influencia de éste sobre la cantidad y calidad del trabajo, y el rendimiento en los enfermos con sufrimiento periódico o permanente. Concluye enumerando problemas médico-legales, analizando la incapacidad del ulceroso y los problemas para el médico tratante.

## B.- COMENTARIOS DE PRESENTACIONES

***a.- A propósito de la comunicación del Profesor Nario sobre "Circulación Venosa del Gran Epiplón"*** (12)

Es un extenso comentario con el propósito, dentro de sus fuerzas, de mantener viva la preocupación por el por qué de las cosas que el trabajo de Nario despertó en quienes *"aspiraban a vivir una cirugía basada en conceptos fisiológicos."*

***b.- A propósito de la comunicación del Dr. J. Piquinela sobre "Traumatismo de cráneo. Hundimiento de la pared anterior del seno frontal"*** (13)

Comenta las tres observaciones presentadas por el autor y señala las múltiples razones por la que, a pesar del buen resultado en la primera con tratamiento médico, teniendo en cuenta sus características hubiera convenido tratarla con cirugía.

***c.- A propósito de la comunicación de Pereira y Palma "Sobre el drenaje de la rodilla"*** (14)

Se comenta en el capítulo 13

***d.- Comentario sobre la comunicación del Dr. F. Etchegorry hecha en la sesión anterior*** (87)

Es de 1946, y se centra en el análisis del episodio de agravación que el paciente presentado por el Dr. Etchegorry sufrió a las diez horas de su ingreso al hospital.

Chifflet lo interpretó como un colapso circulatorio periférico.
Señaló que fue correctamente descrito, diagnosticado y tratado (con oxígeno, corteza suprarrenal y plasma endovenoso) por el practicante Carlos Ormaechea, *"dejando de lado la sangría, el aceite alcanforado y el digaleno que constituían la extremaunción laica en épocas no muy lejanas"*

## C.- OTROS TRABAJOS DE ANATOMIA

***Ausencia congénita de pectorales*** (1)

Es un trabajo inédito que según el propio Chifflet *"enriquece la casuística. Sin ninguna importancia."* (77) Pero debe mencionarse porque fue su primer trabajo científico.

## D.- TRABAJO SOBRE BOCA

***Algunos aspectos de las infecciones de origen dentario*** (74)

Es el resumen de una conferencia pronunciada en el Centro de Odontología, en la que señaló los riesgos a veces graves de estas infecciones y analizó los factores responsables de su aparición y de la evolución desfavorable (77).

## E.- OTROS

***Títulos méritos y trabajos*** (77)

Es un folleto de 46 páginas que publicó en 1944 cuando aspiró al cargo de Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.

## Referencias bibliográficas

**1 a 173.- Para evitar la duplicación de una información voluminosa, los números de estas referencias corresponden a los ordinales de la lista de trabajos de Chifflet que está en la columna derecha de la tabla del capítulo 18, a la que se remite al lector.**

**174.- Ardao H.**
En: Sesión de homenaje al Profesor Abel Chifflet. 11 de junio de 1969. Cir del Uruguay. 1970; 40: 99-103.

**175.- Crestanello F.**
Un relato de los inicios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. http://www.cirugia-uy.com/noticias/conferencia-francisco_crestanello.pdf

**176.- Chaikhouni A.**
The Magnificent Century of Cardiothoracic Surgery. Heart View 2007; 8: 161-164. http://www.heartviews.org/

**177.- Devé F.**
Sobre equinococosis preperitoneal. Una carta del Prof. Devé. Bol. Soc. Cir. Urug 1940; 11: 4-7.

**178.- Couinaud C.**
Le Foie: Études anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson.1957.

**179.- Dodd H, Cockett F.**
On the Pathology and Surgery of the Lower Limbs. Edinburg and London. E & S. Livingstone Ltd. 1956.

**180.- Dubost Ch, Allary M, O Economos N.**
A propos du traitement des anévrysmes de l'aorte. Ablation de l'anévrysme. Rétablissement de la continuité par greffe d'aorte humaine conservée. Mem. Acad Chir (París) 1951; 77: 381.

**181.- Fruchaud H.**
Anatomie chirurgicale des hernies de l'aine. Paris: Doin Editeurs, 1956.

**182.- Fruchaud H.**
Traitment chirurgical des hernies de l'aine. Paris: Doin Editeurs, 1957.

**183.- García Botello S, García Armengol J, Cassinello N y col.**
Anatomía quirúrgica aplicada a la escisión mesorrectal en la cirugía del cáncer de recto. http://www.compumedicina.com/cirugia/cir_010403.htm

**184.- Heald RJ.**
A new approach to rectal cancer. Br J Hosp Med. 1979; 22: 277-281.

**185.- Heald R, Husband E, Ryall R.**
The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? Br J Surg. 1982; 69: 613-616.

**186.- Leborgne R.**
Diagnosis of tumours of breast by simple roentgenography: Calcifications in carcinoma. Am J Roentgenol Radium Ther. 1951; 65: 1–11.

**187.- Leger L, Frileux C.**
Les Phlébites. Paris. Masson & Cie. 1950.

**188.- Lockhart J.**
Alfredo Navarro. (1868-1951). En. Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo I. Buenos Aires. La Prensa Médica Argentina. 1988. Págs. 18-28.

**189.- Maquieira G.**
Profesor Abel Chifflet (1904-1969). Cir del Uruguay 1970; 40: 95-98.

**190.- Mason AY.**
Surgical access to the rectum. A transsphincteric exposure.
Proc R Soc Med. 1970;63:91-94.

**191.- May R.**
Surgery of the Veins of the Leg and Pelvis.
Stuttgart. Georg Thieme Publishers. Traducción de la edición alemana de 1974.

**192.- Mayer D.**
Essential Evidence-Based Medicine
Albany Medical College, New York
New York. Cambridge University Press. 2004.

**193.- Pringle J. H.**
Notes on the Arrest of Hepatic Hemorrhage Due to Trauma.
Ann. Surg. 1908; 48: 541-549.

**194.- Reis Neto J.A.**
Coloproctologia Atual.
http://www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/index_coloproc_atual.htm77

**195.- Reis Neto J.A.**
New Trends in Coloproctology.
http://www.proctosite.com/library/books/livro_jreis_neto/index_new_trends.htm

**196.- Rich N, Hughes C, Baugh J.**
Management of Venous Injuries.
Ann Surg. 1970; 171: 724-730.

**197.- Robicsek F, Konstantinov I.**
Hüner Hült: the father of te surgical stapler.
J. Med. Biography 2001; 9: 16-19.

**198.- Stajano C, Scandroglio J.**
La denominada atelectasia pulmonar postoperatoria o postraumática. (Colapso por fluxión intersticial refleja).
An Fac Med Montev 1950; 35: 1051-1060.

**199.- Stajano C, Scandroglio J.**
Participación del bronquio en la complicación pulmonar del postoperatorio y del postraumatismo.
An Fac Med Montev 1950; 35: 1241-1248.

**200.- Stajano C, Scandroglio J.**
Las fluxiones reflejas del tejido intersticial del pulmón (Clasificación de los reflejos intersticiales).
An Fac Med Montev 1950; 35: 1249-1254.

**201.- Strandness D, Sumner D.**
Hemodynamics for Surgeons.
New York. Grune & Stratton. 1975.

**202.- Udelsman R, Holbroock N.**
Endocrine and Molecular Responses to Surgical Stress.
Curr. Probl. Surgery 1994; 31: 653-728.

**203. - Warren R, Marshall B.**
Unidentified curved bacilli in gastric epithelium in active chronic gastritis.
Lancet 1983: 1: 1273.

**204.- Wilson E.**
Testimonio.

**205.- Wilson E.**
Alejandro H. Schroeder, Román Arana Iñiguez. Creadores de la Neurocirugía Uruguaya.
Montevideo. Ediciones de la Plaza. 2006.

**206.- Zucker K A.**
Surgical Laparoscopy.
Saint Louis Quality Medical Publishing. 1991.

CAPÍTULO 17

# UNA ESCUELA URUGUAYA DE CIRUGÍA

**Sumario**

**1.- INTRODUCCIÓN**
**2.- LA ESCUELA QUIRÚRGICA DE ABEL CHIFFLET**
**3.- UBICACIÓN DE ESTA ESCUELA DENTRO DE LA CIRUGÍA URUGUAYA**
**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

*"Al salir de su lado … no llevaron un cargamento de conocimientos del maestro. Pero llevaron incorporado en su propio ser, una modalidad para obrar, una línea rígida de conducta frente al enfermo, un alto concepto de respeto por el hombre, una valoración de lo que es la responsabilidad del cirujano.*
*… formó a sus discípulos que buscan la oportunidad para exteriorizar su orgullo por el maestro"*

ABEL CHIFFLET [1]

## 1.- INTRODUCCIÓN

### A.- UNA ACCIÓN SOSTENIDA

En sus cuarenta y tres años de docencia, en sus veinticuatro años de Profesor y especialmente en los diez y ocho de Profesor de Clínica Quirúrgica, Chifflet creó no pocas expectativas en los integrantes de la Facultad de Medicina, lo que entre otras cosas le confirió un destacable poder de convocatoria.

Era un poder natural, no calculado, ni cultivado artificialmente para lograr determinados fines.

Se debía al poderoso y magnético atractivo de su sensatez y su pedagogía que hacía que, libremente, innumerables estudiantes y médicos se le acercaran para trabajar a su lado.

Él no se limitaba a recibirlos en una actitud indiferente o neutra, sino que intervenía activamente hasta bastante más allá. Sabía escuchar sus inquietudes, y en forma sutil, muchas veces imperceptible para ellos, observarlos, identificar sus cualidades, establecer si éstas le servirían para ejercer la Cirugía General o alguna especialidad relacionada, y fomentarlas estimulándolos y, cuando fue necesario, ayudándolos para que trabajaran sin claudicaciones hasta lograr el desarrollo máximo de sus potencialidades.

No sólo les daba albergue sino que, con varias particularidades, les daba la oportunidad de incorporarse a una familia de cirujanos, para aumentar su número y su riqueza profesional sin perder su individualidad ni su armonía.

Como se ha visto, evitaba volverse inaccesible. Sin menoscabo de su autoridad y manteniendo la necesaria distancia, con llaneza y naturalidad sabía ubicarse en una posición no muy por encima, casi codo a codo, de quienes le rodeaban, fueran éstos estudiantes o cirujanos formados.

No imponía sus ideas; trataba de convencer que eran acertadas dando las razones de ello.

Enseñaba a quienes estaban a su lado a administrar el conjunto circunstancial de conocimientos de la especialidad. Pero con su actividad cotidiana sobre todo ponía el énfasis en que siempre era necesario informarse y pensar en forma crítica antes de actuar, y en que siempre se debía actuar de acuerdo al resultado de esa información y esa reflexión previa. Buscaba o daba *"… elementos de juicio, razones de una posición, justificativos de una conducta ... "* (6) y utilizaba para ello sus conocimientos, sus reflexiones y su experiencia.

Era muy destacable la actitud que asumía ante sus errores. A diferencia de lo que ocurría en muchas clínicas de otros líderes de esa época, en la de Chifflet sus aciertos no se magnificaban y sus errores no se rebajaban a la categoría de cuchicheo de corredor de sus colaboradores. Chifflet analizaba sus propios errores para extraer enseñanzas para sí y para el grupo, porque creía que *"Decir de nuestros errores y fracasos y la forma de evitarlos … desnudarnos espiritualmente ante quien hurga a nuestro lado buscando de comprender los gestos de nuestra propia vida, es la única forma de dar continuidad en los tiempos al objeto esencial de nuestra ciencia, nuestro oficio, nuestro arte."* (7)

También debe destacarse que, a diferencia de otros grupos similares en los que por el influjo de la fuerte personalidad del jefe sus integrantes anulaban parte de su individualidad, y en su forma de pensar y de actuar en gran medida pasaban a parecerse a él, los que rodearon a Chifflet compartían sus principios y muchas características, pero no perdían las propias

ni su libertad e independencia. El papel de Chifflet consistía en ejercer *"vigilancia sobre una libertad relativa."*[7]

Esto no fue resultado de que él careciera de ascendiente necesario para imponerse a sus colaboradores; como se describe en el preámbulo lo tenía en grado mucho mayor que el necesario para liderar eficazmente un grupo. Fue la consecuencia de una actitud deliberada, basada en los modelos de organización que vio en su visita de 1935 a las clínicas quirúrgicas del nor-este de los Estados Unidos (ver capítulo 6), en las ideas que esta experiencia le despertaron y que, como se analiza en el capítulo 11, maduró y describió con detalle en un artículo periodístico en 1941 [2].

Contrariamente a lo que pudiera pensarse, esta libertad relativa y vigilada contribuyó a dar al grupo su cohesión, su solidez, su diversidad y su carácter de verdadero equipo.

## B.- CONSECUENCIAS DE ESTA ACCIÓN

A lo largo de los años, esta acción mantenida de Chifflet tuvo resultados.

A poco de acercarse a él, quienes lo hicieron percibieron sus actitudes frente al trato con los enfermos, la ciencia y la práctica de su especialidad, la profesión, sus colegas y colaboradores, la Facultad, la sociedad y la vida. Actitudes que constituían una propuesta de modelo a seguir, resultado de sus condiciones naturales modeladas durante su proceso de formación al lado de grandes maestros, pero también de su determinación, de sus reflexiones y de las convicciones a que éstas le condujeron.

Unos pocos, o no percibieron esta propuesta, o no concordaron y discreparon con ella. Se retiraron o sólo establecieron una relación mínima, indiferente y neutra como estudiantes anónimos, integrantes o funcionarios de una Clínica por la que transitaron sin que ésta los influyera. Se puede decir que ellos fueron **pasantes** por la Clínica de Chifflet.

La mayoría tuvo un grado variable de aceptación y de involucramiento con la propuesta.

En unos casos éstos fueron tímidos, parciales, pero notorios y los trasformó en sus **colaboradores**.

En otros la aceptación y el involucramiento fueron más intensos, no en forma pasiva por docilidad o comodidad, sino luego de un análisis crítico, que les mostró que el modelo era valioso y merecedor de consideración, y lo incorporaron a su práctica en forma tal que marcó en forma significativa toda su vida profesional, aún más allá de la muerte de Chifflet.

Éstos fueron sus **discípulos**, una condición siempre sentida por aquellos que les corresponde este calificativo, y que se manifiesta a quienes les

rodean por actitudes en las que se reconocen las de aquél que influyó en su formación.

Hay quienes sostienen que para considerar que alguien es discípulo de un determinado Profesor es necesario que haya ocupado un cargo titular en su Clínica.

Para el autor de esta biografía esta es sólo una condición administrativa, que puede coincidir con la condición de discípulo, que a menudo lo hace, y que sin duda la facilita, pero que no es imprescindible.

Discípulo de alguien es aquél que ha sido marcado en forma indeleble por su influencia, y esta influencia decisiva tiene otros carriles además del meramente administrativo.

Chifflet, refiriéndose a Lamas, desarrolló luminosamente este concepto. *"Cuando en un hombre se ven uno, dos, tres actos, tal vez no más, que lo definen de un modo categórico como un verdadero hombre, los que comienzan el culto de su persona, tienen incorporado a su propio yo, el mordiente para que no escape ni un gesto del maestro. Entonces, no en cuatro, sino en un año, se vive toda la vida pasada de ese hombre y en los años que siguen se está aún bajo esa influencia directriz."* (4)

– – –

La aparición de discípulos supone la existencia de un **maestro**, con una ascendencia natural sobre quienes le rodean, que con justicia lo reconocen como su modelo, su inspirador y su líder.

– – –

Cuando existen discípulos y maestro existe una **escuela**, en este caso de Cirugía.

Se ha señalado que para poder ser en plenitud, todos necesitamos de todos (8). Abel Chifflet no hubiera podido ser lo que fue, sin quienes estuvieron a su lado. Y éstos tampoco sin él.

*"Los sembradores de ideas arrojan siempre semillas que algún día han de fructificar, pero es necesario que exista un mínimo indispensable de preparación en el terreno, de adaptación al medio, de apoyo a la semilla que germina, de sostén al árbol que crece, porque si no, la idea luminosa da destellos sobre su gestor pero muy poco rinde a la humanidad."* (5)

## 2.- LA ESCUELA QUIRÚRGICA DE ABEL CHIFFLET

Chifflet y sus discípulos poseyeron varias particularidades que los caracterizaron.

## A.- UNA ALTA CONSIDERACIÓN Y RESPETO POR LA PERSONA DEL PACIENTE

Se señala en primer lugar por su importancia y porque tuvo especial destaque.

Chifflet enseñó a no ver a cada enfermo como un caso, o desde los problemas puramente biológicos de su situación, sino como un ser humano afectado por una enfermedad que por supuesto debía conocerse y encararse de manera correcta y exigente, pero cuyas múltiples repercusiones particulares debían ser tenidas en cuenta para matizar adecuadamente las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

En suma, enseñó a establecer un alto nivel de empatía con los pacientes, a conectarse con ellos, conocer sus ideas, sentimientos y necesidades, de manera de tener una equilibrada visión holística de los mismos. Pero evitando, a través de la valoración objetiva y precisa de cada componente de ese conjunto general, que se perdiera de vista el objetivo final de la tarea, que era intentar curarlo.

## B.- UNA POSTURA INTELECTUAL AMPLIA, OPUESTA AL DOGMATISMO

Chifflet enseñó a sus discípulos a estar siempre abiertos al libre intercambio de los conocimientos, los hechos correctamente observados, los análisis sensatos y las argumentaciones razonables y bien fundadas.

## C.- UNA VISIÓN SIMILAR DE LA CIRUGÍA

Ésta se concebía como una especialidad de la Medicina centrada en la técnica operatoria, realizada no por ella misma como una deslumbrante coreografía pre-establecida, sino con sentido de proporcionalidad a las necesidades de cada paciente, siempre de acuerdo con una sólida base de conocimientos actualizados y valorados como avances, y con los principios de la Ética.

El grupo mantenía una información actualizada, pero los cambios se adoptaban de manera reflexiva y oportuna. Esta postura no era conservadora ni entorpecía la incorporación de avances, pero difería claramente de las posiciones "noveleras" que incorporaban en forma sistemática, poco reflexiva, y por un equivocado criterio de competición en lo posible antes que los demás, los últimos cambios de que se tenía noticia.

Como se ha visto, esta base de conocimientos fue enriqueciendo sus fundamentos con el tiempo. Inicialmente fue anatómica, anatómica regional dinámica, y anatomo-patológica [3].

Luego sumó un énfasis fisiopatológico, evolución en que pueden señalarse como ejemplos a Luis Praderi en Cirugía del reflujo gastro-esofágico, a Carlos Ormaechea y Milton Mazza en Cirugía Vascular Periférica y de la Hipertensión portal, o a Raúl Praderi en Cirugía bilio-pancreática.

En los últimos años de su vida Chifflet avizoró una cirugía biológicamente basada [9]. No tuvo oportunidad de vivirla, pero plantó o hizo crecer su semilla en sus discípulos, particularmente en Uruguay Larre Borges. Desde mediados de la década de 1960 éste la hizo posible en forma continuada. Primero en el nivel experimental en el Laboratorio de Cirugía Experimental de la Cátedra de Cirugía, y luego en el activo y fecundo Laboratorio de Cirugía Experimental del Departamento Básico de Cirugía. Finalmente en el nivel clínico cuando fue Profesor de Clínica Quirúrgica en el Hospital Maciel y posteriormente en el Hospital de Clínicas.

## D.- CAPACITACIÓN SÓLIDA EN CIRUGÍA GENERAL Y PROFUNDIZACIÓN, MUCHAS VECES AL GRADO DE ESPECIALIZACIÓN, EN ALGÚN ÁREA DE LA CIRUGÍA

Todos los colaboradores de Chifflet tenían una sólida capacitación en Cirugía General, pero además muchos de ellos se especializaron en un área. Ésta se elegía por preferencias personales de los interesados, muchas veces inicialmente borrosas para éstos, pero clarificadas por el análisis y la sugerencia o el consejo casi siempre acertados de Chifflet; raramente se elegía por motivos casuales.

De esta manera:

- cada integrante poseía un sólido dominio de un campo limitado de la Cirugía.
- entre todos se ayudaban, de modo que siempre se contaba con el aporte de los más capacitados en el área específica del problema de los pacientes que se debían asistir, para resolverlos de la mejor manera posible.
- la capacidad resolutiva del grupo abarcaba la mayor parte del espectro de la Cirugía y excedía la simple suma de la de cada uno de los integrantes.
- y éste alcanzó una estructura organizativa de un nivel más elevado, transformándose en un verdadero equipo.

Esta forma de organización para el trabajo clínico hoy no sorprende. Pero en su momento, por diversas razones, en nuestro país no era común que clínicas enteras o grupos de profesionales formados en ellas se dedicaran en profundidad a la investigación, docencia y tratamiento en determinadas áreas de la especialidad.

Por eso constituyó una de las primeras respuestas de adaptación orgánica, esto es no individual sino de todo el equipo estructurado y dinámico de una Clínica Quirúrgica de nuestra Facultad de Medicina, a la aceleración del crecimiento de la Cirugía. En su momento abarcaba el espectro prácticamente completo de los recursos reales y los incesantes avances de la cirugía parietal y visceral de cuello y tronco y el de la cirugía vascular periférica.

Entre los colaboradores de Chifflet que en las distintas épocas profundizaron su capacitación en un área específica, merecen recordarse:

- Alberto Aguiar: cirugía colo-recto-anal.
- Héctor Ardao: cirugía reparadora.
- Mario Bossano: cirugía tiroidea, mamaria y colo-recto-anal.
- Bolívar Delgado: cirugía biliar, cirugía venosa y, luego de la muerte de Chifflet, cirugía tiroidea.
- Alberto Del Campo: cirugía venosa y luego de la muerte de Chifflet, cirugía mamaria.
- Uruguay Larre Borges: cirugía torácica y cardíaca; cirugía vascular periférica y, luego de la muerte de Chifflet, cirugía del trasplante renal.
- Gonzalo Maquieira: cirugía de la Equinococosis hepática.
- Julio Mezzera: cirugía torácica no cardíaca.
- Carlos Ormaechea y, posteriormente, Milton Mazza: cirugía vascular periférica y de la hipertensión portal.
- Hernán Parodi Samonati: cirugía hepática.
- Luis A. Praderi: cirugía esófago-gástrica y torácica no cardíaca.
- Raúl C. Praderi: cirugía hepato-bilio-pancreática.
- Ruben Varela Soto: cirugía de la mano.

Algunos de éstos y otros de sus colaboradores migraron hacia especialidades quirúrgicas ya definitivamente independizadas: Neurocirugía (Osvaldo Fregeiro), Urología (Ricardo Saldaña, Luis Bonavita y Jorge Pereyra Bonasso), Cirugía Pediátrica (Orestes Sbárbaro y, sin dedicarse exclusivamente a ella, Gonzalo Maquieira y Manlio Chizzola).

## E.- CLIMA DE RELACIONES HUMANAS DE CALIDAD

Este clima, necesario para el avance y la superación, neutralizaba las consecuencias de la fuerte personalidad usual en quienes se dedican a la Cirugía.

Era respetuoso de la jerarquía y autoridad del jefe, y libre de cualquier tipo de tensiones que no fueran las inherentes a la naturaleza de la realización quirúrgica.

No era fruto del azar o de la integración circunstancial, naturalmente cambiante, de personas de carácter bondadoso al grupo. En gran parte era consecuencia de una permanente actitud vigilante del jefe, que en las raras circunstancias en que aparecían tensiones preocupantes, rápidamente y en forma discreta pero eficaz, las atenuaba y hacía abortar.

En este clima, todos los que con sus actividades realmente contribuían al avance del grupo se sentían a gusto en la Clínica, confiados, distendidos y gratificados porque notaban que su concurrencia y su actividad era percibida y reconocida, y ello constituía un continuo aliciente a seguir creciendo, trabajando y produciendo.

Realmente, si se trabajaba en forma responsable, en la Clínica de Chifflet se pasaba muy bien; día a día se sentía que se crecía en conocimientos, en capacitación técnica y en formación científica y ética, en apoyo mutuo, y de este modo se adquiría y se acentuaba la confianza en sí mismo, condición tan necesaria en la práctica de la Cirugía.

## F.- PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ABUNDANTE, DIVERSA, VALIOSA, Y ACTUALIZADORA

Chifflet estimuló esta producción, facilitó su divulgación y ante ella tuvo una actitud generosa. No tomó para sí el producto del trabajo de sus colaboradores, sino que lo encauzó para que ellos crecieran, y adquirieran justificada autoridad personal en el tema.

## G.- ACTUACIÓN PROFESIONAL QUIRÚRGICA DESTACADA SIMULTÁNEA O POSTERIOR, EN LA PRÁCTICA MUTUAL O PRIVADA, EN MONTEVIDEO Y EL INTERIOR DEL PAÍS, DE QUIENES INTEGRARON O PASARON POR LA CLÍNICA, SE FORMARON EN ELLA Y MANTUVIERON EL VÍNCULO

Entre ellos pueden mencionarse a Raúl Amorín en Florida, Miguel Zagía en Artigas, José Lucas en Melo y Juan Carlos Pertusso en Rocha y Hugo Méndez Aserito en Mercedes.

## H.- ACCESO DE MUCHOS DE ELLOS A PUESTOS DE ALTA RESPONSABILIDAD EN LA ESTRUCTURA ACADÉMICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Entre ellos corresponde mencionar:

- Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica: Gonzalo Maquieira y Milton Mazza, quienes deliberadamente optaron por no aspirar al

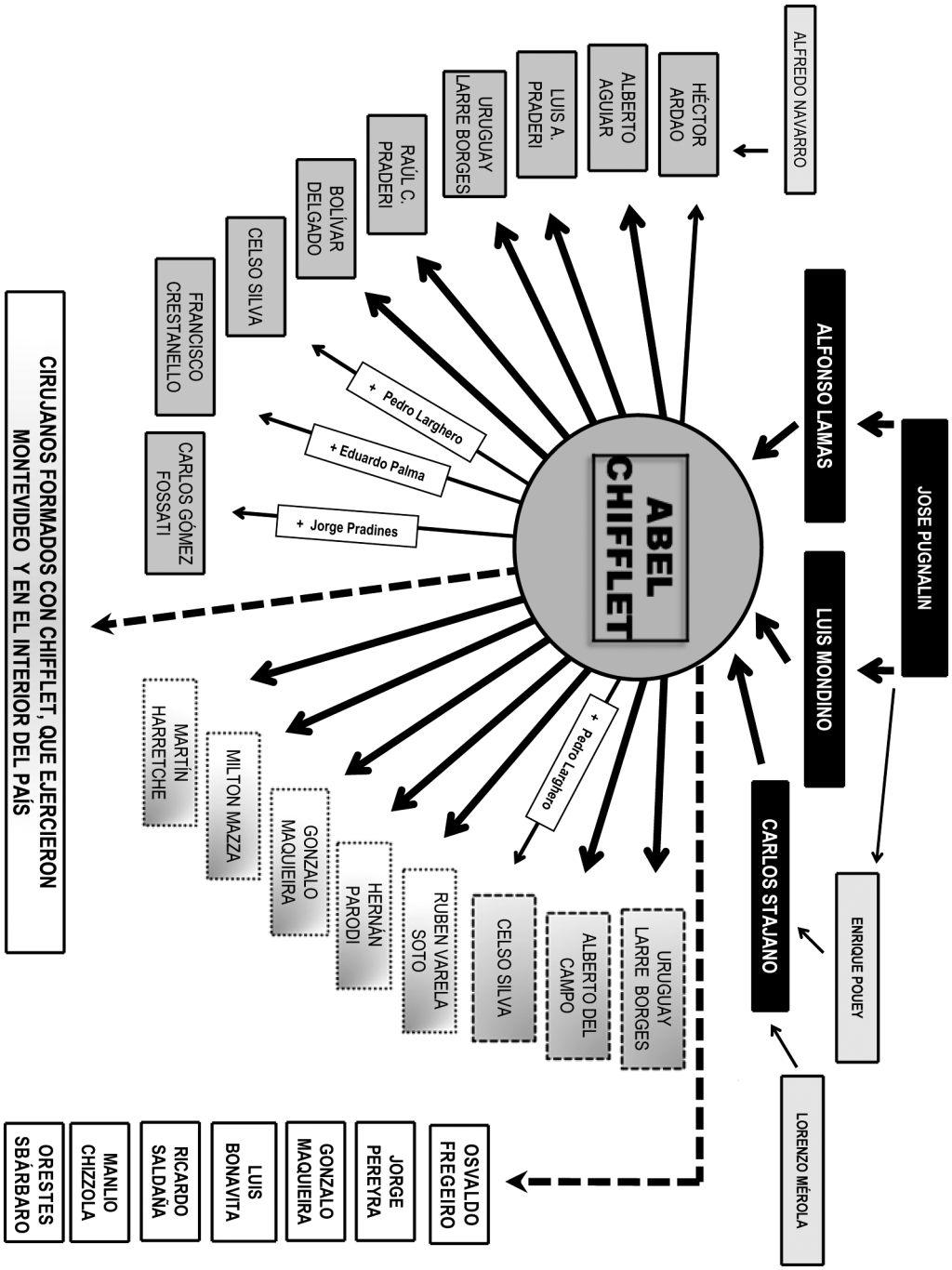
cargo de Profesor que sin duda habrían alcanzado y desarrollado con gran competencia y provecho.

- Profesores Agregados de Cirugía Pediátrica: Gonzalo Maquieira, Manlio Chizzola y Orestes Sbárbaro.
- Profesor Agregado de Urología: Luis Bonavita.
- Profesores del Departamento Básico de Cirugía: Uruguay Larre Borges, Celso Silva y Alberto Del Campo; y Profesores Agregados del mismo: Bolívar Delgado, Carlos Gómez Fossati, y el autor de esta biografía.
- Profesores de Clínica Quirúrgica: Alberto Aguiar, Luis Praderi, Uruguay Larre Borges, Raúl Praderi, Bolívar Delgado, Celso Silva, el autor de esta biografía y Carlos Gómez Fossati. Como hecho señalable en este grupo, debe destacarse que en 1987, cuando luego del restablecimiento democrático, por el correspondiente llamado a aspirantes se llenaron los seis cargos de Profesor-Director de las Clínicas Quirúrgicas de la Facultad de Medicina en los Hospitales Maciel, Pasteur y de Clínicas, todos los designados eran, en todo o en parte, discípulos de Chifflet.
- Profesores de otras especialidades quirúrgicas: Osvaldo Fregeiro (Neurocirugía); Jorge Pereyra Bonasso (Urología).
- Profesores en países vecinos. Manlio Chizzola (Anatomía) y Ricardo Saldaña (Urología), en la Universidad de Río Grande del Sur.

– – –

Por su organicidad, por su estabilidad en el tiempo, por compartir colectivamente un objetivo común de excelencia, un sistema de conceptos sobre la Cirugía, la intención y la capacidad de hacerla progresar y de incorporar los cambios en sus conocimientos y en sus técnicas cuando en forma racional y crítica se valoraban como avances, este grupo constituyó una **Escuela Uruguaya de Cirugía.**

Como sus principales características fueron modeladas por su orientador, es de justicia denominarla la **Escuela Uruguaya de Cirugía de Abel Chifflet.**




La Escuela Quirúrgica de Chifflet en la genealogía de la Cirugía Uruguaya.
Profesores titulares de Clínica Quirúrgica (línea continua, fondo gris homogéneo), Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica (línea punteada, fondo gris degradado), Profesores titulares del departamento Básico de Cirugía (línea guionada, fondo gris degradado) y Profesores titulares y Profesores Agregados en Especialidades Quirúrgicas en Uruguay o países vecinos (línea continua, fondo blanco).

## 3.- UBICACIÓN DE ESTA ESCUELA DENTRO DE LA CIRUGÍA URUGUAYA

Como se ha visto en los primeros capítulos, Alfonso Lamas y Luis Mondino ejercieron considerable influencia en la modelación de las condiciones profesionales y docentes que caracterizaron a Chifflet [6].

Lamas y Mondino se formaron en Cirugía con el primer Profesor de Clínica Quirúrgica y séptimo Decano de nuestra Facultad José Pugnalin (1840-1900), italiano por su nacionalidad y por su formación profesional.

Carlos Stajano también influyó en la formación de Chifflet; Stajano fue discípulo de Enrique Pouey y de Lorenzo Mérola, y a través del primero, aunque sea parcialmente, discípulo indirecto de Pugnalin.

La Escuela de Chifflet tuvo influencia formadora directa sobre incontables estudiantes y cirujanos en los que marcó a fuego sus principios esenciales.

Se suele decir que los maestros potencialmente condicionan la eternidad, porque nunca se puede saber cuando su influencia se extinguirá [10].

Luego de la muerte de Chifflet, cirujanos formados con él alcanzaron puestos de máxima responsabilidad en la docencia de la Cirugía en la Facultad de Medicina. Continuaron aplicando esos principios en sus clínicas, con modificaciones personales y adaptaciones a los cambios de la Cirugía, que no afectaron su esencia. Y los trasmitieron a la nueva generación de docentes superiores de Cirugía de la Facultad, la actual, que no conoció personalmente a Chifflet y sabe muy poco de él, pero que sin percibirlo conscientemente los conservan y continúan aplicando.

De estos hechos puede concluirse que los principios fundamentales de la Escuela de Chifflet, "padre" en Cirugía de muchos cirujanos y docentes de la Facultad de Medicina aún vivos pero ya retirados, y "abuelo" de otros que hoy están en actividad, han demostrado ser en gran parte intemporales.

Pero no sus conceptos, sobre los que tuvo clara la noción de que estaban destinados a evolucionar y cambiar. Y a diferencia de otros líderes quirúrgicos, con su espíritu amplio, como en su momento señaló en Lamas, dejó abiertas *"las posibilidades de que nuevas generaciones se incorporaran…"* al progreso de la especialidad [6].

– – –

La Escuela Quirúrgica de Chifflet se integra pues en una línea genealógica de la Cirugía Uruguaya, que es la más larga de todas las que tuvo o tiene la Facultad. Esta línea se extiende en forma continua desde los

orígenes de nuestra Facultad y de nuestra Cirugía hasta nuestros días. Hoy tiene 136 años.

Además puede considerársela como la más autóctona, porque más allá de que su primer integrante Pugnalin inevitablemente se formó en Europa, y Pouey en parte también, todos los demás se formaron en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Actualmente esta escuela posee entre cinco y siete generaciones sucesivas de cirujanos que fortalecieron y adaptaron a los tiempos esos principios, y los siguen aplicando en su actividad asistencial y su docencia.

## Referencias bibliográficas

**1.- Chifflet A.**
26 de junio de 1928. Discurso en homenaje al Profesor Enrique Pouey.
Boletín Oficial de la Liga Uruguaya contra el Cáncer Genital Femenino 1928; 16: 55-60.

**2.- Chifflet A.**
Cirugía y Cirujanos en Estados Unidos.
Diario EL PAÍS. 1941. 4 de julio Páginas 7 y 8.

**3.- Chifflet A.**
Títulos Méritos y Trabajos.
Montevideo. Rosgal. 1944. 46 págs.

**4.- Chifflet A.**
25 de abril de 1945.
Clase inaugural. Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria.
An Fac Med 1945; 30, 597-611.

**5.- Chifflet A.**
Discurso en la sesión del Consejo Central Universitario en el cambio de Rector.
Anales de la Universidad. 1949. Entrega 164.
http://www.periodicas.edu.uy/Anales_Universidad/pdfs/Anales_Universidad_a58_entrega_164_1949.pdf

**6.- Chifflet A.**
Homenaje al Profesor Lamas.
Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 698-701.

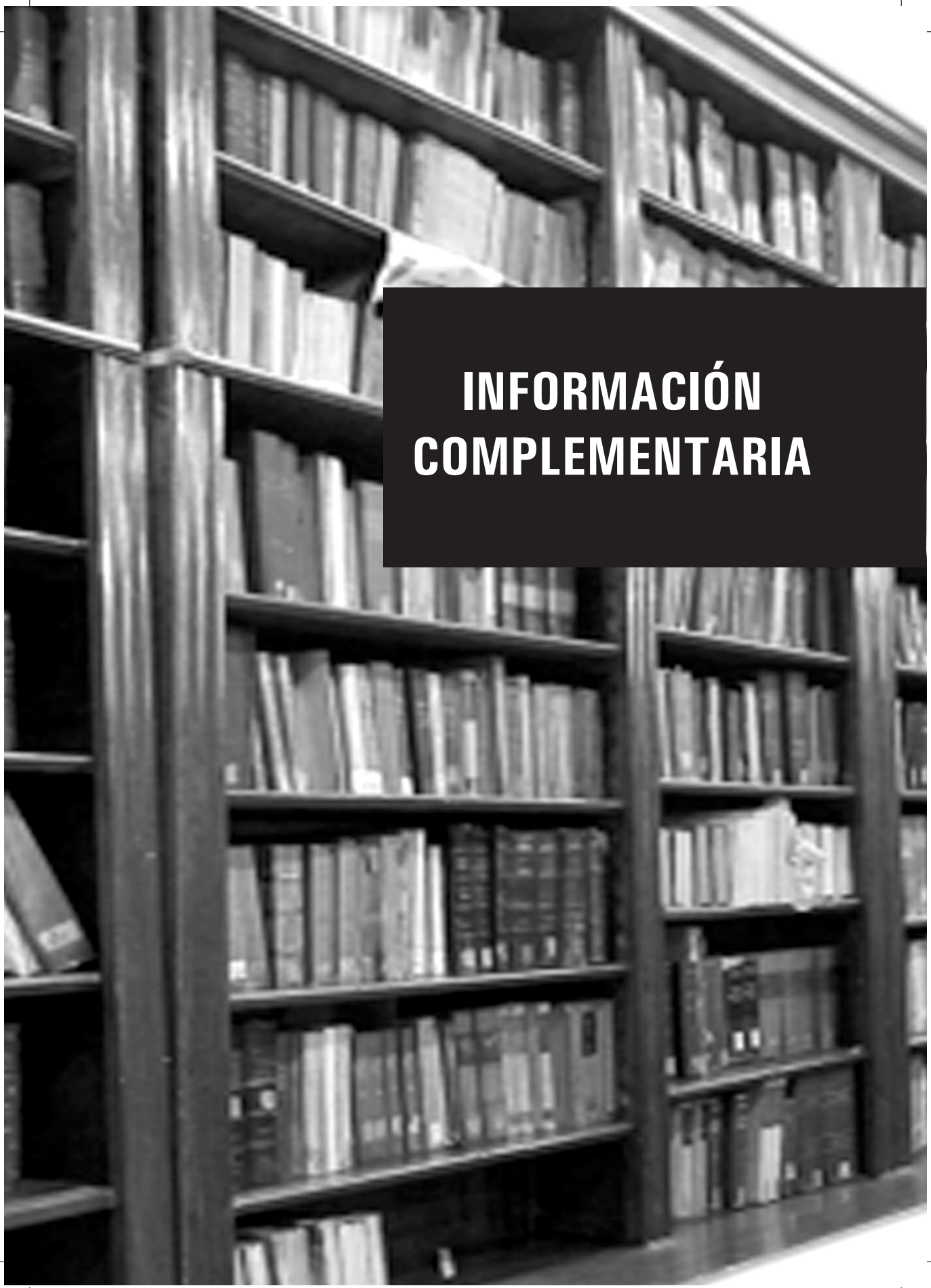
**7. - Chifflet A.**
VII° Congreso Uruguayo de Cirugía. Discurso Inaugural.
Montevideo. 1956. págs 7-11.

**8.- Paz O.**
Piedra de sol. Poema. México. 1957
http://www.palabravirtual.com/index.php?ir=ver_voz1.php&wid=1978&p=Octavio%20Paz&t=Piedra%20de%20sol

**9.- Peacock E. Van Winkle W.**
Wound repair.
Philadelphia. Saunders. 1976.

**10.- Zinner M.**
Joel J. Roslyn M.D.
Ann Surg. 1999; 230: 613.





# INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA



CAPÍTULO 18

# SINOPSIS CRONOLÓGICA DE LA VIDA Y OBRA DE ABEL CHIFFLET

En la preparación de este libro se recogieron múltiples datos.

Para no perderlos, o en forma involuntaria pasarlos por alto, se los colocó en una matriz que los ordenó por la fecha en que ocurrieron los hechos a que se referían.

De esta manera, sin proponérselo, en forma progresiva se creó una sinopsis cronológica que en forma sintética y gráfica muestra las relaciones temporales que guardan entre sí los principales componentes de su vida y obra.

Su consulta permitió tener visiones de conjunto, identificar períodos, y hacer no pocas inferencias. Sin esta herramienta muchas de ellas no hubieran sido evidentes para el autor.

Se reproduce en este capítulo porque puede servir de ayuda al lector para ubicar en sus contextos los hechos que se describen en esta biografía.

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS * |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| **Década de 1900** | | | | | |
| 1904 | 18-jul | Nace en una chacra de "El Rincón", en el "Ejido de las chacras" de la ciudad de Mercedes (Departamento de Soriano)<br><br>Vive allí hasta los cuatro años de edad. | | Revolución o Guerra civil entre Blancos y Colorados | |
| 1906 | 22-jun | Muere su padre Juan Chifflet Goteland | | | |
| 1908 | | Muere su abuelo paterno Jean Guillaume Chifflet<br><br>Con su madre y hermanos pasa a vivir en la ciudad de Mercedes | | | |
| **Década de 1910** | | | | | |
| 1910-1920 | | Vida en Mercedes<br><br>No sale del Departamento de Soriano | Estudios primarios<br><br>Escuela de varones número 1 de Mercedes | | |
| | 1910 (17 sept) | Muere su abuela paterna Paulina Goteland | Estudios secundarios<br><br>Liceo Departamental de Soriano | | |
| **Década de 1920** | | | | | |
| Principios de 1921 | | | **TRASLADO A MONTEVIDEO** | | |
| 1921-22 | | Por 16 años vive en pensiones próximas a la Facultad de Medicina | Estudios preuniversitarios en la Sección Enseñanza Secundaria de la Universidad | | |
| 1923 | | | **INGRESO A LA FACULTAD DE MEDICINA** | | |

* La leyenda (PD) que aparecec en lugar de un número correlativo es numerosos trabajos, significa **Publicación Duplicada.** Hasta 1961 cuando la segunda presidencia de Chifflet de la Sociedad de Cirugía del Uruguay (capítulo 13), los trabajos presentados en ella se publicaban en sus Boletines, y luego en los Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Por tanto no constituyen publicaciones redundantes. pero deben señalarse para contabilizar su producción científica en la forma más exacta posible.

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1924 | | | Estudios pre-clínicos | | |
| 1925 | | | Estudios clínicos | | |
| | | | **PRACTICANTE EXTERNO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA** (Clínica Quirúrgica de Alfonso Lamas en el Hospital Maciel) | | |
| | 14-abr | | **AYUDANTE DE DISECCIÓN DEL INSTITUTO DE ANATOMÍA** Concurso de oposición. Titular por dos años; confirmado en 1927 y 1928 | | |
| 1926-28 | | | **PRACTICANTE INTERNO DE LA ASISTENCIA PÚBLICA** Rotaciones en las Clínicas de Juan Pou Orfila, Francisco Canessa, Alfonso Lamas en el Hospital Maciel, y de Prudencio de Pena en el Hospital Pereira Rossell | Discurso en el Homenaje al Prof. Enrique Pouey | |
| 1929 | 29-abr | | **DISECTOR DEL INSTITUTO DE ANATOMÍA** Concurso de Oposición. Titular por dos años (1929 y 1930) | | 1.- Ausencia congénita de pectorales. Presentado al Instituto de Anatomía |
| | Dic | | **MÉDICO-CIRUJANO** | **MEDALLA DE ORO DE LA GENERACIÓN** (La mejor escolaridad hasta entonces. Exoneración del pago de derechos del título) | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Década de 1930** | | | | | |
| 1930 | ¿? | | MÉDICO DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EXTERNA<br><br>MÉDICO EVALUADOR DE INCAPACIDADES EN LA CAJA DE JUBILACIONES | | |
| | | | MÉDICO ADJUNTO DE SALA EN LA SALA MACIEL (Segunda Clínica Quirúrgica de la F. de Medicina. Prof. Alfonso Lamas)<br><br>ADJUNTO DEL SERVICIO DE PUERTA DEL HOSPITAL MACIEL<br>Con V. Pérez Fontana y J.C.Del Campo. Suplente de otros titulares (Primer año) | **BECA ANUAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA 1929-1930** | 2.- Fracturas y luxaciones abiertas del cuello del pie. Presentado a la Asistencia Pública Nacional<br><br>3.- **TESIS PARA EL CONCURSO DE BECAS ANUALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA. ESTUDIO ANATOMO-QUIRÚRGICO DEL ÁNGULO DUODENO-YEYUNAL.**<br>An Fac Med 1932; 17. Imprenta Nacional. 1932. 70 págs. |
| 1931 | | | MÉDICO ADJUNTO DE SALA EN LA SALA MACIEL (Prof. A. Lamas) Y DEL SERVICIO DE PUERTA (Segundo año) | | 4.- Contusión de abdomen.El Estudiante Libre 1931; 111: 57-69 |
| 1932 | 06-ene | | | **CONFLICTO ÉTICO CON EDUARDO BLANCO ACEVEDO** | 5.-La distensión del peritoneo parietal en las hemorragias subperitoneales en el postoperatorio. Colaboración con el Prof. C. Stajano. Bol Soc Cir Mont 1932; III: 3-16<br><br>6.- Las perforaciones gastroduodenales en el último trienio en el Hospital Maciel. Colaboración con V. Pérez Fontana. Rev Cirug B.Aires 1932; X: 473-478.<br>(PD) Bol Soc Cir Mont 1932; 3: 18-25<br><br>7.- Crónicas del 4º Congreso Argentino de Cirugía (1932). Arch Urug Med Cir Espec 1932; I: 264-270 y 1933; II: 101-112<br><br>8.- Los servicios de retiro por enfermedad en el Ferrocarril Argentino. Inédito |
| | 15-mar | | **PRUEBA DE ADMISIBILIDAD PARA JEFE DE CLÍNICA TITULAR**<br><br>Primer lugar. 2ª Clínica Quirúrgica de Alfonso Lamas Hospital Maciel Desempeño entre 1932 y 1934 | | |
| | ?/10 | | | Delegado de la Facultad ante el 4º Congreso Argentino de Cirugía | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1933 | | | GOLPE DE ESTADO DE TERRA | DELEGADO ESTUDIANTIL EN EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA (1933-1934)<br><br>**DIFERENDO CON EL DECANO ROSELLO**<br>Autor del Reglamento de concurso de Jefe de Clínica | 9.- **TESIS DE AGREGACIÓN DE CIRUGÍA**<br>**FISIOLOGÍA DEL TARSO POSTERIOR. SU EQUILIBRIO TRANSVERSAL**<br>Montevideo Impresora Uruguaya. 1933. 60 páginas |
| | | | | VICE-PRESIDENTE DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY<br><br>Por renuncia del Presidente Bastos Peltzer debió ocupar la presidencia durante cinco meses | |
| | 09-dic | | **PROFESOR AGREGADO DE CIRUGÍA**<br><br>Concurso de méritos y oposición. Nombrado por cinco años (1933-1937). Confirmado en 1937 y 1943. Renunció en 1944 cuando fue nombrado Profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1934 | | | Colaborador en la Enseñanza de la Patología Quirúrgica | SECRETARIO GENERAL DE LA ASAMBLEA DEL CLAUSTRO (1934-35)<br><br>Integrante del Comité de Redacción del Boletín del SMU | 10.- La espina bífida oculta y la sacralización de la 5ª lumbar. Colaboración con el Dr. J. F. Canessa. Boletín mensual Sala Francisco Cabrera. 1934; Nos. 3-4, 12 páginas<br><br>11.- Peritonitis por ruptura de un quiste del ombligo. Colaboración con el Dr. Rolando. Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 34-37<br><br>12.- A propósito de la comunicación del Prof. Nario sobre "Circulación venosa del gran epiplón". Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 221-224<br><br>13.- A propósito de la comunicación del Dr. J. Piquinela sobre "Traumatismo del cráneo. Hundimiento de la pared anterior del seno frontal." Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 263-268<br><br>14.- A propósito de la comunicación de Pereira y Palma "Sobre el drenaje de la rodilla". Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 3 páginas<br><br>15.- Vólvulo del sigmoide. Bol Soc Cir Mont 1934; 5: 282-290 |
| 1935 | | | | **USUFRUCTO DE LA BECA ANUAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA**<br><br>(Viaje a Estados Unidos de América, Cuba y Chile). | 16.- Fracturas abiertas. Biblioteca de El Estudiante Libre. Montevideo. Rosgal. 1935<br><br>17.- Equinococosis peritoneal secundaria. Con H. Ardao. An Fac Med 1935; 20: 122-150<br><br>18.- Quiste hidático del seno. Con H. Ardao.An Fac Med 1935; 20: 10 págs<br><br>19.- La asistencia al trabajador incapacitado para trabajar. Inédito<br><br>20.- Hemorragia. Anemia por hemorragia. Biblioteca de El Estudiante Libre. Montevideo. Rosgal. 1935 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1936 | 02-may | | | **17º PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY** | 21.- Informe sobre Cirugía Experimental que se realiza en algunos centros científicos de Norte América. An Fac Med 1936; 21: 485-506<br><br>22.- El cáncer del estómago. Arch Urug Med Cir Esp 1936; 8: 249-252, 355-358 y 439-443<br><br>23.- **FOLLETO: EQUINOCOCOSIS** (Quiste hidático). Montevideo Imprenta Mercant. 1936. 62 páginas<br><br>24.- Tratamiento de los quemados. Día Méd. B Aires. 1936; 8: 1029-1038<br><br>25.- Apología del Mac Burney. Cátedra y Clínica. 1936; 3: 441-447<br><br>26.- Crónicas de viaje: **LA CLÍNICA MAYO**. Acción Sindical. 1936; 16: 33-37<br><br>27.- Crónicas de viaje: La locomoción en New York. Acción Sindical. 1936; 16: 38-40<br><br>28.- Crónicas de viaje: Los negros en Norte América. Acción Sindical. 1936; 16: 46-48<br><br>29.- Crónicas de viaje: Cómo vive la clase media en New York. Acción Sindical. 1936; 16: 22-24<br><br>30.- Crónicas de viaje: Historia y particularidades de New York. Acción Sindical. 1936; 17: 21-24 |
| | 23-jun | | **PROFESOR AGREGADO ADJUNTO DE LA CLÍNICA DEL PROFESOR STAJANO EN EL HOSPITAL PASTEUR** (Varias veces encargado de la Clínica en ausencia del Profesor Stajano) | | |
| | ¿? | Alquila una casa en la calle Sierra 2076 | | **COMIENZA LA PRÁCTICA PRIVADA** | |
| 1937 | 17-mar | Matrimonio con Ada Marta de Lodron | | | 31.- El neumoquiste perivesicular. Con el Dr. Purriel. Arch Urug Med Cir Espec 1937; XI: 639-651<br><br>32.- La eosinofilia costal en el quiste hidático del pulmón. Arch Urug Med Cir Espec 1937; XI: 655-656 |
| | 30-dic | Nace su hija Sonia | | | |
| | ¿? | | Consultorio en la calle Colonia 1189 | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1938 | | | | Integrante de la Comisión para exponer el tema Quiste hidático de Pulmón en el 10º Congreso Argentino de Cirugía<br><br>Integrante del Comité Ejecutivo , del Consejo Arbitral y Presidente del Consejo Directivo de la División Científica del SMU<br><br>Expuso en Córdoba la organización del Sindicato Médico del Uruguay | 33.- Equinococosis preperitoneal. Bol Soc Cir Mont. 1938; 9: 365-376<br><br>34.- La intermitencia en el signo del casquete claro. Con P. Purriel. Arch Urug Med Cir Espec. 1938; 13: 147-54<br><br>35.- Infarto uterino post-aborto. Histerectomía. Curación. Con Tobler y Scandroglio. Bol. Soc. Cir . Mont. 1938; 9: 26 págs. (PD) Arch Urug Med Cir Espec 1938; 13: 221-246<br><br>36.- Accidente sérico. Responsabilidad legal. Arch. Urug. Med. Cirug. y Espec. 1938; 13: 593-598.<br><br>37.- Un caso de mucocele apendicular. Con J.J. Scandroglio. An Fac Med . 1938; 23: 669-676<br><br>38.- Supuración metastática en las equinococosis múltiples. Con W. Suiffet An Fac Med. 1938; 23: 958-963<br><br>39.- Fractura de Dupuytren. Est Libre. 1938; 152: 3-14<br><br>40.- Evolución de un megacolon total operado. Con C. Stajano. Presentado a la Sociedad Médico-Quirúrgica del Hospital Pasteur<br><br>41.- El desprendimiento de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado. Con R. Musso. An Fac Med 1938: 23; 950-957<br><br>42.- Algunas consideraciones sobre el tratamiento del Quiste hidatídico del pulmón. Rev Tuberc Urug 1938; VII: 53-56<br><br>(PD). La intermitencia en el signo del casquete claro. Con P. Purriel. Arch Urug Med Cir Espec 1938; 13: 147-154<br><br>43.- La retención seca de membrana. Con P. Purriel. 10º Congreso Argentino de Cirugía. 1938. 184-193 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTIN-CIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 44.-Facultad de Medicina de Montevideo. Instituto de Radiología. Instituto de Anatomía Patológica Catálogo de la exposición de Quiste Hidático de Pulmón. Con Cunha, Del Campo y Purriel. 10º Congreso Argentino de Cirugía. 1938. 33 págs<br><br>45.- Infarto del colon transverso. Resección. Curación. Con C. Domínguez. Bol Soc Cir Mont 1938; 9: 12 págs |
| 1939 | | | | | 46.- Equinococosis preperitoneal. Trabajo discutido por los Profs. F. Devé, D. Prat y J.C. Del Campo. Montevideo. Monteverde. 1939. 47 págs<br><br>(PD) Infarto del colon transverso. Resección. Curación. Con C. Domínguez. Arch Urug Med Cir Espec 1939; 14: 304-315<br><br>47.- Táctica operatoria en la equinococosis peritoneal múltiple. Arch Urug Med Cir Espec. 1939; 15: 211-221<br><br>(PD) Equinococosis preperitoneal. Arch Urug Med Cir Espec 1939; 15: 265-277<br><br>48.- Ulcus duodenal. (Nota editorial). Número Científico de Acción Sindical. 1939; 1: 3-4<br>(El número fue re-editado como número 2 en marzo de 1944)<br><br>49.- Cánceres de localización frecuente. (Nota editorial) Número Científico de Acción Sindical. 1939; 1: 271-272 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Década de 1940** | | | | | |
| 1940 | 06-ago | Nace su hijo Juan Albérico | | | 50.- Fisiopatología del sistema venoso. Número Científico de Acción Sindical 1940; 2: 43-55 |
| | ??/10 | | | Invitado a dictar Conferencias en la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba | 51.- Várices. Número Científico de Acción Sindical 1940; 2: 57-72<br><br>52.-El diagnóstico de la equinococosis pulmonar múltiple. Con P. Purriel y H. Ardao. Arch Urug Med Cir Espec 1940; 17: 437-449<br><br>53.-Calcificación del núcleo pulposo intervertebral. Con V. Soriano. Bol Soc Cir Mont 1940; 11: 447-451<br><br>54.- Hernia posterior del núcleo pulposo. Con V. Soriano. Bol Soc Cir Mont 1940; 11: 364-370. (PD) Arch Urug Med Cir Espec 1940; 17: 618-624<br><br>55.- A propósito del catgut. Bol Soc Cir Mont. 1940;11: 375-376<br>(PD) Arch Urug Med Cir Espec 1940; 17: 627-630<br><br>56.- Amputación del muslo. Sección previa por vía anterior de los vasos femorales o poplíteos y del nervio ciático. Gaceta Médica del Uruguay. 1940; 2: 5-6<br><br>57.- La incisión transversa supra umbilical y las complicaciones pulmonares postoperatorias. An Fac Med. 1940; 25: 8 págs |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1941 | | Adquiere una casa en Gonzalo Ramírez 2133 | | | (PD) Calcificación del núcleo pulposo intervertebral. Con V. Soriano. Arch Urug Med Cir Espec 1941; 18: 455-459<br><br>58.- Alergia tisural y quiste hidático. (Conferencias en Córdoba y Rosario en octubre de 1940) Revista Médica Latino-Americana 1941; XXVII: 3-13<br><br>59.- Fibroma de hígado. Exéresis. Curación. Bol Soc Cir Mont 1941; 12: 98-107<br><br>60.- Ulcus gastro-duodenal y trabajo. Con W. Suiffet. Arch. Urug. Med. Cirug. y Espec. 1941; 18: 369-384<br><br>61.- La hernia inguinal. El Día Médico Uruguayo. 1941; 9: 608-611<br><br>62.- Comentario sobre la recidiva herniaria inguinal. Asociación Argentina de Cirugía. Sesión del 6 de octubre de 1941. Págs 414-415<br><br>63.- La columna vertebral en los aneurismas de la aorta. Con H. Méndez. Bol Soc Cir Mont 1941; 12: 231-237<br><br>64.- Equinococosis y espacios interhepatofrénicos. Con H. Ardao. 13º Congreso de la Asoc. Argentina de Cirugía. 1941. 17 págs<br><br>65.- Cirugía y cirujanos en Estados Unidos. Montevideo. Diario "El País". 4 de julio de 1941. págs 7-8 |
| | 09-mar | Muere su madre | | **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY** | |
| 1942 | | | | | 66.- Hernia diafragmática intra y retroperitonal. Bol Soc Cir Urug. 1942; 13: 137<br><br>67.- Táctica quirúrgica en los síndromes costoescalénicos. Con C. Muñoz Monteavaro. Arch Urug Med Cir Espec 1942; 21: 78-89<br><br>68.- Tratamiento quirúrgico de la ciáticas por malformaciones de la 5ª lumbar. Bol Soc Cir Urug 1942; 13; 146-162<br><br>69.- Tratamiento médico de la equinococosis. Día Méd Urug 1942; 9: 1-5 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 70.- Sesenta observaciones de equinococosis pulmonar.Con R. Peyrallo. Bol Soc Cir Urug 1942: 13: 276-285<br><br>71.- Quiste hidático abierto en vías digestivas. Con W. Suiffet. Bol Soc Cir Urug 1942: 13: 459-472<br><br>72.- Paraplejia por aracnoiditis espinal. Operación. Curación. Con H Méndez y R. Arana Iñíguez Archivos de la Clin. del Prof. Plá. 1942-43; 2: 413-420. |
| 1943 | 04-ene | Nace su hija Martha Susana | | Presidente de la Sala de Personal Docente Auxiliar<br><br>Asistente o Médico colaborador especializado de la Clínica del Profesor Plá (confirmado hasta 1954)<br><br>Vicepresidente de la Asamblea del Claustro (varias veces sustituyó al Presidente) | 73.- Acción del tratamiento biológico de la hidatidosis y la llamada "pseudolitiasis" de origen hidático. Arch Urug Med Cir Espec. 1943; 23:462-465.<br><br>74.- Algunos aspectos de las infecciones de origen dentario. Revista Dental. 1943; 26: 3-14<br><br>75.- Diagnóstico causal en ciáticas y lumbagos. Rev Méd del Este 1943; 4: 31-40<br><br>76.- Cirugía en lumbagos y ciáticas. Número científico de Acción sindical 1943; 5: 197-205 |
| 1944 | | | | | 77.- **FOLLETO: TÍTULOS, MÉRITOS Y TRABAJOS.** Montevideo. Rosgal. 1944. 46 págs<br><br>78.- Anatomía funcional de la columna vertebral. Montevideo. Instituto de Radiología. Primer curso de Técnica Radiológica. 1944. 12 págs.<br>(PD) Rev Médica Brasileira 1944; 16: 765-774<br><br>79.- Tratamiento de la equinococosis pulmonar. Rev Méd del Este. 1944; 5: 42-45<br><br>80.- Tumores glómicos. Con J. J. Scandroglio. Bol Soc Cir Urug 1944; 15: 80-93<br><br>81.- Factores de éxito en la colectomía en un tiempo. Bol Soc Cir Urug 1944; 15: 116-123<br><br>82.- Quiste hidatídico del hígado. Médica del Sudoeste. 1944 |
| | 28-dic | | **PROFESOR DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA**<br><br>Elegido por dos años (1945 y 1946) y confirmado en 1946 hasta 1951. El Consejo le encargó la Dirección interina de la Clínica Quirúrgica del Hospital Pasteur que en 1945 dejó libre Carlos Stajano | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1945 | 18-mar | | | DELEGADO DE LOS PROFESORES EN EL CONSEJO DE LA FACULTAD. Nombrado por tres años cesó al ser nombrado Decano | 83.- **CLASE INAUGURAL.** Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. 25 de abril de 1945. An Fac Med 1945; 30, 597-611<br><br>84.- La indicación operatoria en los procesos hepato-biliares agudos. Bol Soc Cir Urug. 1945; 16:277-285.<br>(PD) Arch Urug Med Cir Espec. 1946; 28: 164-172.<br><br>85.- Diez puntos de patología mamaria. Rev Med del Este. 1945; 6: 39-50.<br><br>86.- Flemones de cuello. Montevideo. Asociación de los Estudiantes de Medicina. Manuales del Interno. 1945; fascículo VI: 3-38 |
| | 17-jul | | | **MIEMBRO FUNDADOR Y PRESIDENTE DEL SANATORIO AMERICANO S.A.** | 87.- Comentario sobre la comunicación del Dr. F. Etchegorry, hecha en la sesión anterior. Bol Soc Cir Urug. 1945; 16:296-298.<br>(PD) Arch Urug Med Cir Espec. 1946; 28: 183-185. |
| 1946 | 22-abr | Nace su hijo Daniel Eduardo | **DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA** | | 88.- **FOLLETO: LA FACULTAD DE MEDICINA.** Montevideo. Imp. Rosgal. 1946. 29 págs.<br><br>89.- Equinococosis hepática y riñón derecho. Con J Lopart. Bol Soc Cir Urug; 1946; 17:147-165.<br>(PD) Arch Urug Med Cir Espec 1946; 29: 509-527<br><br>90.- El shock. Número Científico de Acción Sindical. 1946; 8: 7-15<br><br>91.- Consideraciones generales sobre heridas de la mano. Número Científico de Acción Sindical. 1946; 2: 3-11 |
| 1947 | | | | Fellow del American College of Surgeons | 92.- Fisiopatología del canal ano-rectal. Hernia del periné posterior provocada por resección del cóccix. Bol Soc Cir Urug 1947; 18 : 156-163 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1948 | 28-sept | | | **INAUGURACIÓN DEL SANATORIO AMERICANO** | 93.- **FOLLETO: EL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA"**. Montevideo, C.I.S.A., 1948. 56 págs.<br><br>(PD) Fisiopatología del canal ano-rectal. Arch Urug Med Cir Espec.1948; 32: 54-61.<br><br>94.- El canal ano-rectal. Resultancias prácticas de un concepto funcional. El Día Médico. Buenos Aires. 1948; 20 (17)<br>95.- La Facultad de Medicina de Montevideo. El Día Médico. Buenos Aires. 1948; 20 (16)<br><br>96.- La hidatidosis hepática es una afección hepato-biliar. Bol Soc Cir Urug 1948 19: 23-35<br><br>97.- Patología vascular periférica. Rev Med del Este. 1948; 9: 33-39.<br><br>98.- Discurso en la Sesión del Consejo Central Universitario por el cambio de Rector. Anales de la Universidad. 1949. Entrega 164. http://www.periodicas.edu.uy/Anales_Universidad/pdfs/Anales_Universidad_a58_entrega_164_1949.pdf |
| | Sept | | | Viaje oficial invitado por la Universidad de San Pablo | |
| 1949 | 22-abr | | **RENUNCIA AL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA** | | |
| | | | | Misión de estudios: "Las funciones de investigación en el personal de docencia" | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **Década de 1950** | | | | | |
| 1950 | ¿? | Adquiere, reforma y pasa a vivir en una casa en Bulevar España 2600 | | | 99.- La travesía del perineo masculino. Bol Soc Cir Urug. 1950; 21: 539-549<br><br>100.- La hernia inguinal directa. Bol Soc Cir Urug 1950; 21: 418-431<br><br>101.- Tratamiento de la hernia inguinal directa. Bol Soc Cir Urug.1950; 21: 433-442 |
| | 05-oct | | | Integrante de la Comisión de Adquisiciones de Biblioteca (Cirugía) | |
| | 07-dic | | **PROFESOR DE CLÍNICA QUIRÚRGICA.**<br><br>Por rotación. Reelegido en 1956, 1961 y 1966 | | |
| | 15 a 17- dic | | | **RELATO EN EL PRIMER CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA** | 102.- Heridas de las partes blandas del miembro superior. 1er Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo. 1950: 195-213 |
| 1951 | 03-ene | | Asume como Profesor en la Clínica Quirúrgica en el Hospital Pasteur | | 103.- Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. Con C. Ormaechea, C. y R. Varela Soto. 2º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1951; 2: 152-158<br><br>104.- La abertura visceral previa en cirugía gastroduodenal. 2º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1951; 2: 314-322<br><br>105.- El abordaje en las trombosis de la vena cava. Bol Soc Cir Urug. 1951; 22: 530-532<br><br>106.- Exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. Bol Soc Cir Urug. 1951; 22: 533-555<br><br>(PD) La travesía del perineo masculino. Arch Urug Med Cir Espec. 1951; 39: 206-216<br><br>(PD) Hernia inguinal directa. Arch Urug Med Cir Espec. 1951; 38: 390-404<br><br>(PD) Tratamiento de la hernia inguinal directa. Arch Urug Med Cir Espec. 1951; 38: 405-420 |
| | | | Encargado interino de la Cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1952 | | | | | (PD) Abordaje quirúrgico en la trombosis de la vena cava. Arch Urug Med Cir Espec. 1952; 41: 61-63<br><br>(PD) La exploración operatoria de la tercera del duodeno. Arch Urug Med Cir Espec. 1952; 41: 64-66<br><br>107.- Heridas de las partes blandas del miembro superior. An Paul Med Cir. 1952; 64: 359-362<br><br>108.- Ulcera de la pierna. Rev Med del Este. 1952; 13: 8-13<br><br>109.- Herida del puño. Rev Med del Este. 1952; 13: 21-25<br><br>110.- Levantamiento de los operados. Rev del Med Este. 1952; 13: 36-38<br><br>111.- Lesiones vasculares en operaciones sobre el miembro superior. Clínica. 1952; 1:20-30 |
| 1953 | | | | Misión oficial de estudios a Europa "Carrera de Profesorado en los países que visite" | 112.- Concepto funcional de los drenajes; el drenaje de la pelvis masculina. 4º Congreso Uruguayo Cirugía. Montevideo. 1953: 367-377<br><br>113.- Gastrectomía suprapilórica y úlcera yeyunal. Bol Soc Cir Urug. 1953; 24: 615-618<br>.<br>114.- Embolectomía inmediata sin medicación previa y postoperatorio dirigido. Bol Soc Cir Urug 1953; 24: 583-585<br>.<br>115.- Imágenes radiológicas en dislocaciones viscerales del flanco. Con M. Arias Bellini. Bol Soc Cir Urug. 1953; 24: 32-34<br><br>(PD) Arch Urug Med Cir Espec. 1953; 43: 228-230<br><br>116.- Los abordajes en la hidatidosis hepática en relación con la patología de las vias biliares. 4º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1953: 230-233 |
| | 12-nov | | | Integrante de la Comisión Directiva de la Escuela de Profesorado, a propuesta de los Estudiantes. | 117.- El diagnóstico y tratamiento de los cánceres más frecuentes. Montevideo. Asociación Uruguaya de la Lucha contra el Cáncer. 1953. 30 págs<br><br>118.- Gastrectomía total y anastomosis en Y por cáncer cardial. Bol Soc Cir Urug. 1953; 24: 576-578 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTIN-CIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1954 | | | | | (PD) Embolectomía inmediata sin medicación previa y cuidado posto-peratorio. Arch Urug Med Cir Espec. 1954; 45: 251-253<br>119.- Cirugía de la úlcera yeyunal postoperatoria. Rev Bras Gastroenterol. 1954; 6: 1053-1066<br>120.- Gastrectomía. Obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal. Ulcus yeyunal. Bol Soc Cir Urug 1954; 25: 289-307<br>121.- Extensión caudal de la exéresis en el cáncer del recto alto. A propósito de cuatro observaciones de cáncer múltiple de recto. Bol Soc Cir Urug 1954; 25: 313-328 |
| 1955 | | | | | (PD) Gastrectomia suprapilórica y ulcera yeyunal. Arch Urug Med Cir Espec 1955; 46: 44-47<br>(PD) Gastrectomía; obstrucción diverti-cular; fistula duodenal; úlcera yeyunal. Arch Urug Med Cir Espec 1955; 47: 115-133<br>(PD) Extensión caudal de la exéresis en el cáncer del recto alto. A propósito de cuatro observaciones de cáncer múltiple de recto. Arch Urug Med Cir Espec. 1955;47: 139-154<br>(PD) Gastrectomía total y anastomosis en Y por cáncer cardial. Arch Urug Med Cir Espec. 1954; 45: 244-246<br>122.- El diagnóstico antes, durante o después de la operación. 6º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1955; 1: 213-215<br>123.- Lesiones nerviosas del miembro superior en la mesa de operaciones. Su mecanismo. 6º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1955; 2: 542-545<br>124.- La Cirugía de la diverticulitis del sigmoides. Día Médico Urug 1955: 22: 602-610<br>125.- Entrada quirúrgica entre el recto y la vejiga. Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 9-21<br>126.- Técnica operatoria en la hernia inguinal. Bol Soc Cir Urug. 1955; 26: 358-363<br>127.- La exploración del colédoco en la colecistitis litiásica. Bol Soc Cir Urug 1955; 26: 405-412<br>128.- Homenaje al Prof. Lamas. Bol Soc Cir Urug.1955; 26: 698-701 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1956 | | | | | 129.- **LIBRO: ANATOMÍA DEL CONTENIDO PELVIANO MASCULINO. CIRUGÍA DEL RECTO**. Montevideo. Imprenta Rosgal-Hilario Rosillo. 1956. 280 págs.<br>(PD) Entrada quirúrgica entre el recto y la vejiga. Arch Urug Med Cir Espec 1956; 49:103-115<br>130.- Principios directivos en la cirugía del cáncer de recto. Rev Soc Arg Proctolog 1956; 14: 1-16<br>131.- **LIBRO: CIRUGÍA DEL ESTÓMAGO** Publicaciones de la Clínica Quirúrgica Prof. Abel Chifflet. Montevideo. No consta editorial ni imprenta. 1956. 280 págs<br>132.- Pansigmoiditis de origen diverticular; imagen radiológica especial por trayectos supurados subserosos. Con R. Varela Soto y JP. Urioste. Bol Soc Cir Urug. 1956; 27: 354-359 |
| | | | | Viaje a Lima y Guayaquil | 133.- La región de la neoboca en una gastro-pilorectomía parcial antigua. Con A. Aguiar. Bol Soc Cir Urug. 1956; 27 |
| | Diciem-bre | | | **PRESIDENTE DEL 7º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA** | 134.- **DISCURSO DE CLAUSURA DEL ACTO INAUGURAL**. 7º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1956; 2: 7-11 |
| 1957 | 26-abr | | **La Clínica Quirúrgica de Chifflet en el Hospital Pasteur se traslada a cuatro salas del piso 9 del Hospital de Clínicas (Clínica Quirúrgica "A")** | | (PD) Exploración del hepatocolédoco en la colecistitis litiásica. Arch Urug Med Cir Espec. 1957; 50: 504-511<br>(PD) Técnica quirúrgica en la hernia inguinal. Arch Urug Med Cir Espec. 1957; 50:491-496<br>135.- Cáncer de recto. Chifflet A, Del Portillo L, Naunton Morgan Ch, Yódice A, Orrego S. 1er Congreso Internacional de Proctología. 1957: 156-164<br>(PD) La pansigmoiditis de origen diverticular. Con R. Varela Soto R. y JP Urioste. Arch Urug Med Cir Esp 1958; 51: 505-510<br>136.- Cirugía en el cáncer de ano. Nuevas técnicas en cirugía. Clínica Quirúrgica B. Montevideo. 1957: 53-67<br>137.- Consideraciones sobre la Cirugía Biliar. Con Praderi L.A. Bol Soc Cir Urug. 1957; 28: 454-465 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1958 | 13-nov | | | Delegado de los Profesores a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas | 138.- Do cirurgião. An Paul Med Cir. 1958;76: 187-191<br><br>139.- Cáncer de recto; amputación o resección. 11º Congreso Peruano de Cirugía. Lima. 1958: 415-425<br><br>140.- El departamento operatorio. 9º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1958; 2: 483-495 |
| 1959 | 16-sep | | | Delegado de la Facultad al XXX Congreso Argentino De Cirugía | 141.- Bases anatómicas para la cirugía del cáncer de recto. Annais do 8º Congr. Brasil. de Proctología. Río de Janeiro 1958: 60-69 (PD) Rev Bras Cir. 1959; 37:223-232<br><br>142.- Tratamiento del cáncer de recto. Congreso Interamericano de Cancerología. Buenos Aires 1959<br><br>143.- La evolución de la cirugía de los cánceres de recto. Curso intensivo de la Clínica Quirúrgica B. 1959<br><br>144.- El colon desfuncionalizado. 10º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1959; 1: 259-267<br><br>145.- Las claudicaciones orificiales de la colostomía. 10º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1959; 1: 268-275 |
| **Década de 1960** | | | | | |
| 1960 | 23-jun | | | Renuncia a Delegado de los Profesores a la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas | 146.- Tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto (recto sigmoides, recto y ano). 11º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1960; 1: 13-94<br><br>147.- Procesos peritoneales de origen hidático. Nomenclatura y definiciones. 11º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1960; 2: 200-205<br><br>148.- Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria. Con G. Maquieira. 11º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1960; 2: 206-210 |
| | | | | Presidente del grupo de estudiantes que realizará viaje de estudios a EUA y Europa | 149.- Tratamiento de la peritonitis enquistante hidática. Con B. Delgado. 11º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1960; 2: 211-213 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1961 | | | | **PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY** | 150.- Clínica de los tumores mamarios. Conferencia en el Curso de Graduados del Instituto de Radiología. Agosto de 1961. Inédito |
| | | | | Presidente de la delegación al XXXII Congreso Argentino de Cirugía | 151.- **LIBRO: TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES DEL RECTO**. Con H. Kasdorf, J. Viola Peluffo y A. Aguiar. Montevideo . Impr. Rosgal-Hilario-Rosillo. 1961. 212 págs. |
| | | | | PREMIO LUIS CALZADA Por el trabajo "Tratamiento de las cánceres del recto" junto con Julio C. Viola y Alberto Aguiar | 152.- La hernia inguinal recidivada. Clínica Quirúrgica Prof. José A. Piquinela. Temas para graduados. II. Montevideo. 1961. págs 27-34 |
| 1962 | 25-may | | | Representante de la Facultad en el Congreso de la Asociación Médica del Este (Treinta y Tres) | 153.- Hemorragias digestivas bajas. Prensa Med Argent. 1962;49: 1956-1958<br>154.- Tratamiento de las hemorragias masivas del colon y el recto. Prensa Med Argent. 1962;49: 583-585 |
| | 23-ago | | | Integra la Comisión de redacción de proyecto sustitutivo de la beca Manuel Albo | 155.- Diagnóstico y elección de tratamiento en los cánceres de la mama. 12º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1961: 2: 46-57 |
| 1963 | | | | Ofrece su Clínica al Prof. J.C. Del Campo para que dicte los Cursos para Postgraduados | 156.- **TEMAS EN DISCUSIÓN. AÑO 1963** Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Clínica Quirúrgica "A". Profesor Abel Chifflet. Montevideo. 1963. 28 págs<br>157.- Complicaciones de la colopatía diverticular. Anales del II Congreso Latino-Americano de Proctología. Montevideo, 1963; 1: 39-52. Rev Urug Proct. 1966; 2: 65-83<br>158.- Anatomía funcional del recto. Aplicaciones en el diagnóstico y tratamiento. Anales del II Congreso Latino-Americano de Proctología. Montevideo, 1963; 1: 318-339<br>159.- Cirugía. Una mirada hacia el futuro. Medicina en el Uruguay. Montevideo. Laboratorio Warner Chilcott. 1963<br>160.- Fisiopatología de la región inguinal. 14º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1963; 2: 63-70 |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1964 | 04-may | | | Viaje a EUA con la misión de estudios: "Relaciones entre la Patología y la Clínica en los EUA" | 161.- **SURGERY FOR CANCER OF THE LOWER RECTUM: THE PERIRECTAL FASCIA WITH REFERENCE TO CONSERVATIVE SURGERY AND TECHNIC.** Dis Colon Rectum. 1964; 7: 493-501 |
| | 13-ago | | | Presidente de la Comisión para la construcción del nuevo edificio de la Facultad | |
| | 16-oct | | | Integrante de la Comisión que estudiará el destino y reorganización de la Cátedra y Dpto de Medicina Operatoria | |
| 1965 | | | | Delegado de la Facultad ante el XXXIV Congreso Argentino de Cirugía. En el XXXII había sido designado relator del tema "Cáncer de Mama" | |
| 1966 | | | | | 162.- Indicaciones de la Colostomía. Editorial. Rev. Cir. Uruguay 1966; 36: 1-4<br><br>163.- El politraumatizado grave. 17º Congreso Uruguayo de Cirugía. 1966; 7-14 |
| 1967 | | | | | 164.- **CAPÍTULO DE LIBRO. EQUINOCOCOSIS HEPÁTICA** En Muñoz Monteavaro C. Hepatología. Montevideo. Oficina del Libro de la Asociación de Estudiantes de Medicina. 1967 |
| 1968 | 15-feb | | | Delegado de la Facultad al Tribunal de Capacitación en Cirugía del MSP | |
| | 07-mar | | | Integrante de la Comisión de disciplina de la Facultad de Medicina | |
| | 07/¿? | **INFARTO DE MIOCARDIO** | | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| 1969 | 13-feb | **FALLECE EN SU CASA EN MONTEVIDEO**<br><br>Homenaje en el Hall Central de la Facultad de Medicina. Sepelio en el Cementerio del Norte | | | |
| | 11-jun | Homenaje en la Sociedad de Cirugía | | | |
| | Julio | Homenaje y placa recordatoria en el block quirúrgico del Sanatorio Americano | | | |
| 1970 | | Maquieira G. Profesor Abel Chifflet (1904-1969) Cir del Uruguay 1970; 40: 95-98 | | | |
| 1976 | 16-jul | Estela recordatoria en el Jardín del Hospital de Clínicas | | | |
| 1989 | | Praderi L.A. Abel Chifflet (1904-1969). En Gutiérrez Blanco H. Médicos Uruguayos Ejemplares. Tomo II. Montevideo. Rosgal. 1989. Págs. 401-408 | | | |
| ¿? | | La Intendencia de Montevideo dio su nombre a una plazuela y luego a una calle de la ciudad | | | |
| 2011 | | La Intendencia de Soriano dio su nombre a una calle de la ciudad de Mercedes | | | |

| AÑO | FECHA | VIDA Y AFECTOS | ESTUDIOS Y CARRERA | DISTINCIONES Y OTROS ASPECTOS | TRABAJOS |
|---|---|---|---|---|---|
| **PUBLICACIONES PÓSTUMAS** | | | | | |
| | | | | | 165.- **LIBRO. ENFERMEDADES NO NEOPLÁSICAS DEL RECTO.** Publicado por sus alumnos. Sindicato Médico del Uruguay. Cuadernos de Medicina. Año IV. Nro. 2. 1970 |
| | | | | | 166.- **FOLLETO. El diagnóstico y tratamiento de los cánceres de la pelvis. Montevideo**. Oficina del Libro de la Asociación de los Estudiantes de Medicina. 1972. 50 págs |
| **MISCELÁNEA** | | | | | |
| | | | | Primer suplente de Cirujano de Bureaux (por concurso de méritos). Dos años<br><br>Organizador y coordinador de la Cirugía en la Mutualista Israelita del Uruguay<br><br>Delegado de la Asociación Médica del Este a la Comisión Permanente de la Convención Médica | 167.- Osteítis tífica. Con R. Piaggio Blanco. Leído en la Sociedad Pasteur<br><br>168.- Reintervenciones alejadas sobre el estómago. Conferencia en la Clínica del Prof. Juan C. Del Campo<br><br>169.- Discurso en homenaje al Profesor Enrique Pouey. 26 de junio de 1928. Boletín Oficial de la Liga Uruguaya contra el Cáncer Genital Femenino 1928; 16: 55-60<br><br>170.-Discurso como representante del Sindicato Médico del Uruguay, en el homenaje al Profesor Manuel Albo tributado en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República el 6 de noviembre de 1936. Acción Sindical 1937: 17: 8-10<br><br>171.- Patología inmediata del operado gástrico. Relato oficial al II Congreso Argentino de Gastroenterología (abril de 1953). Patología del estómago operado. Págs 255-281<br><br>172.- El colon detransitado. Conferencia en el Congreso de Cirugía del Norte Argentino. 1967<br><br>173.- Complicaciones de la Colopatia Diverticular.<br>Rev Bras Coloproct, 2005; 25: 386-395 |

# CAPÍTULO 19

# APÉNDICE DOCUMENTAL

En este capítulo se reproduce el texto completo o se incluye un resumen detallado de algunos documentos importantes escritos por Chifflet o sobre Chifflet.

Se les ha asignado un número que corresponde al del capítulo con que tienen relación, y cuando corresponde, una letra que establece un orden dentro del mismo.

## APÉNDICE 5
## 1932: UN INCIDENTE EN EL HOSPITAL MACIEL Y SUS CONSECUENCIAS
**Diario El Debate. Año I. Números 204 a 215.**
**12 al 23 de enero de 1932. Última página**
**Turnes A.**
**Incidente en el Hospital Maciel entre el Dr. Eduardo Blanco Acevedo, el Dr. Abel Chifflet y otros colegas**
**www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/conflictoetico.pdf**

### A.- Contexto

Este episodio es un ejemplo de la claridad y la firmeza de las posturas con que ya de joven Chifflet defendía sus convicciones éticas.

Como se señala en el capítulo 5, se inició con un incidente en el Hospital Maciel.

Seis días después, con pruebas minuciosas e incontestables, análisis meticuloso y argumentación demoledora, Chifflet lo transfirió al ámbito gremial médico. Por causas ajenas a su voluntad las consecuencias de la denuncia del incidente tuvieron una explosiva aceleración inicial, y lo divulgaron a la opinión pública y, en cierta medida, también al escenario político-partidario.

En su clímax el Dr. Blanco Acevedo retó a duelo al Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay Dr. Elías Regules, por lo que se le suspendió en su condición de socio de la institución, y hubo una guerra de comunicados entre ésta y el Consejo de Salud Pública.

En algo más de tres meses los ánimos se calmaron, y el episodio concluyó con un pronunciamiento mesurado del Consejo Arbitral del Sindicato Médico del Uruguay.

## B.- El incidente

En la noche del 6 de enero de 1932 el Dr. Juan E. Morelli llevó en consulta al Servicio de Entradas del Hospital Maciel a una paciente con un cuadro doloroso de la fosa ilíaca derecha. El cirujano de guardia era Chifflet. La examinó en presencia de Morelli y de dos practicantes. Todos coincidieron en que el diagnóstico no era claro, en que en ese momento no había indicación operatoria, y en que, por prudencia, se la internaría en observación en la Sala de Cirugía B, para que Chifflet la vigilara y, si fuera necesario, la operara.

En las trece horas siguientes Chifflet la examinó tres veces. La enferma se sentía bien y quería irse de alta. En la tarde del día siguiente, poco después de que Chifflet se retirara del hospital, la señora Blanca Mieres Frías, esposa del ex Presidente de la República y Consejero Nacional Baltasar Brum, concurrió a interesarse por la enferma.

Ostensiblemente contrariada porque la paciente no había sido operada, expresó a viva voz que *"esa enferma, que había sido enviada para operar, estaba abandonada"*, pidió insistentemente la dirección de Chifflet aludiéndolo con términos tales como *"el mediquillo ese"* y *"el mocito"*, calificó al practicante Hamlet Suárez presente en sala de *"insolente", "mal educado", "desfachatado"* y lo acusó de fumar en su presencia.

Finalmente, dirigiéndose a la enferma, dijo: *"Quién diría que a esta hora no hay gerente, ni director, ni médico y el Hospital está en manos de este cascarilla mugriento; haced de cuenta María, serás atendida como si fueras la misma señora de Brum, pues esto lo arreglo yo con Blanco Acevedo."*

La Dirección del Hospital limitó las entradas del practicante Suárez al mismo.

Al anochecer Chifflet se enteró del incidente y de que el Dr. Velarde Pérez Fontana había visto a la enferma asegurando que en ese momento no estaba indicado operarla; tranquilizado en el aspecto asistencial, no concedió mayor importancia al episodio.

## C.- Conflicto de Chifflet con las autoridades de Salud Pública

Temprano en la mañana siguiente, el Director del Hospital Maciel Dr. Pedro Delfino se presentó en el domicilio de Chifflet, apesadumbrado por lo que llamó enojoso incidente, y le pidió que permitiera trasladar la enferma a otro Hospital, aduciendo que era una norma que ya había aplicado en el Hospital Pasteur cuando se producían entredichos entre la familia y el médico.

Chifflet le hizo notar que él no había tenido ningún incidente con la señora de Brum y que, después de los juicios emitidos por ésta en forma pública, el traslado de la enferma significaba la afirmación de su despreocupación y falta de competencia.

Ya en el Hospital, Chifflet comprobó que la situación de la paciente no había variado. Cuando el secretario del Hospital Maciel le comunicó que iban a llevar a la enferma a otro establecimiento, Chifflet fue a hablar con el Director, le repitió que no autorizaba el traslado porque constituía un serio ataque a su moral profesional, por lo que de concretarse lo denunciaría al Sindicato Médico. El Director señaló a Chifflet que era algo violento, y que debía pensar bien lo que hacía. Éste respondió que no actuaba ofuscado puesto que varios amigos le habían dado su opinión coincidente. El Director respondió que esos amigos le podían llevar a una aventura peligrosa y luego abandonarlo, a lo que Chifflet contestó que eran amigos verdaderos y no acostumbraban a fallarle.

Entre tanto la enferma fue trasladada al Hospital Pereira Rossell; se sentía tan bien que quiso salir del Maciel caminando. A mediodía Chifflet fue al Hospital Pereira Rossell, donde se enteró que el Dr. Blanco Acevedo ya la había operado. Habló con éste, quien le dijo que le extrañaba que Chifflet no hubiera consentido el traslado puesto que él había pedido al Dr. Delfino que, hablando como colega, solicitase de su bondad que le permita tratar la enferma, dado que él era médico de la familia Brum. Chifflet respondió que el Dr. Delfino solamente adujo razones administrativas para el traslado que lo dejaban muy mal colocado, y que no mencionó el pedido del Dr. Blanco Acevedo como colega, al que hubiera accedido.

Blanco Acevedo agregó que si bien él y sus colaboradores tuvieron ciertas dudas en el diagnóstico, la *"operación demostró"* que habían lesiones en el apéndice. Y, finalmente, que no sabía nada de la suspensión del practicante Suárez (aludió a un plazo de 24 o 48 horas para comunicarla a la Comisión de Salud Pública) y que le parecía exagerado limitarle la entrada al Hospital.

En la mañana siguiente, Chifflet se enteró que el Director había dicho que él (Chifflet) había autorizado el traslado de la enferma. Indignado le señaló que nunca autorizó el traslado; el Director inicialmente argumentó

que, por el cúmulo de preocupaciones que el Hospital le originaba no recordaba tal cosa, pero cuando Chifflet le recordó que había testigos, y lo que le había dicho cuando le habló de llevar el asunto al Sindicato Médico, aceptó que Chifflet no autorizó la salida del Hospital.

## D.- Acontecimientos posteriores que magnificaron el asunto

Chifflet inició una meticulosa investigación personal sobre la forma en que se había decidido y materializado el traslado de la enferma; le insumió varios días.

Pocos días después del incidente, el asunto tomó estado público por la intervención del diario "El Debate", diario principista del Partido Nacional, que entre sus ocho colaboradores tenía figuras de enorme peso en esa colectividad política: Luis A. de Herrera que lo había fundado un año antes, Juan B. Morelli, Roberto Berro y Martín R. Etchegoyen.

El 11 de enero este diario inició una campaña que se extendió hasta el sábado 23. En todos los números dedicó al asunto una o más notas que ocupaban algo menos de la mitad de su última página, echaban más combustible al fuego, tomaban partido por Chifflet y por Suárez, se manifestaban en contra de Blanco Acevedo, de Delfino, y del Consejo de Salud Pública, y divulgaban cómo respondía el Sindicato Médico del Uruguay.

Lo que sigue es un resumen de esas notas, en el que se reproducen textualmente algunos titulados y pasajes.

**PARTICIPACIÓN DEL DIARIO "EL DEBATE" EN ENERO DE 1932**

**Lunes 11.** Nota inicial de la campaña: **"DELITO EN EL CONSEJO DE SALUD PÚBLICA". "APLASTANDO LA ÉTICA PROFESIONAL".** Relató el episodio, lo calificó de enorme yerro por cuanto un administrativo atentaba contra la moral profesional y contra un técnico y lo consideró una muestra de la persistencia de la influencia política y la obsequiosidad servil en la Asistencia Pública. El gesto de Blanco Acevedo merecía la condena pública. Los practicantes hospitalarios se habían dirigido al Consejo de Salud Pública exigiendo que levantara la suspensión del practicante Suárez, se declarara la corrección de su proceder y que Blanco Acevedo había abusado de su autoridad y había procedido incorrectamente como médico y como funcionario. Y daba cuenta que los técnicos habían juzgado severamente la obsequiosidad del Dr. Delfino y que un gran contingente de socios del Sindicato Médico habían solicitado que éste se pronunciara.

**Martes 12.** Bajo el título: **"CHIFFLET NO AUTORIZÓ EL TRASLADO"** publicó dos notas.

a.- *"NO DICEN LA VERDAD, los que se interesan que este asunto de ética profesional, de incorrección de procederes muera antes de obtener satisfacción y justicia, y quienes afirman que la enferma motivo del enojo fue sacada del hospital con autorización del doctor A. Chifflet."*

Anunció que EL DEBATE había estado en contacto con documentos que probaban en un todo sus afirmaciones y exhortaba a no confundir y extraviar la opinión pública cada vez más interesada en este asunto.

b.- Otra nota señalaba que el Consejo de Salud Pública tenía la palabra ante el atentado cometido por Blanco Acevedo y Delfino del que Chifflet y Suárez fueron víctimas, un mal paso inicial del nuevo ente autónomo, y que debían ser sancionados por haber abusado de una autoridad que no poseían para ultrajar la competencia científica de un médico y la honradez de un practicante, introduciendo además un privilegio en el medio hospitalario irritante e inadmisible para quien tiene como apoyo la fuerza y la riqueza.

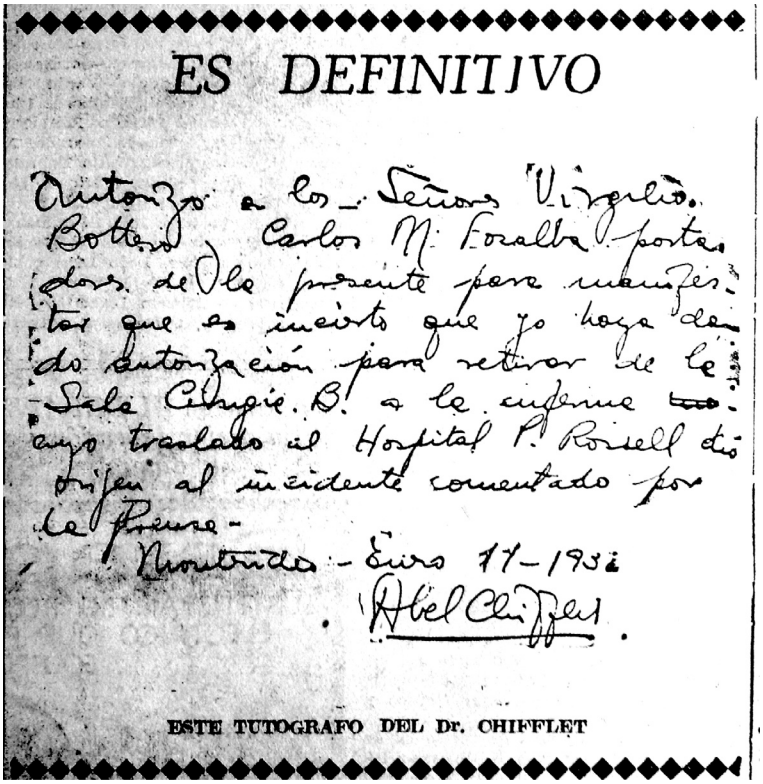
Y dos cartas que complicaron la situación:

a.- Una del Dr. Baltasar Brum, que rectificaba la información aparecida en el número anterior del diario, relatando que la paciente prestaba servicios en su casa, que fue atacada al parecer y en forma aguda de apendicitis y que luego de la consulta en el hospital la operación quedó convenida para el día siguiente a las ocho.

Agregaba que su esposa había concurrido para visitar a la paciente y que ésta le manifestó que la operación había sido postergada para el sábado y que quería retirarse del hospital. Y que para tranquilizarla o disuadirla preguntó al practicante de guardia que le respondió en forma desconsiderada con el agravante de que había violado la disposición reglamentaria que prohibía fumar en salas de enfermos. El Dr. Brum obtuvo más tarde de la Secretaría del Hospital una explicación satisfactoria de la postergación, pero como creía que el público debía ser atendido con toda deferencia por los empleados, informó a Blanco Acevedo de la actitud del practicante. Concluyó diciendo que la enferma no tenía familia en Montevideo, y *"como tengo una alta opinión de la capacidad quirúrgica del Dr. Blanco Acevedo acepté su ofrecimiento de ponerse a mi disposición para operarla en otro hospital, expresándole mi expresa conformidad con la actitud profesional del Dr. Chifflet, que me fue correctamente explicada por el Dr. Blanco Acevedo y por el Dr. Morelli"*.

b.- Otra del Dr. Pedro Delfino, que se creía en el deber de aclarar algunos conceptos de ética profesional médica. Que el retiro de la paciente del hospital por orden del director era una medida administrativa que ya había aplicado en el Pasteur porque los incidentes entre médicos y pacientes distanciaban las partes, y no liberaba la acción de prejuicios eventualmente perjudiciales para la disciplina interna. Que retirada la enferma, los familiares quedaban en absoluta libertad de acción. Que la suspensión del practicante Suárez fue dispuesta por él a título preventivo siguiendo la práctica sumarial. Y que tuvo una entrevista con Baltasar Brum para plantear una solución conciliatoria que no había sido feliz.

**Miércoles 13. "¿SE ACLARA EL ASUNTO DEL H. MACIEL? EL SINDICATO MÉDICO CONSTITUÍDO EN SESIÓN PERMANENTE HABLARÁ DENTRO DE 72 HORAS.** Bajo este título publicó una carta de Blanco Acevedo, una reproducción de una nota manuscrita de Chifflet en la que decía que es incierto (no es cierto) que él había autorizado el traslado, y tres notas más tituladas: "Sacando las castañas con mano ajena", "Teníamos razón" y "¿Se atreverán?"


ES DEFINITIVO

Autorizo a los Señores Virgilio Botteri, Carlos M. Foralba portadores de la presente para inspeccionar que es incierto que yo haya dado autorización para retirar de la Sala Cirugía B. a la enferma cuyo traslado al Hospital P. Rosell dió origen al incidente comentado por la Prensa.

Montevideo - Enero 11 - 1932

Abel Chifflet

ESTE TUTOGRAFO DEL Dr. CHIFFLET

13 de enero de 1932. Tutógrafo de Chifflet sobre el incidente del Hospital Maciel, aparecido en el diario principista del Partido Nacional EL DEBATE

**Jueves 14. "NUEVA CONTRADICCIÓN DEL DR. BLANCO ACEVEDO."**
**Viernes 15. "APLASTANTE DECLARACIÓN DEL SINDICATO MÉDICO."**
**Domingo 17. "HA SIDO SUSPENDIDO EL DR. BLANCO ACEVEDO. VALIENTE ACTITUD DEL SINDICATO MÉDICO."**
**Lunes 18. "EL CONSEJO DE SALUD DEBE SUSPENDER AL DR. BLANCO."**
**Martes 19. "HOY HABLARÁ EL CONSEJO DE SALUD."**
**Jueves 21. "DEBE RENUNCIAR EL CONSEJO DE SALUD PÚBLICA. Hombres libres, no funcionarios amordazados."**
**Sábado 23. "ESTÁ VENCIDO EL CONSEJO DE SALUD."**

## E.- Denuncia documentada de Chifflet al Sindicato Médico del Uruguay

Mientras tanto, Chifflet había completado su minuciosa investigación personal, y analizado en profundidad todos los aspectos del asunto. El 12 de enero de 1932 se presentó al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico

para exponer el caso, con el apoyo de una nota suscrita por más de cien socios de la institución.

En su análisis Chifflet señaló:

a. que el Dr. Brum tenía derecho a elegir el cirujano que creyera conveniente, pero preguntaba si la indicación operatoria antes del traslado la hizo la señora del Dr. Brum o el Doctor Blanco Acevedo que se ofreció para operarla.
b. que el Dr. Blanco Acevedo le dijo personalmente en el Hospital, que fue él quien envió a su casa al Dr. Delfino a pedirle como colega que le cediese la enferma por así habérselo solicitado la familia Brum, en tanto que la carta del Dr. Brum decía que fue el Dr. Blanco Acevedo quien se ofreció para operarla.
c. que el Dr. Blanco Acevedo, ofreciéndose a operarla cuando Chifflet y el Dr. Morelli, médico particular de la enferma, habían aconsejado no hacerlo todavía, pasó sobre ambos.
d. que si a pesar de que tres cirujanos, un médico, tres practicantes internos y seis externos opinaban lo contrario, la enferma tenía una apendicitis que debía operarse de urgencia, no podía aceptar que esa urgencia fuera tal como para operarla inmediatamente de llegar al Pereira Rossell en un clima de extrema nerviosidad para la enferma, que probablemente fue responsable del shock que sufrió en las primeras horas del postoperatorio. Y tampoco podía aceptar que esa premura lo hiriera *"en lo más íntimo de mis aspiraciones de médico correcto, haciendo aparecer ante la familia la operación como un acto que sacó la enferma de las garras de la muerte, y al traslado como un acontecimiento que sacó a la enferma de las manos complacientes de un cirujano despreocupado o ignorante."*
e. que en su calidad de médico, el Dr. Blanco Acevedo no tenía derecho a ponerse a disposición de la familia de una enferma ya hospitalizada y en asistencia con un colega, y menos aún, a ofrecerse para operarla sin haberla visto y saber lo que tenía. Y que si lo hizo sin despojarse de su calidad de Presidente del Consejo de Salud Pública, éste por su buen nombre debería estudiar esa intervención que significado un ultraje al mismo inferido por uno de sus miembros.
f. que el Dr. Blanco Acevedo afirmó que la enferma quería abandonar el hospital porque había recibido una mala asistencia, y no por el motivo verdadero que era que se sentía bien y creía que no necesitaba operación.
g. que el Dr. Morelli no fue consultado al entregar la enferma a un médico que se ofrecía a tratarla, que era distinto al que él había elegido.

h. que se intentó hacer más evidente el diagnóstico de apendicitis haciendo que la enferma fuera llevada en camilla.
i. que, respecto a quien ordenó el traslado, hubo contradicciones que describió y que sólo podían explicarse si el Dr. Blanco Acevedo fue quien dio la orden. A mayor abundamiento, en la boleta de traslado decía: *"Maciel - Sanatorio Modelo"*, que era propiedad de Blanco Acevedo.
j. que en la carta publicada en la prensa, el Dr. Blanco Acevedo decía: *"La operé por creer que era indicado, opinión que, por otra parte compartirán diversos colegas, y que, confirma de un modo definitivo el diagnóstico practicado por el Dr. Carlos María Domínguez"*, lo que era un acto de exhibicionismo y *"de auto bombo"*. Además desacreditar públicamente en la prensa el diagnóstico o el tratamiento hechos por un colega no era ético; los asuntos de índole moral profesional o científica se trataban en la discusión con los colegas.
k. que en base a lo que enseñaba la Clínica y la Anatomía Patológica no creía que la enferma tuviera una apendicitis aguda que necesitase una operación de urgencia. Y tampoco lo creyó el Dr. Blanco Acevedo quien después de haber resuelto dejarla para el día siguiente, volvió sobre sus pasos y determinó operarla.

Luego preguntó: *"¿Por qué señores se me infirió esa herida moral, de operar de urgencia una enferma sobre la que se dudaba si se esperaban o no 24 horas? ¿Por qué no se me avisó que se le iba a operar a la enferma, con un poco de delicadeza, aún mismo, sin entrar en la faz científica y aceptando la operación de urgencia no se esperó, aunque más no fuera cinco o seis horas? ¿Tiene el Dr. Delfino, en nombre de las organizaciones hospitalarias, derecho a cambiar de servicio una enferma, sin la autorización médica, como lo hacía y acostumbra a hacerlo en el Pasteur?"*

Finalizó su exposición aclarando que dejaba de lado la situación del Practicante Hamlet Suárez porque debía estudiarse por separado, pero señaló la caballerosidad y honorabilidad que lo caracterizaban y que unánimemente se le reconocía una enorme capacidad de trabajo puesta al servicio del Internado.

## F.- Actuaciones del Sindicato Médico ante la denuncia de Chifflet.

En ellas la actuación de Chifflet fue muy discreta y periférica, por lo que sólo se señala que incluyeron:

1. Una entrevista de los Dres. Elías Regules (Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico) y Bastos Pelzer con el Dr. Blan-

co Acevedo. Éste dijo que por ser miembro del Consejo de Salud Pública no podía concurrir al Comité Ejecutivo para informar sobre el asunto, que todo lo que tenía para declarar estaba en la carta que publicó "El Debate", y recalcó su prescindencia casi absoluta en todos los componentes del episodio.

2. La toma de declaraciones a la enferma, a la enfermera, y al Dr. Delfino, quien adujo las mismas razones de Blanco Acevedo para no concurrir ante el Comité Ejecutivo.
3. Una extensa declaración del Comité Ejecutivo que por excepción fue pública. Luego de analizar los aspectos éticos del proceder de Chifflet, Suárez y Blanco Acevedo, concluía *"solidarizándose con la actuación de los Dres. Chifflet y Morelli y Br. Suárez y exigiendo de las autoridades del Consejo de Salud Pública una amplia satisfacción para estos colegas que repare las injusticias de que han sido víctimas."*
4. Blanco Acevedo retó á duelo al Dr. Regules el que lo aceptó.
5. El Comité Ejecutivo no lo autorizó argumentando que Regules no podía abrogarse *"personería absoluta sobre decisiones que han sido tomadas corporativamente"*, y que *"el gesto del Dr. Eduardo Blanco Acevedo es una de las maneras de terminar un asunto en forma intempestiva..."* Y además, teniendo en cuenta que Blanco Acevedo había violado disposiciones estatutarias, en una breve nota le comunicó que se había visto obligado *" a suspender a Vd. en su calidad de Socio hasta que el Consejo Arbitral resuelva en definitiva su situación."*
6. El Consejo de Salud Pública publicó en la prensa una declaración con su posición y el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico respondió con otra muy fuerte, que afirmaba que el Consejo carecía de competencia *"para negarle al Sindicato Médico jurisdicción dentro de sus facultades de sanción y legislación deontológico de las que está especial y casi exclusivamente encargado de acuerdo con la Personería Jurídica concedida."* Y que *"aún suponiendo acertada la resolución del Consejo de Salud al elevarse a la categoría de papado infalible e inapelable ante la opinión pública, quedan totalmente en pie los cargos que sobre graves faltas de moral médica cometió como simple profesional el Dr. Blanco Acevedo agravadas lamentablemente por su resistencia a repararlas con generosidad y altura…"*
7. Tres meses después el Consejo Arbitral elevó su fallo al Comité Ejecutivo que establecía que *"la actitud del Dr. E. Blanco Acevedo …. puede explicarse dentro del concepto personal de la dignidad que corresponde apreciar a cada uno, como reacción por los términos de "obsequiosidad inconveniente" con que el Comité Ejecutivo clasificó su actuación al juzgar la incidencia que motivó la intervención del Sindicato.* Y el 11 de mayo de 1932 éste envió a Blanco Acevedo una

breve nota expresando que, dado el fallo del Consejo Arbitral, por estatutos cesó su suspensión como socio.

## APÉNDICE 6
## 1936. Chifflet A. Crónicas de viaje
## LA CLÍNICA MAYO
## Acción Sindical. 1936; 16: 33-39

### A.- Contexto

En 1920, cuando Chifflet aún vivía en Mercedes y estaba terminando el liceo, una delegación del American College of Surgeons que visitaba América del Sur buscando aumentar sus membresías estuvo un día en Montevideo; se llevó una excelente impresión del nivel de la cirugía uruguaya. Entre sus integrantes estaba Charles Horace Mayo uno de los dos hermanos que en Rochester, estado de Minnesota, fundaron la famosa Mayo Clinic.

En 1935 en su primer viaje a los Estados Unidos, Chifflet hizo una prolongada y provechosa visita a esa clínica y observó con sentido crítico su organización de la institución. Esta experiencia le marcó profundamente. Charles Mayo tenía una secuela invalidante de un accidente cerebrovascular, estaba retirado, y al igual que su hermano William James Mayo, moriría cuatro años después.

A su regreso a Uruguay en 1936, mientras era Presidente del Sindicato Médico del Uruguay e integrante de la Comisión Editorial, entre otras varias Crónicas de viaje que Chifflet publicó en Acción Sindical, le dedicó una muy extensa a esa famosa clínica.

### B.- Texto del artículo

#### ROCHESTER

Diez y siete días de viaje de Montevideo a New York. Veinticuatro horas de ferrocarril de New York a Chicago. Doce horas de Chicago hacia el Pacífico en un continuo desfilar de sierras cubiertas de árboles aún desnudados por una nieve, que al derretirse, ha formado en todos los bajíos inmensas superficies de agua.

Estamos cerca de la frontera con Canadá, en el Estado de Minnesota, el de los mil lagos, y aunque ya pasado el invierno sopla desde el polo norte un viento frío e intenso. Llegó la noche. Desde el vagón, cómodo

y abrigado, se "ve" el frío, como una menuda irisación de la superficie de los lagos, como el encorvarse y el llorar de las ramas deshojadas de los árboles y como la continua caída de pequeñísimos copos de nieve, que van derritiéndose sobre el vidrio tibio de la ventanilla. El silbato repetido de la locomotora, anuncia en la noche que vamos por tierras ricas, pues a cada paso hay una carretera cruzando la vía. ¡Qué diferencia de la noche tranquila cuando se cruza la pampa argentina! Grupos de luces, anuncian de tiempo en tiempo la presencia de pequeños villorrios. Pero, de pronto, en pleno cielo, aparece una luz roja y algo más bajo letras luminosas dicen Kahler. Hemos llegado a Rochester. El convoy detiene su marcha y más tarde sigue, pero casi todo el pasaje ha quedado allí. El viento y el frío permite apenas buscar ubicación en un ómnibus que nos traslada en pocos minutos a un hotel.

Al día siguiente vemos que estamos en una pequeña población, apenas 20.000 habitantes dicen, cuya edificación relativamente baja se ve alternada por 15 o 20 enormes edificios: hoteles, hospitales, y algunos como el Kahler ambas cosas a la vez. Y centralizando esas construcciones, el edificio para examen de enfermos que no tiene camas y que lucía en su piso 14 el foco rojo que nos anunció que llegábamos a la Clínica de los hermanos Mayo.

Imposible describir la sensación de grandiosidad que provoca esta clínica, que casi centraliza la actividad médica del mundo, metida en un lejano pueblecito, olvidado entre los lagos y sufriendo aún la acción del drenaje que le hace la populosa Minneapolis.

Las calles de Rochester no tienen nada de particular. Como en todos los pueblos norteamericanos hay una calle central o eje llamada Broadway, cruzada por otra llamada Center Street y las paralelas a una y otra, no tienen nombres sino que están numeradas. La edificación particular es la característica construcción sajona de los países fríos. Pero inmediatamente llama la atención que la gran mayoría de esas casas, anuncian piezas con muebles para pensionistas, por día o por semana. Es que todo el pueblo vive de la Clínica y para la Clínica de los Hermanos Mayo.

Los vehículos en las calles lucen chapas de todos los Estados y de los países más distintos del mundo, y en los restaurantes se ven grupos de personas hablando idiomas de los más variados, que luchan muchas veces con las palabras, tratando de hacerse comprender para pedir algo de comer.

## LA CLÍNICA MAYO

¿Qué es lo que hizo de esta Clínica la Meca del Mundo? Fueron dos factores criteriosamente combinados: propaganda hábil y asistencia perfecta. Y digo propaganda hábil, porque ha sido ese un motivo de divulgación de

la perfección de la asistencia. Esa propaganda se realiza por representantes de la Clínica en todos los centros de población que pueden enviar enfermos; por publicaciones científicas propias de la Clínica, que se envían a los más lejanos países; por benévola y hasta diríamos halagadora acogida a todos los visitantes, a quienes buscan de satisfacer e ilustrar por todos los medios; por envío de representantes de la Clínica a todos los Congresos Médicos o donde la medicina tiene algún rol a llenar; por viajes de sus dirigentes que irradiando el saber de su organización, van dejando en cada país que visitan, un semillero de admiradores y una fuente de enfermos que algún día llegarán a Rochester; por la aceptación gustosa en calidad de médico ayudante, de extranjeros, que al cabo de tres años, vueltos a su tierra natal, serán propagandistas espontáneos de la obra de la gran Clínica; en fin, muchos otros modos de propagar su saber, que cuadra bien con la característica de la industria americana, que sabe prestigiar sus productos.

Pero la propaganda sólo es eficaz cuando existe una bondad indiscutible del producto, y refiriéndonos a la Clínica de los Hermanos Mayo, podemos decir que la asistencia tiene, allí el máximum posible de perfección.

Entremos a analizar las características de esta Clínica. La saliente fundamental de su organización radica en el hecho de que es posible, frente a cualquier enfermo hacer para su diagnóstico y para su tratamiento, todo lo que en el momento actual ha adquirido la ciencia médica. Es allí donde reconocemos que nuestra preparación científica es eficiente, pero que estamos aún muy lejos de tener la organización que nos permita utilizar para el bien del enfermo, todo ese caudal de conocimientos. Algún día llegaremos a esa organización y en eso nos esforzaremos. Disequemos ahora, paso a paso, la actividad de la Clínica de los Mayo para sacar útiles enseñanzas.

Bajo la dirección de un Consejo Directivo, funcionan, con absoluta independencia, la parte administrativa, la económica, la docente, la científica y la de asistencia.

## LA ADMINISTRACIÓN

La administración se efectúa por un Consejo que en sus actividades es completamente ajeno a las otras secciones, de modo de no perder esa libertad de acción, que aquí, como en todas partes, es la base de la buena administración. Es, por otra parte, el principio a que llegó la industria americana, de separarle de las actividades propias en esa industria.

## LA FINANCIACIÓN

El manejo de los dineros corresponde o otra sección autónoma.

Desde el punto de vista de organización es semejante a un Banco, y como tal figura en las guías y como tal efectúa operaciones. Es posible girar desde Montevideo a la Clínica de los Mayo e ir a allá a retirar ese dinero, hacer depósitos, giros a otras ciudades, en fin, múltiples operaciones bancarias. Es en esta sección donde se hace el cobro por concepto de asistencia.

Terminada la asistencia al enfermo, la historia clínica, que tiene todos los exámenes clínicos y de laboratorio efectuados, pasa a esta sección. Cada acto de la clínica tiene su tarifa, de modo que allí se aplica la tarifa llegando así al monto de la deuda. Pero la deuda sufre grandes oscilaciones de acuerdo con el capital del enfermo. Desde la llegada del paciente a Rochester, la oficina de cobro hace directamente, o por otros bancos o agentes, la investigación de los bienes del visitante. Es tal la perfección de estas informaciones, que el extranjero que al verse obligado por la ley a justificar, al bajar en Nueva York, su viaje a Estados Unidos, cita una visita a la Clínica de los Mayo, puede tener la seguridad de que, a su llegada a Rochesler, ya estará anotado su nombre y el motivo de su visita; y lo que es más importante, si es un paciente, ya estarán iniciadas las investigaciones sobre la fortuna que posee. En los casos en que termina la asistencia y aún no se tiene dicho informe, se confía en la palabra del interesado, que declara sus bienes. La disminución que algunos hacen en el monto de su capital, está ampliamente compensada por el aumento frecuente, hecho por capitalistas hábiles, que buscan el prestigio de una gran fortuna, lo que les permite escalar posiciones cada vez mayores en la balanza del comercio y de la industria. El gasto para simular riqueza, es allá una forma eficiente de propaganda.

Asignada la fortuna que le corresponde al paciente, la deuda deducida de los exámenes y tratamiento realizados, que podíamos llamar deuda basal, se multiplica o divide de acuerdo con esa fortuna. Sacar las amígdalas cuesta 100 dólares. Si el paciente es pobre esa suma se divide hasta llevarla, a veces, a la gratuidad absoluta. Pero si es rico, se va multiplicando hasta llegar, como he tenido oportunidad de verlo, a varios miles de dólares.

## LA DOCENCIA

La docencia en la Clínica se hace sólo para egresados. El Profesor Wilson dirige la actividad docente con absoluta prescindencia de las otras actividades de la Clínica. Existe un convenio con la Universidad de Miniápolis para hacer en Rochester el curso de post-graduados. Además del aprovechamiento de ese personal para los fines de asistencia y de colaboración en la investigación, son un aliciente para la actividad científica del cuerpo de profesores, y sobre todo una fuente de propagandistas, que irán,

a los tres años, a ser en todo el mundo pilares para el progreso de la Clínica. La elección de los médicos para el curso de post-graduados corresponde a la Dirección de docencia. Es fácil comprobar que esos médicos son hijos o discípulos predilectos de médicos prestigiosos en lo científico y en lo económico, que trabajan en centros populosos. Es que, perdonen mi disgresión, los conocimientos sacados en la Clínica de los Hermanos Mayo, y el hermoso título para el porvenir, de haber trabajado allí, se compensa con la retribución que los padres o protectores del candidato, dispensan bajo la forma de prestigio o de enfermos a dicha Clínica.

## LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA

En lo referente a la actividad científica diremos que es un centro que ocupa posiblemente uno de los puestos más elevados en el mundo. Algunas anotaciones permitirán fijar ideas.

La Biblioteca es enorme. Pero no se han dejado llevar por ese defecto capital de nuestras bibliotecas de transformarse en un depósito de libros. En la Clínica de los Mayo a cualquier hora del día, se puede estudiar, cualquier visitante reconocido por la administración puede sacar libros, y, hecho importantísimo, cuando se desee leer algo sobre un tema en particular, no sucede lo corriente en nuestro medio, que con los brazos abiertos hacemos gestos de impotencia frente a miles y miles de volúmenes, sin poder saber dónde leer el tema que nos interesa. En cinco minutos, comunicando el tema en estudio, se nos presenta un escritorio con los trabajos más importantes sobre ese asunto y la lista de otros textos y revistas a consultar.

El Museo, que no hace mucho ha sido habilitado, está abierto a todos los visitantes. Además de ser una fuente de enseñanzas para los estudiosos, donde horas y horas de observación dan más utilidad que muchos días de estudio, es un centro de divulgación de conocimientos para el pueblo, que encuentra allí, gráficamente, la idea de las enfermedades corrientes y los medios de prevenirlas y de curarlas.

En las afueras de Rochester existe una granja que corresponde a la Clínica. Además de un verdadero Zoológico, tiene el Edificio de Medicina Experimental, que consta de cuatro pisos, donde la experiencia sobre animales ha dado y sigue dando conocimientos utilísimos que revolucionan más de un capítulo de la medicina. El presupuesto de esta Sección es de 80 a 100.000 dólares anuales.

Pero donde más se nota el afán científico de esta gente es en el trato con los visitantes. Todos los colaboradores de la Clínica se preocupan en mostrar y justificar sus métodos de estudio y tratamiento llevando al visitante a

todos los rincones de cada Sección, al mismo tiempo que lo someten a un interrogatorio sobre opiniones, sobre todo si el visitante es extranjero.

Diariamente se dictan en clases sobre temas concretos que figuran en el boletín de la Clínica, que en las primeras horas de la mañana se reparte en el domicilio de todos los interesados. Figura en ese boletín diario, las clases, reuniones, exposiciones, operaciones a practicar (50 a 80 diarias) y otras noticias de interés para los médicos visitantes.

Todos los miércoles a las 6 de la tarde se reúnen los jefes de Sección de la Clínica, para hacer con toda crudeza el estudio meticuloso de la historia clínica, de la operación o tratamiento efectuado y de la necropsia de los pacientes fallecidos en la semana. Estas sesiones, a puertas cerradas, a las cuales concurrí gracias a la amabilidad que desde aquí elogio, de los que llegaron a ser mis amigos, los doctores Hartman y Gray, se desarrollaban dentro de una armonía que difícilmente sería posible en nuestro medio, ya que no era excepcional la acusación franca e ilevantable contra el autor de un error en el diagnóstico y en el tratamiento. ¡Qué hermosa escuela para templar el carácter, para dejar impreso el sentimiento de responsabilidad, y para aprender con cada uno de nuestros errores y del de los demás!

Los mismos días miércoles, a la hora 9, se reúne todo el personal de la Clínica con los médicos visitantes. Se leen trabajos científicos y se comentan hasta la hora 10 y 30 a 11. Lo más llamativo para nosotros, de estas reuniones, es la forma de desarrollarse. En el Boletín diario figuran los nombres de los que ocuparán la tribuna, el tema que desarrollarán y el tiempo que disponen. Figuran, además, los nombres de los que discutirán cada punto y el tiempo disponible. El tiempo de cada relator es de 5, 8, 10 minutos, y desde la mañana podemos sumando todas esas fracciones de tiempo, saber con exactitud la hora de terminación de la Sesión. En el piso 14 de la Clínica está el gran Salón de Sesiones. Nadie preside la sesión. Sobre la mesa del escenario un reloj.

A la hora fijada por el Boletín un empleado sube y anuncia el nombre del disertante, el tema a tratar y el tiempo disponible. Llegado el tiempo asignado para ese tema, nadie puede prorrogarlo, y el empleado, impasible, se adelanta y lanza otro nombre, otro tema y otra fracción de tiempo. Sube así otro relator inscripto para la discusión, y el asunto anterior está terminado.

Los temas allí tratados se imprimen en el curso de la semana y van inmediatamente a todos los rincones del mundo a hacernos revivir con una periodicidad sajona las horas que en aquel piso 14 pasamos admirando la ciencia de ese pueblo que trabaja y la rigurosa standardización que los hace tan propicios en la acción.

Además de estas reuniones, que se hacen tantas veces como miércoles hay en el año, se realizan asambleas y congresos para determinados temas

o especialidades, invitándose especialmente a médicos de distintas localidades. Cierto snobismo del que gusta tanto el americano, y el deseo de alternar el rigor del trabajo con satisfacciones de otra índole, los llevó a realizar, estando yo en Rochester, una reunión de Cirugía en un hermoso yatch que C. Mayo tiene en las aguas del Missisipí. Se admiró la belleza del río y sus costas, se hizo amena camaradería y se discutieron complejos problemas de Cirugía.

## LA ASISTENCIA MÉDICA

Terminaremos esta descripción, diciendo algunas palabras sobre la asistencia al enfermo en la Clínica de los Mayo.

Esa asistencia es prestada por un conjunto de 150 médicos que viven en el pueblo de Rochester y que no pueden tener otra actividad profesional que las que les corresponden en la Clínica.

La Dirección es ejercida por un Consejo de Médicos, del cual dependen los Cuerpos dirigentes para cada una de las especialidades. Éstas están a su vez divididas en varias ramas, cada una de las cuales tiene un médico jefe, médicos asistentes y ayudantes.

La llegada de un paciente a la Clínica se inicia con un trámite administrativo. Se hace la filiación completa y se le da un número que corresponde a su filiación y que será el distintivo de ese enfermo para el resto de su vida.

Esa rigurosa inscripción permite decir que en el mes de enero de 1936, la Clínica de los Mayo había estudiado ya un millón de enfermos.

Terminada la tarea de filiación el paciente es llevado a una sección donde se hace el estudio primero de todos los que llegan y donde se indican todos los análisis que debe efectuar y los distintos médicos que debe visitar para tener los exámenes de cada uno de los aparatos u órganos que pueden estar enfermos.

Hace así el enfermo una recorrida de documentación del estado de su organismo. Esta documentación puede hacerse muy a menudo en un día puesto que la organización de la Clínica permite ordenar los exámenes para que todos se realicen sin alterar el desarrollo de otros. La documentación sale con el enfermo del consultorio médico del examen primero y va por tubos colocados el espesor de las paredes, llegando, por la acción del aire comprimido a cada consultorio o laboratorio donde va llegando el enfermo. Este, tiene anotado en un papel del orden de su recorrido, donde consta el piso del edifico y el sector que le corresponde. Va directamente allí, se instala en la Sala de Espera (cada una de ellas tiene capacidad para más de 100 personas) y pronto ve aparecer su número en el letrero luminoso al frente de dicha sala. Se pone de pie y una nurse lo acompaña al

punto donde será examinado. El examen o análisis en duplicado, permite dejar una copia en ese lugar y adjuntar la otra al expediente que se inicia del paciente. Sale de allí para concurrir a otra sección que ya tiene asignada en su papel, y cuando le llena el turno, encuentra ya su expediente que va hora a hora engrosándose.

Al día siguiente toda la documentación está en la Sección donde fue visto por primera vez. Si no hay nada anormal en estos estudios, y eso es frecuente por la norma de los americanos de someterse periódicamente a exámenes médicos para controlar su estado de salud, y recibir consejos sobre el modo de conservarla, el paciente pasa a una dependencia que tiene por finalidad aconsejar el régimen de vida, que, de acuerdo con los exámenes, le conviene a esa persona. .

Si el estudio muestra alguna particularidad, se hace el diagnóstico provisorio, y, entonces por primera vez, se entrega el paciente en manos del especialista, de la enfermedad que esa persona padece. Ese especialista estudia y trata a su enfermo, consultando, cuando fuese necesario, a sus superiores en la especialidad. Los pacientes complejos, son sometidos a consulta general de todos los especialistas de cada rama de la medicina, que a ese efecto se reúnen diariamente o cada dos días, en el local de la especialidad, durante un tiempo fijo de una hora o dos. Esas reuniones, de una gran utilidad para el visitante, llevan a conclusiones sobre el diagnóstico y tratamiento a instituir en el paciente en estudio.

Cuando el enfermo termina su asistencia, toda su documentación es archivada.

El archivo, que tiene ya más de un millón de historias clínicas, ocupa el subsuelo del edificio y es posible encontrar, por su organización maravillosa, la historia clínica de cualquier persona que ha sido examinada en la Clínica de los Mayo.

Los enfermos que necesitan hospitalización, lo hacen en hospitales que están a 1, 2, 3 y aún 10 cuadras del local de la Clínica, pero que entre ellos y con la Clínica están unidos por amplios y bien iluminados subterráneos.

## OTROS ASPECTOS

Completan la organización de los Hermanos Mayo varios hoteles (Kahler, Damond, Zumbro, de los cuales uno para enfermos), un local para tratamientos físicos de enfermedades variadas, un restaurant donde se sirve un menú adaptado por un médico jefe a cada tipo de persona, una sala para conferencias y conversaciones al público sobre temas de divulgación médica, el Museo, tres farmacias e infinidad de otras actividades aparentemente desligadas de la Medicina pura.

Un gran parque, en las costas del río Zumbro, lleva el nombre de William Mayo, padre de los hermanos Mayo; y una estatua de ese gran médico, recuerda que fue un médico rural que comenzó en 1862 ejerciendo la medicina general en ese montón de casas. Su talento, su actividad, su afán de estudio, junto a la bondad de la que fue su esposa, hizo que en el tiempo que dejaban libre sus actividades guerreras contra los indios, que continuamente amenazaban destruir la población, llegase a cimentar lo que llegó a ser la Clínica actual y a dar una cultura completa y sólida a sus dos hijos, actuales propietarios de esa maravillosa organización.

Los hermanos Mayo no trabajan ya. El mayor, William, pasó los 70 años, es un visitante de la Clínica, y el menor, Charles, sufre de una parálisis que lo aleja por largos períodos de los servicios, y que le dificulta mucho la marcha y la conversación. Pero la Clínica sigue y seguirá, porque estos dos hombres dejaron en ella el modelo de una organización que es perfecta, porque automáticamente hace al enfermo el máximum de bien posible.

## EL REGRESO

La noche de la partida de Rochester, al marchar hacia la estación, por esas calles que son corredores de una gran ciudad médica, recordaba tristemente todo lo que podríamos hacer con nuestros conocimientos médicos actuales, si pudiésemos algún día organizar la asistencia en un algo parecido a lo que terminaba de visitar. Y con el tren en marcha, quedé largo rato mirando el faro rojo de la Clínica, que tanto me emocionó a la llegada, a tal punto que ha quedado en mí como un continuo alerta, que me pide día a día, buscar el camino para hacer realidad las aspiraciones de una asistencia perfecta.

– – –

A continuación del texto, transcribe este decálogo.

**CÓMO SE MATA UNA INSTITUCIÓN**

- No concurriendo a las asambleas.
- Debiendo concurrir: hacerlo tarde.
- No asistiendo a reuniones, si la hora no es cómoda.
- En caso de concurrir, murmurar contra las autoridades de la institución y contra los demás asociados.
- No aceptando cargos; es más fácil criticar que hacer.
- Sentirse molesto si no se le designa, y si se le elige, no asistiendo a las reuniones de la Comisión Directiva.
- Solicitada su opinión por el presidente, contestar que nada tiene que decir. Terminada la asamblea decir lo que debía haberse hecho.

- No hacer sino la estrictamente necesario. Pero si otro socio de buena voluntad y con todo desinterés se pone a la tarea para que las cosas marchen bien, vociferar que la Institución está en manos de una camarilla.
- Pagar la cuota lo más tarde posible o simplemente no pagarla.
- No incomodarse en buscar socios nuevos. Esa es tarea del secretario.

Este decálogo ha sido trascripto del
"American Association Journal" de Estados Unidos de América.

## APÉNDICE 10 A
## Chifflet A
## 25 de abril de 1945. Clase inaugural.
## CÁTEDRA DE ANATOMÍA TOPOGRÁFICA Y MEDICINA OPERATORIA
## An Fac Med Mont 1945; 30: 597 -611

### Contexto

Probablemente es el texto más perfecto y admirable escrito por Chifflet.

Lo escribió cuando por primera vez, con sólo 40 años, alcanzó el nivel más alto de su carrera académica.

Su elaboración fue trabajosa; en varios pasajes hace alusión a la cantidad de páginas que desechó. Al repasar el largo camino recorrido para llegar hasta allí desde "El Rincón" y su familia, experimentó sentimientos muy profundos que por única vez, violando la hermeticidad de su reserva habitual, expuso en forma breve pero explícita.

Lo escribió en un lenguaje característico. Palabras sencillas, frases bien construidas, precisas y amenas, que muchas veces no agotan la descripción del asunto, pero que desencadenan en la mente del lector un proceso que la completa exactamente en el sentido de lo que él quería decir, por lo que pueden calificarse de atrapantes.

La estructura del discurso es perfecta.

De principio a fin corre en el plano de los sentimientos y en el de los conceptos, ubicado en aquél presente de 1945, pero sin omitir las necesarias referencias a su pasado y al de la Facultad de Medicina, y sensatas especulaciones sobre el porvenir en el que vio la posibilidad de un momento en que pudiera volver a sus añorados orígenes.

## Texto de la clase

Señor Decano; colegas y estudiantes.

En medio de mi trabajo de redacción de esta clase inaugural, hice un alto, volví atrás y a modo de prólogo escribí la siguiente confesión. Si yo hubiera tenido que dictar aquí una clase de Medicina Operatoria, habría pasado tal vez algunos días en busca de los motivos de la exposición, y habría seguramente sufrido en este momento la fuerte conmoción de tener que encontrar, frente a ustedes, las palabras y expresiones que tradujesen fielmente mis ideas. Pero estoy seguro que esas ideas hubiesen engranado mejor con el auditorio, porque la función docente enseña a los que la cumplen de verdad, a seguir las ondulaciones de la atención de los oyentes, entrando en caminos abiertos por los gestos, los movimientos, la mirada de satisfacción o indiferencia, de los que se han consustanciado con la exposición del que enseña.

Tuve en cambio que redactar toda esta clase, que no es en sí de Operaciones, y que se verá privada de las sugestiones surgidas aquí por las palabras del Sr. Decano y por la presencia entre los oyentes de numerosas personas, que tal vez hubiesen hecho virar el curso de mi exposición.

El esfuerzo de redacción me fue muy grande. Más de una vez, entrando en los terrenos del sentimiento, me dejé llevar largas horas en el recuerdo de mis más íntimos afectos. Después retiré las carillas en que había descargado mis deudas de gratitud, porque al releerlas, encontré muchos de mis rincones interiores, impregnados de sentimientos y afectos.

No quise, ni aun en la solemnidad de este acto, hacerles perder su tranquila morada en el fondo de mi espíritu.

Desde allí vigilan mi vida, serenando mis actos, calmando a veces la ira, pero excitando otras a la acción y hasta empujándome a la lucha, cuando allá adentro un dolor o una angustia clama serenamente en demanda de justicia.

Mucho escribí sobre mi actuación de estudiante y de médico en el largo camino hasta llegar a la cátedra, y más de una vez me engolfé en consideraciones sobre el orden, el trabajo, el respeto por los demás y, en especial, por el que sufre. Analizando lo escrito, pude reconocer que había ocultos en esas páginas tres elementos que orientaban, sin yo proponérmelo, el hilo de mi exposición. Al suprimir todas esas páginas comprendí que no podía privarme de sintetizar un párrafo para cada uno de ellos.

El primero es muy de mis sentimientos. Permitidme que conserve para mí, el haber rendido a solas, mientras escribía aquellas líneas, un homenaje de gratitud a los que de niño y de hombre hicieron de mi hogar un templo de bondad y de corrección.

El segundo párrafo se llama Alfonso Lamas.

Suprimiendo el año que realicé las pruebas del concurso de Agregación de Cirugía, por lo que actué irregularmente en su Servicio, y un año en que la Clínica estuvo a cargo del Dr. Mondino, mi actuación junto al Prof. Lamas queda reducida a cuatro años: uno de estudiante de tercer año, uno de Practicante Interno y dos de Jefe de Clínica. Este cálculo con fechas levanta la atención. Hace dudar de que yo tuviese que escribir muchas páginas para hablar de Alfonso Lamas. Pero de inmediato surge la verdad. Cuando en un hombre se ven uno, dos, tres actos, tal vez no más, que lo definen de un modo categórico como un verdadero hombre, los que comienzan el culto de su persona, tienen incorporado a su propio yo, el mordiente para que no escape ni un gesto del maestro. Entonces, no en cuatro, sino en un año, se vive toda la vida pasada de ese hombre y en los años que siguen se está aún bajo esa influencia directriz.

Decía yo en Minas hace pocos meses, dictando una clase en su presencia, después de diez años que no actuaba junto a él, que no sentía por ello ninguna nerviosidad, porque durante esos diez años, cuando daba mis lecciones, me encontraba bajo su control. Su gesto severo, persuasivo y elocuente en la enseñanza, rígido en el respeto del enfermo, violento contra toda forma de mentira, sin ambajes en la solución más precisa de los problemas del Servicio, ha sido para mí un continuo alerta en toda mi actuación profesional y docente.

Durante un año de Jefatura de Clínica el Servicio estuvo a cargo del Dr. Mondino. Es posible que sin esa circunstancia la figura del doctor Lamas no hubiese adquirido en mí la plenitud de su individualidad. Porque hay que conocer a Mondino para llegar a comprender a Lamas. Esos dos hombres, que se quieren entrañablemente, conservan nítidamente sus caracteres propios, a veces muy diferentes, después de toda una larga vida en común. Constituyen el ejemplo más acabado, de que cuando hay hombría de bien, las diferencias de temperamento pueden unir, con más firmeza, a modo de complemento, realzando aun más en cada uno de los integrantes, una definida personalidad. De ese volumen superior son las figuras de Lamas y Mondino.

Dr. Lamas, Dr. Mondino: muchas gracias por estar ustedes hoy conmigo.

En fin, señores, dejándome llevar, mucho escribí sobre mi vida de estudiante de campaña y cuando suprimí esa parte no pude hacerlo sin dejar unas líneas para su recuerdo. Mucho sabe la gente de esta vida a la que tanto se ha cantado. La alegría, el ambiente de juventud, las jornadas deportivas, las aventuras amorosas, constituyen el caudal de libros y comentarios. Pero estas manifestaciones son sólo el follaje que oculta en el silencio el tronco y la ramazón de la verdadera vida del estudiante del interior. Muchas páginas en blanco esperan la pluma para desentrañar el

ramaje oculto de esa vida. Están allí, como en todos los estudiantes, los cursos a ganar, los exámenes, los concursos; pero hay, además, problemas de vivienda y comida; dificultades con la dueña de la pieza que se habita y con el fondero que retacea la comida. El desconocimiento de la ciudad, la falta inicial de lazos afectivos, lejos del hogar, cuando a los 16 años nunca se salió de su pueblo, crean una individualidad recia en el joven estudiante. Su juventud le da a todas esas dificultades un ropaje ameno y bullanguero como la frondosidad de primavera a nuestros troncos espinosos. Pero en el silencio de sus problemas el estudiante de campaña tiene en su compañero de pieza o de pensión un amigo, con quien compartirá todas sus desdichas. Y así se amasa el espíritu de colaboración, de tolerancia y respeto, que son las condiciones más preciadas del hombre, al calor del empuje juvenil que es fermento, es acción, es rebeldía.

Rindo, en este momento solemne, homenaje a los compañeros de mi vida de estudiante, vida que prolongué hasta seis años después de recibir mi título de médico; y hago público el deseo de que llegue a mis hijos, el divino privilegio de poder edificar, como yo, la vida, junto a compañeros que serán, como lo fueron para mí, hermanos en el dolor y en el triunfo.

Señores, leeré mi clase, despojada de los motivos del pasado que le daban calor personal, pero llena de sanas ambiciones de futuro, que tiene ya sus cimientos, pero que es necesario todavía edificar.

Las señoras y amigos que han venido a acompañarme hoy en este acto de tanta emotividad me conocen bien. Si yo les digo que mi obligación, en este momento, es de exponer mis ideas sobre la cátedra que oficialmente se me entrega, comprenderán que, riguroso en el cumplimiento de mi deber, he de dejar de lado muchas divagaciones hacia terrenos más fecundos, que pudiesen hacer de esta clase una pieza literaria. Ya sé que lo mismo gustosos, estarán aquí conmigo, porque en su aislamiento sabrán que estoy disfrutando la satisfacción de cumplir con la obligación del puesto para mí señalado.

La cátedra que hoy ocupo es el resultado de la fusión de dos materias afines: la Anatomía Topográfica y la Medicina Operatoria. Cada una de ellas tiene su finalidad y su método de estudio, aun cuando no resulte imposible, y hasta lo considero beneficioso, el entrelazamiento de la enseñanza de una y otra.

La Anatomía Topográfica estudia el cuerpo humano por regiones. Es posible que la necesidad de ordenar tal estudio dando límites, haya hecho perder más tiempo y gastar más energías que el propio aprendizaje de esa ciencia. Y sobre todo, la anatomía dividida por líneas más o menos reales, es una anatomía falsa, que quita a quien la aprende, la noción básica de unidad del cuerpo humano, en la armonía de sus formas y en la interrelación de sus funciones. Jamás enseñaré esa anatomía cuadriculada. Al decir

del Dr. May, con su elocuencia en el hablar y su extraordinaria capacidad de síntesis, esta forma de enseñar anatomía, corta con sus líneas las formaciones nobles haciendo así de cada región verdaderos asilos de mutilados.

No puedo, rompiendo fronteras en Anatomía, dejar de recordar aquí a Mérola. Sus apuntes muestran garra de anatomista, que no va a la minucia sino al concepto. Y al evocarlo, entrando en las Salas de Anatomía, no con instrumental de fina disección, sino con un gran cuchillo en su mano, no puedo menos de sentirme feliz, al ver que mi cátedra, al llevar su nombre, lleva el símbolo de una gran hombría y de una gran visión.

Al iniciar los cursos de Facultad los estudiantes reciben enseñanza de Anatomía. Tal enseñanza busca que el alumno haga su preparación de base, sobre la que construirá junto al vivo, durante el resto de su vida de estudiante y de médico, la verdadera anatomía. La finalidad docente frente al que ingresa, es impregnarlo de disciplina en el trabajo y de métodos en el estudio. Que aprenda a observar, que edifique mirando el cadáver, su propia anatomía, utilizando sólo como auxiliar, el libro y la clase.

Pretender enseñar en primer año sólo lo que tiene utilidad visible en el ejercicio profesional es absurdo, puesto que tal enseñanza escapará al intelecto del que se inicia, y encauzándolo en caminos del futuro, no seguramente inmutables, le hará perder su primera gran oportunidad para aprender las disciplinas básicas de nuestra profesión.

Resumía yo hace pocos días estos conceptos, diciendo en un homenaje al Prof. Navarro, que la Anatomía se aprende una sola vez y hay que hacerlo muy bien, cuando frente al cadáver se tiene bajo los ojos el propio motivo del aprendizaje y el estudiante incorpora a su persona, un concepto, una disciplina, más o menos adornada, pero en el fondo, una síntesis de la máquina humana. Sólo así, y entonces durante toda una vida se sigue aprendiendo anatomía que es base para incorporación de nuevos conocimientos.

Y bien: la anatomía que se debe enseñar en mi cátedra, en los últimos años de la carrera, y que no puede ser la anatomía cuadriculada, es esa anatomía del ser vivo. Jerarquizar las estructuras anatómicas de acuerdo a su importancia para la correcta exploración clínica o instrumental, para el conocimiento de la marcha de los procesos patológicos, para el dominio de las vías de pasaje del cirujano. Hacer así amalgama, sobre la realidad de la formación anatómica, con innumerables conocimientos clínicos dispersos y fijados laxamente en el estudiante. Dar una fuerte base para que en la vida profesional siga robusteciéndose tal engranaje de conocimientos.

Se pueden conocer los huesos y articulaciones de la mano, sus músculos, tendones y vainas, sus aponeurosis y tabiques, sus vasos y nervios, y con todo ese conocimiento no saber todavía lo que es anatómicamente la mano. Pretender hacer en primer año un estudio profundo para que los

estudiantes lleguen a saberlo, conduciría a un esfuerzo y pérdida de tiempo injustificado. Basta con mostrarles la gruesa arquitectura. Años después el estudiante recibirá el toque preciso en cada punto para fortificar conocimientos vividos en la clínica.

Aprenderá, así, a mirar la punta del dedo y verá allí, para el resto de la vida, los procesos inflamatorios de la yema propagándose a la sinovial, y los del dorso hacia las formaciones ósteoarticulares. Aprenderá recién la anatomía de la implantación ungueal y jerarquizará la alta importancia de esta fanera. Comprenderá el interés de los pliegues normales en la proyección cutánea de las formaciones ósteoarticulares y sinoviales. Reconocerá, con el mordiente de los flemones, la verdadera topografía de los espacios de la mano, en los que jamás pensó cuando estudiaba tan bien las formaciones musculares y aponeuróticas. Sabrá ver, estudiando los traumatismos, la maravillosa arquitectura de los huesecillos, que desafían, en su extraordinaria armonía, los conocimientos más profundos de la mecánica.

Entonces empezará a ver la mano y a comprenderla. Elevará el concepto funcional de la región y llegará a valorar la invalidez de un dedo rígido, abrazando así, en un alto nivel de conceptos, la fría estructura de un tejido enfermo y el problema básico de nuestro mundo social, representado por el hombre que no trabaja, que no rinde, que no gana para comer.

En esa valoración de la región reconoce su importancia y llega a comprender que en esa fuente de acción y de trabajo, es donde los investigadores debieron buscar las manifestaciones más puras y exactas de la individualidad y encontraron las variaciones de los pliegues, que nos hablan de nuestro propio destino y las infinitas variaciones de las líneas de los dedos, que forman la esencia misma de la identificación personal.

En fin, la mano muestra la vida y en sus resortes se anuncia la muerte que el médico otea en la radial y que vislumbra en la cianosis de los dedos, en la palidez, en la frialdad y en la laxitud. Y cuando la vida termina, el médico guarda suavemente esa mano como si por allí hubiese tratado de infundir sin éxito un último aliento de vida.

Señores; he ahí al Profesor dando vida a las estructuras frías de las piezas de anfiteatro y mostrando que la actitud anatómica de los dedos en extensión es un falso esquema para comenzar a aprender, y que hay que pensar en las manos que viven, que tienen la suprema representación en las manos obreras duras de Diego Rivera, en el reposo magnífico de la mano del David, y en el puño cerrado de la estatua de Lincoln.

A la Medicina Operatoria corresponde la enseñanza de las operaciones. Los extraordinarios progresos de la Cirugía en el último medio siglo han extendido en forma insospechada su campo de acción. La enseñanza de la Medicina Operatoria que antes fue fácilmente ubicada, en extensión y en orientación, dentro del curso regular de la preparación del médico, no pue-

de hacerse hoy, toda ella, en aquella forma. Es natural que ese mismo vertiginoso progreso ha conducido a constituir de la especialización quirúrgica una verdadera rama de gran autonomía dentro de las ciencias médicas y que el común de los médicos, no necesitan saber de la cirugía de hoy, lo que sabían en el siglo pasado, los médicos, de la cirugía de su época.

La obligada reducción de aquella enseñanza, por razones de extensión, se fue haciendo en las escuelas médicas muy apegadas a la tradición, por la disminución en cantidad de los conocimientos para cada operación, pero manteniendo el criterio de que se deben enseñar todos los aspectos de la intervención quirúrgica. Se llega, así, a una situación que no dudo en calificar de nefasta, pues supone un manoseo superficial de problemas médicos, cuando ya se está terminando la carrera, manoseo que conduce a la desvalorización del acto quirúrgico, uno de los aspectos más sublimes del ejercicio profesional: tener en la punta de un instrumento el destino de la vida de un hombre y guardar el aplomo físico y espiritual para saberse jugar entero por esa vida.

Otras escuelas médicas, las más, han tomado una orientación dentro de la Medicina Operatoria, y es así que se enfocan en diferentes universidades, aspectos completamente distintos de esta enseñanza. En algunas cátedras, se enseña la técnica de la intervención quirúrgica. Es que la realización del acto operatorio significa, en gran parte, una ejecución manual, de cuya perfección depende en mucho el resultado final. La vieja leyenda del centauro Quirón, que dio base a la palabra Cirugía, atestiguando la primordial función de la mano, encuentra hoy en las viejitas creyentes agradecidas, el más sentido homenaje a su cirujano, con las dulces palabras de "Dios bendiga sus manos".

Esta enseñanza de la técnica, para hacerla bien, exigiría un tiempo considerable y tal vez un esfuerzo agotador al estudiante. Se podría decir que para hacer la profesión médica, con la jerarquía del hombre de ciencia que cumple un apostolado, no se mide el tiempo ni el esfuerzo. Pero hay otro aspecto; la enseñanza de la técnica no sería de ninguna utilidad para la gran cantidad de médicos que no seguirán las disciplinas quirúrgicas. Se dirá: útil para muchos, no está de más en ninguno, que como médico puede estar llamado en ciertas circunstancias a actuar. En fin, la técnica operatoria de anfiteatro es una caricatura grotesca de la del vivo, pues faltan allí las reacciones del enfermo, la infección, el dolor y la sangre, que son los elementos centrales del drama operatorio. Se nos dirá: esa caricatura es el cuadro, sobre el cual ha de edificarse, en el hospital, la verdadera realización operatoria.

Pero el nudo del asunto está en que, disponiendo de tiempo y energías, enseñando aún a quien no lo necesita, haciendo caricatura perfecta e instructiva de la realidad, no se conseguirá jamás, enseñando técnica, a saber

lo que es en su esencia misma una operación. Porque la técnica supone una disciplina, sobre un camino bien definido, y si se aprende bien, como hay que aprender siempre, se ven sólo las etapas del camino, que absorben todo el interés. Escapa el panorama, que sólo puede obtenerse elevándose a los puntos dominantes, para tener desde allí los elementos que definen y caracterizan la operación. Y se saben los tiempos operatorios, el material de sutura, las maniobras especiales, mientras que se ignoran los justificativos del acto quirúrgico, las posibilidades de éxito o fracaso inmediato y el resultado anatómico y funcional definitivo.

Señores: se saben las referencias del camino y se ignora el motivo y el resultado del viaje. Dejemos para el cirujano de profesión, que recorrerá la senda, el conocimiento de la técnica, y hagamos saber a todo médico, a dónde conduce ese camino.

Pero al descartar la enseñanza de la técnica era necesario dar a los estudiantes la noción de su gran importancia en la realización operatoria: que sepan que el cirujano, en su faceta de obrero manual, utiliza variados recursos que deben ser bien aplicados y sigue líneas de conducta y caminos bien determinados.

El acto quirúrgico tiene, en su realización, mucho de disciplina, que debe cumplirse con rigurosidad, manteniendo encuadradas en esas normas básicas las iniciativas circunstanciales. Para contagiar esa disciplina, hay que formar los cirujanos en el riguroso ejercicio de anfiteatro, efectuando una y mil veces cada técnica, que no interesa si alguna vez tendrá que aplicarla en el vivo. Para que los estudiantes tengan la noción de esa disciplina, basta con que hagan una sola de esas operaciones de anfiteatro. Y he colocado en los ejercicios prácticos la amputación de Lisfranc. Pero no para que la hagan más o menos bien, como hacíamos los ejercicios operatorios cuando las prácticas eran amputaciones y resecciones, sino para hacerla impecablemente bien, como centro de un concepto: la rigurosidad de la disciplina operatoria. La elección de esta prueba fue hecha, en parte, porque hay en ella ciertos tiempos fundamentales, sin los cuales la intervención fracasa; tiempos que llegan, en la genial obra de Farabeuf, a su mayor elocuencia, en la espectacular maniobra del "golpe de maestro".

Hubo otro motivo para esta elección: la amputación del pie en la interlínea tarsometatarsiana, al obligar al estudiante a sortear variadas dificultades ósteoarticulares, sin tener mayores preocupaciones técnicas por las partes blandas, deja, en quien llega a realizarla a perfección, la noción de que el pie es dominantemente una formación ósteoarticular. Y esa es la noción a inculcar. Porque si la mano es movimiento y su enseñanza hay que conducirla hasta las esferas más elevadas de la expresión, el pie es estática, es sostén, es firmeza, cuya incapacidad surge del dolor de la armazón esquelética. Enseñar pie, señores, en mi cátedra, es enseñar sus huesos, pero

no en las piezas de anfiteatro, tal vez tampoco en el hombre de pie, sino en el hombre que camina, que marcha, que avanza.

Otras escuelas médicas han tratado de vivificar la enseñanza de la Medicina Operatoria y han enseñado la técnica en los animales. Es dar un soplo de vida pero no es enseñar la esencia misma del acto quirúrgico. Más aún: profundizando el estudio de la cirugía en los animales, se abre el camino del perfeccionamiento técnico y del detalle instrumental, camino que rechazamos para la docencia a los estudiantes. Se abre el camino, además, a la investigación, que hay que fomentar en la Facultad, pero que no puede ser el motivo central de una cátedra, que debe llenar una función bien definida en la preparación del médico.

En fin, hay quienes han enseñado Operaciones acercándose al enfermo y han enfocado las indicaciones de la intervención cruenta, los problemas del preoperatorio y del postoperatorio. En ese camino han llegado a la tristísima situación de tener que hablar en un anfiteatro de las posibilidades que presentan los enfermos. Dije tristísima situación, porque deben teorizar sobre posibilidades ricas en variantes, que sólo puede mostrar en sus modalidades cada enfermo, con su edad, su temperamento, su estado espiritual. Yendo al contacto del enfermo han hecho más real la enseñanza, pero entonces no han enseñado las directivas y fundamentos de una operación, sino que han hecho una pequeña clínica deformada. Porque si enseñar las indicaciones de una operación sin enfermo es triste, enseñar sólo la operación frente al drama total del que sufre, separándose del verdadero hombre, para sólo pensar en la ejecución operatoria, es absurdo.

Y bien, señores, la Medicina Operatoria debe enseñarse, dando al estudiante el concepto sintético de Io que es una intervención quirúrgica, en lo que tiene de agresión a las formas y a las funciones y en lo que tiene de posibilidad frente al mal que ataca.

Puntualizar lo que interesa de la estructura normal de la región operatoria, pero no para encauzar el modo cómo se va a operar, sino para enseñar él fundamento anatómico de la intervención y los riesgos de su ejecución. Enseñando hernia, mostrar la constitución de las paredes del trayecto inguinal, para que sepan que se pueden juntar; nada más. Mostrar la vena ilíaca, detrás, y el paquete espermático, que pueden ser heridos. Ir pronto a enseñar la anatomía, modificada por el proceso patológico, y hacerle saber que junto al saco herniario, avanza por fuera la grasa inocente del Bogros, y por el lado interno viene, pegada á él, la grasa amarilla y dura, que trae la vejiga en actitud suicida, buscando la aguja del cirujano. Hacer en seguida vivir la región y así como sacó a la mano de la estática anatómica, mostrar, en el trayecto inguinal vivo, los maravillosos mecanismos de los juegos esfinterianos. Comprenderán que una hernia es algo más que un simple defecto morfológico; hay allí la incapacidad funcional para adaptar

las dimensiones del trayecto a las exigencias de la presión intraabdominal. Y pensando en el trayecto vivo, llegarán a ver que en la operación de la hernia, el cirujano, cumpliendo una exigencia imperiosa de las formas, olvida el juego regular de la región. En este olvido, sacrifica la fibra muscular noble que, víctima de la sutura, será tejido cicatricial estático. Llegarán a comprender cómo se mueve esa región y verán que los amarres del cirujano, si no se hacen con un alto concepto de la plasticidad de los tejidos, conducirán a la reabertura del trayecto, con el agravante de la destrucción funcional, de lo que quedaba de la maravillosa máquina esfinteriana.

Y cuando termine la clase, el estudiante no sabrá cómo se opera una hernia, pero conocerá los riesgos que pueden llevar a complicaciones tan graves como la muerte; sabrá que el amarre firme que hace el cirujano y deja el trayecto cerrado, no supone una forzosa curación de la afección. Entonces pensará muy bien cuándo va, a aconsejar la intervención y sabrá las posibilidades que ofrece la cirugía para la cura.

Decía, páginas atrás, que era beneficiosa la enseñanza conjunta de la Anatomía Aplicada y la Medicina Operatoria. Ahora que les he hablado de una anatomía palpitante y viva y de una operación que no es técnica sino concepto, pueden comprender que mi cátedra es una unidad.

Pasamos por un momento en que cada materia ve desbordar los límites de la enseñanza regular, por las necesidades de los que buscan, después de titulados, fuentes de saber más completas para su preparación. En el caso de Medicina Operatoria los jóvenes cirujanos quieren una escuela para aprender las bases de nuestro arte y el Profesor debe atender esa aspiración. Para ello, no creo en los cursos llamados de Postgraduados, en que con solemnidad de lo extraordinario, se pretende enseñar hasta el más allá. Es el Profesor, que en la clase de rutina, que fija el horario regular de su materia, debe elevar sus conceptos a tal altura que el estudiante que se inicia aprenda mucho y el médico que ya tiene experiencia y conocimientos, aprenda más.

Queda sólo para enseñar fuera del curso, a los que siguen las disciplinas quirúrgicas, la técnica operatoria. Iniciaremos este mismo año esta enseñanza, para lo cual no haremos clases magistrales, sino que con la colaboración de nuestros Profesores de Cirugía, trataremos de hacer el ambiente propicio para que todo el que desee trabajar, aprenda colaborando en un esfuerzo común.

El personal de colaboración docente en la cátedra de Operaciones es muy escaso. Sin embargo, muchos han de venir espontáneamente a mi lado, porque saben que conservarán conmigo, si trabajan, sus modalidades propias en el carácter y en la orientación. Durante diez años he actuado intensamente junto al Prof. Carlos Stajano en su Clínica Quirúrgica y hemos aprendido allí, que la cátedra es el conjunto de los colaboradores, siendo

el Profesor el guía, el timonel, el consejero, pero sin llegar a insinuar la pretensión de ahogar una orientación del colaborador que se ha consustanciado en el esfuerzo común.

Estos diez años fecundos de mi carrera quedarán para siempre ligados a Stajano y quedarán también los diez años que vienen, aunque el destino me separe de su lado, y ambiciono que muchos más años, vayan marcando etapas de nuestro camino, manteniéndome firme en la conducta del respeto mutuo, consideración y elevación moral, conducta por la que él rompe, todos los días, una lanza. No podía, Dr. Stajano, en mis pretensiones de hacer una exposición impersonal, dejar de reconocer, públicamente, todo lo que para mí significó estar en su clínica.

No temo, en mi condición de Profesor, al subordinar en parte mi persona al interés fundamental de la cátedra, de verme asfixiado por la obra de los demás. Sé que en el esfuerzo no han de sacarme ventajas y me siento con la misma capacidad que me permitió sin ningún apoyo llegar hasta aquí, por lo que me creo capaz del enorme esfuerzo de síntesis, como para colocar en el eje de una cátedra populosa, una cabeza bien centrada.

Hay que hacer más de vida la cátedra; hay que elevarse. Levantándose así, encontrando en su propia superación el fin mismo del esfuerzo, la enseñanza al estudiante podrá adquirir el carácter de síntesis asimilable. Porque hay que evitar, que a falta de otro motivo, todo el peso de la actividad o iniciativa del profesor, caiga sobre el estudiante, que tiene otras numerosas obligaciones a cumplir.

Absorbido por las preocupaciones de su materia, ningún profesor debe olvidar que forma parte de un engranaje docente y que sólo será eficiente, si su enseñanza se adapta estrictamente al grado de preparación y al desarrollo intelectual de sus alumnos. El conocimiento de sus discípulos es elemental y debe hacerse dentro y fuera de la clase, en la pregunta fría de la lección y del examen, y en la charla amena de la reunión.

El profesor debe conocer la vida íntima de toda la docencia de la Facultad, y debe sentirse, todo lo responsable que se quiera de la potencia de su personalidad, como un simple colaborador en la obra colectiva.

Esta obra, cuya primer condición para ser efectiva es la unidad, debe exigir el sacrificio de mucho de cada profesor hecho sabio. Los profesores deben cumplir la obligación de elevar el informe sobre el desarrollo del año escolar, deben concurrir a todas las reuniones en que colectivamente se trata de armonizar la enseñanza, deben presentar, al iniciar sus cursos, el programa de su materia. Y si no lo hacen, porque no encuentran tiempo para ello o porque no les interesan las opiniones de los demás, llegará el día en que deberán tomarse medidas radicales, bajo el peso de una conciencia colectiva que exija al profesor su amalgama para hacer enseñanza de una sola pieza.

Como profesor, mi actuación estará subordinada a las directivas que marque el interés corporativo de profesores y estudiantes que quiere buenos médicos. Esta subordinación, que religiosamente acataré, no me humilla en lo más mínimo, sino que al concederme la adaptación a un postulado fundamental de la docencia, me fortalece en mis condiciones de profesor.

Si el profesor de la Facultad de Medicina levanta aún la altísima dignidad que le corresponde a su título y la comprende, llegará a ver que tan noble como profundizar en su preparación personal para tener nuevos éxitos científicos y terapéuticos, es perfeccionar su efectividad docente para dar a la sociedad mejores médicos, en un continuo darse a los que vienen, que, darse así, es seguir viviendo. En esta disyuntiva del médico- profesor, no todos, por temperamento o por convicción, siguen el mismo camino. Comprendo a los que prefieren dedicar todo el tiempo y energías a su perfeccionamiento personal y tal vez en definitiva su vida enseñará como ejemplo. Lo comprendo porque ese es el derrotero señalado por mi temperamento, esencialmente quirúrgico, y por mi sensibilidad, que me apega a la asistencia mejor del enfermo. Sin embargo no me he podido encerrar en ese camino. Hay una fuerza que me tira y me saca de mi encierro, fuerza que me habla de la responsabilidad del profesor, del respeto por la preparación básica de los alumnos, del porvenir de nuestra casa de estudios. Esa fuerza, que me hace cambiar horas que pudieron ser de ilustración científica, por horas de preparación y meditación de una clase, que me trae a las Asambleas de docencia y que amarga mis días, cuando nuestra enseñanza sufre los nefastos efectos de la desorganización y la miseria, esa fuerza digo, tiene un punto que la centra y un empuje inicial que la mantiene.

Hay que vivir con la conciencia de la alta investidura que se nos ha dado y saber la responsabilidad que como profesores tenemos ante nosotros y ante los demás. Es tal nuestra jerarquía, me siento yo tan grande con mi título de profesor, que todas las pequeñeces humanas del amor propio, la envidia, la rivalidad profesional, desaparecen.

Sintiéndose con ese poder, la fuerza que nos saca del encierro profesional para llevarnos a los problemas de la docencia, tiene su verdadero motivo. Es yendo allí, subordinando todas las mezquindades que llevamos adentro, al mantenimiento de nuestra personalidad de profesor; cediendo de nuestros propios anhelos, en busca de una mejor coordinación; callando en la clase nuestros afanes de mostrarnos sabios para ser sólo eficientes, es el modo como la majestad de lo superior no permitirá jamás que se empañe nuestra ejecutoria personal de hombre fuerte y libre.

Comprenderán por qué decía yo, que mi subordinación en la cátedra, al interés colectivo de la docencia, no me humilla en lo más mínimo.

Pero hablaba de un empuje inicial que mantiene esa fuerza, y aún cuando al comenzar mi clase di por cerrado lo que ya pasó, justicia es remon-

tarse en busca de tales orígenes. Mi juventud tuvo en la vida de estudiante de campaña, vida libre como ninguna, escuela de hombría, la fragua donde se formaron mis caracteres de hombre. Pero, saliendo de los rincones de nuestras piezas de estudiante, donde aprendimos del compañerismo y la amistad, fuimos a templar el carácter en las lides estudiantiles.

Mi pasaje por la Asociación no fue un accidente. Ingresé a su Directiva el año en que las luchas internas en Medicina llegaban a su apogeo, a tal punto que se había constituido otra entidad estudiantil, en oposición a la nuestra. Durante cuatro años seguí en los puestos dirigentes, que eran de acción y sobre todo de lucha. Me contagié allí de cierto espíritu bélico, pero encontré la mejor escuela de corrección moral, que todos nos esforzamos en aquella época por mantener como divisa, y que hoy, 20 años ya pasados, sigue siendo la misma.

Una larga lista de aquellos compañeros, que muchos son los hombres de hoy, y a los que intensos años nos unieron después en las luchas gremiales, siguen formando mi cuadro de honor. Tal vez sea yo el primero que llego a la cátedra, pero, ese mérito supone un compromiso. Debo cumplir aquí las directivas que trazábamos en nuestras luchas, cuando pedíamos a los profesores, dedicación por el alumno, y a los dirigentes de la Facultad, respeto por nuestras cosas. Desde allá arranca la fuerza que no me deja, siendo hoy profesor, encerrarme en mis problemas profesionales.

Pero hay más, los luchadores de la juventud centran su acción, en una perfecta ubicación del hombre, en el momento que se vive. Al pasar los años, si el mundo cambia, las ideas de aquella juventud quedan viejas y el destino nos depara sólo la angustia de no comprender nada. Tengo la impresión de que nuestro mundo no ha cambiado todavía y que aún nuestras aspiraciones de ayer, son de palpitante actualidad hoy. Yo no sé lo que será mañana.

Me siento en mi época y entonces no vacilo en dejarme llevar por fuerzas que arrancan desde mi vida estudiantil y actuar bajo ese impulso. No olvido ni mi condición de universitario, ni mi calidad de hombre, y voy donde tengo que ir, a cumplir las obligaciones que las circunstancias imponen. Nadie ignora que esas circunstancias pueden ser, para un médico, un hombre que desgarró sus carnes o una mujer que perdió su hijo. Pero algunos no sienten que, para un profesor, hay alumnos que requieren consejos. Y estancamos a quienes debemos dar impulso. Y aprendimos en la escuela de las luchas juveniles, que hay que entregarse a la sociedad entera, cuando nuestra cultura, nuestra preparación universitaria, nuestro prestigio personal, se necesitan para mantener en pie las libertades del pueblo. Y entonces nuestra voz debe sonar en la calle.

Señores: meditando estos días sobre mi camino hasta llegar a la cátedra, he vivido todos los escalones de mi carrera. No esquivé ninguno. Los fui subiendo sin apoyos, tal vez con arrogancia. A nadie cerré el camino. Y

mientras subía con la fuerza del conocimiento y de la actividad docente, jamás rehuí la lucha por los principios básicos del hombre, en los momentos de opresión, ni por la defensa de la dignidad de mi carrera. Puedo mirar tranquilo hacia atrás, que la hora de hoy encuentra en ese pasado una pura luminosidad en la que llegan a levantarse con particular relieve dando la nota más potente mis juegos cándidos e inocentes de niño, en los montes de Soriano.

Y pensando en el acto de hoy, manifestación más que nada, de afecto y simpatía, pensaba si los 25 años de profesorado que tengo por delante, mantendrán estos mismos sentimientos, y si al alejarme de la cátedra, con el peso de la obra cumplida, podremos vernos unidos otra vez, con este mismo fervor de simpatía. Es posible. Pero en cambio estoy seguro que podré entonces como ahora, mirar hacia atrás y encontrar una vida con una sola línea de conducta.

Veo ya aquel futuro, dejando mi puesto a los que vendrán, como un horizonte calmo, donde podré seguir estudiando, pero no sé si siendo entonces efectivo junto al enfermo; donde podré seguir trasmitiendo enseñanza a mis alumnos, pero no ya en la trabazón de un cuerpo docente, cuyas orientaciones serán otras; donde gritaré mis ideas en la calle, pero quién sabe si me sabrán comprender. En fin, señores, cuando terminado mi ciclo en la docencia, vacile en mi adaptación al empuje de la época, miraré atrás y de la claridad de esa vida ya cumplida, iré a recoger los años puros de mi niñez, que nunca me dejaron, y con ellos viviré con fruición, la sana alegría de la libertad sin límites del campo del monte, del río.

Muchas gracias.

## APÉNDICE 10 B
## Chifflet A
## EL HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA"
## Montevideo. CISA. 1948. 56 páginas

La finalidad con que Chifflet escribió este folleto y permite hacer su primera valoración se describe con detalle en el capítulo 10.

Debe señalarse que es un documento muy valioso también por otras razones.

Constituye una prueba inequívoca más de su permanente preocupación social por centrar todo su interés en el bien general del enfermo, en

considerar el conjunto de los diferentes aspectos de su enfermedad no sólo los meramente biológicos, o los limitados a su internación hospitalaria.

Es una muestra de la precisión con que Chifflet percibía numerosos y diversos hechos inconvenientes que acontecían en los hospitales del Ministerio de Salud Pública de entonces, analizaba sus interacciones y los comparaba con la organización de hospitales de países más avanzados que él conocía de primera mano, adelantando sus posibles consecuencias.

Posee organicidad porque combina con sabiduría para lograr el fin propuesto de convencer, una gran riqueza de datos, experiencias personales, conceptos, fortalezas y debilidades, objetivos, y proyecciones de futuro de la institución que limitarían la capacidad de progreso de la Medicina nacional y que en parte se han cumplido, todo esto redactado en un estilo muy atrayente.

Finalmente su lectura detenida muestra fuera de toda duda cuál era la posición de Chifflet respecto a la pertenencia del Hospital de Clínicas, las razones de su oposición radical al doble comando o al comando compartido del mismo y, en consecuencia, que los cuestionamientos que en 1948 le hicieron los estudiantes de Medicina carecían de una justificación verdadera.

## Texto del folleto

### I. INTRODUCCIÓN

*El Hospital de Clínicas será lo que sea su funcionamiento:*
*La construcción es el marco que impone determinado funcionamiento y nada más.*

El país ha gastado muchos millones de pesos en la construcción del Hospital de Clínicas y ese gasto millonario debe servir para dar a nuestro pueblo los correspondientes beneficios. Evitemos que sea la simple continuación de la asistencia de nuestros hospitales actuales. Evitando esa continuidad desde el primer día, es la única forma como evitaremos que se multipliquen en el grandioso hospital las fallas de nuestra asistencia que ya son alarmantes y lleven en definitiva al desastre, en asunto tan importante como la salud humana.

El Hospital construido no es un hospital similar a los actuales en Montevideo, sino que ha sido concebido y realizado en vistas a organizaciones modernas, donde armonizan funciones asistenciales, docentes, sociales y de investigación. Su funcionamiento debe adaptarse a las directivas de su construcción y si no se logra esa adaptación, haciendo que dirigentes, pú-

blico, enfermos y personal adquieran nuevas disciplinas, podremos llegar a un fracaso de donde difícilmente se pueda salir.

El objeto de esta publicación es dar nuestra opinión sobre el gobierno y la administración del Hospital de Clínicas, pues consideramos que de ellos depende totalmente su eficacia de futuro. No queremos silenciar nuestra posición, porque deseamos dejar a salvo nuestra responsabilidad, si desoyendo la opinión de la Facultad de Medicina, se prescinde de su colaboración. Personalmente, consideramos que la vida nos ha de permitir seguir, por muchos años a este Hospital y queremos tener hoy, con esta publicación, punto firme de partida para afrontar el juicio del tiempo.

## II. EL GOBIERNO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Desde dos ángulos puede hacerse el enfoque del problema del gobierno del Hospital de Clínicas. Por una parte yendo al análisis de los antecedentes de su creación y construcción y de los preceptos constitucionales y legales que corresponde aplicar. Por otra parte haciendo el estudio técnico sobre la forma de funcionamiento de ese Hospital, para que rinda al país todo lo que debe rendir.

El primer enfoque, que es seguido lógicamente por personas de actuación jurídica y de gobierno, ha sido motivo de varios estudios por personalidades especialmente capacitadas. No vamos a entrar nosotros en ese terreno por dos razones fundamentales:

1.- Porque a pesar de conocer a fondo el problema, con el debido asesoramiento jurídico, su exposición no tendría la misma fuerza que tiene el aspecto técnico de nuestra exposición. No tenemos en efecto, la autoridad necesaria en ese sentido, autoridad de la que nos creemos respaldados cuando opinamos como Médico, como Profesor de Medicina y como Decano.

2.- Porque nos interesa fundamentalmente que el Hospital de Clínicas funcione bien, y frente a ese interés, planteadas las soluciones en el terreno de las realidades, no podemos dejarnos atar por reglamentos y leyes y en nombre de ellas sacrificar la salud del país.

Diremos sin embargo, de paso, que numerosos aspectos de los antecedentes demuestran que la idea de hacer un Hospital Universitario fue la que centralizó todos los actos de su planificación y construcción.

1.- La idea del Hospital de Clínicas y el proyecto para su construcción se debe al Decano de la Facultad de Medicina Profesor Manuel Quintela.

2.- El proyecto fue al Parlamento por la vía regular de los asuntos universitarios, es decir, Consejo Central Universitario y Ministerio de Instrucción Pública.
3.- El Parlamento dio nombre de Manuel Quintela al Hospital, reconociendo el mérito dominante de su gestor, que fue por arriba de todo, un abanderado de las causas de la Facultad de Medicina.
4.- La denominación de Hospital de Clínicas sólo puede corresponder a la concepción de hospital universitario, pues la palabra Clínica, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia y con el uso corriente, supone enseñanza. Las dependencias de Salud Pública se llaman Servicios.
5.- Durante el largo período de construcción, la Contaduría de la Universidad actuó en forma directa en el aspecto contable de los gastos. La Tesorería de la Universidad de acuerdo con numerosas leyes que fueron arbitrando recursos, fue la que hizo efectivo el pago del edificio.
6.- El Hospital de Clínicas dirigido por la Universidad no es una idea revolucionaria. El Hospital más grande de San Pablo, el más grande de Asunción, el más grande de Cuba, son dirigidos y administrados por la Facultad de Medicina respectiva. Todos los grandes Hospitales norteamericanos son dependencias universitarias.
7.- La ley de creación del Hospital de Clínicas (14 de octubre de 1926) dice en su artículo 1º: "Autorízase la construcción de los edificios necesarios para instalación de un Hospital de Clínicas con capacidad mínima de setecientas camas, del Instituto Experimental de Higiene y de la Escuela de Odontología". La letra del artículo demuestra que se trata de un conjunto de edificios con función docente, pues el Instituto Experimental de Higiene es una dependencia de la Facultad de Medicina y la Escuela de Odontología, actualmente Facultad, es integrante de la Universidad.
8.- El artículo 3º de la misma ley se inicia así: "La Universidad tendrá a su cargo las construcciones a que alude el artículo 1º, en cumplimiento de una Comisión honoraria…".
9.- El artículo 8º de la ley dice: "Autorízase al Consejo Nacional de Administración para emitir hasta dos millones ochocientos mil pesos ($ 2.800.00.00) en títulos de una deuda que se llamará de Edificios Universitarios y Escolares de 1927…"
El legislador ha sido muy explicativo de su opinión al autorizar la emisión en títulos de deuda con la denominación bien definida de "Edificios Universitarios".

10.- Si bien es cierto que el artículo 6º de dicha ley adjudica la Administración a la Asistencia Pública (Artículo 6º.: "El Hospital será administrado por la Asistencia Pública y los servicios clínicos, quedarán a cargo de la Facultad de Medicina"), debemos recordar en primer término el cambio de ideas impuesto por la evolución del concepto de Hospital que no llevaría hoy al legislador a la misma solución. Pero recordemos además que se adjudicaba la administración a la Asistencia Pública, que estaba dirigida por una Comisión integrada con delegados de los técnicos y de la Facultad, y no al organismo que actualmente representa aquella institución que es el Ministerio de Salud Pública, organismo dirigido por un integrante natural del Poder Ejecutivo, en cuyo seno representa una fracción política.

11.- La estructura del Hospital corresponde a un Hospital Universitario, habiendo dependencias numerosas, para estudiantes (dormitorios, comedores, salas de clase, etc., etc.). Hay todo un piso del edificio destinado solamente a observatorio de las salas de operaciones, de finalidad docente pura. En la consideración de la ley de creación, en Cámara, en 1926, se aceptó el costo que pareció elevado a muchos legisladores, teniendo en cuenta que la construcción no era solo para colocar camas, sino para enseñar.

13.- Las Clínicas de la Facultad de Medicina, cuyo personal técnico es totalmente de la Universidad, tienen bajo su asistencia, actualmente, en los Hospitales de Salud Pública, un número de enfermos superior al que va a poder internarse en el Hospital de Clínicas. A nadie se le ha ocurrido decir que tal asistencia, realizada en numerosos Hospitales significa un acto inconstitucional porque sea la Universidad la institución que asiste.

14.- En el momento actual la Facultad de Medicina tiene un Presupuesto de 1.700.000 pesos anuales; dispone de fondos para Premios por una suma superior a los 100.000 pesos (Premio Soca, Beca Albo, Beca Ardió, etc.); administra el Instituto de Higiene que tiene una entrada anual superior a los 100.000 pesos y que además del edificio situado frente al Estadio tiene un campo cerca de Pando explotado para la preparación de sueros y vacunas para todo el país; termina de escriturar un campo cuyo valor pasa del millón de pesos, por donación del Sr. Saralegui. No es en el monto de la actividad de la Facultad donde puede evidenciarse su capacidad, sino en la forma como se hace la administración. Gastamos mensualmente el duodécimo de nuestra posibilidad anual y ninguna casa de comercio dificulta la provisión a la Fa-

cultad ni sube los precios de sus productos por el riesgo de una demora perjudicial en los pagos.

## III. CONCEPTOS QUE RIGEN EL FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL

Dos conceptos, íntimamente unidos, dominarán toda nuestra exposición robusteciéndose mutuamente: por una parte la afirmación de que la enseñanza y el progreso de la medicina en nuestro país quedarían totalmente amputados si se deja a la Facultad como ahora en una actuación secundaria y subordinada, en la enseñanza práctica de nuestra profesión; por otra parte, la seguridad de que el beneficio directo de la población será mucho mayor si se organiza el Hospital de Clínicas como hospital moderno.

En lugar de analizar estos dos enfoques del problema, haremos una exposición de lo que debe ser el Hospital de Clínicas funcionando y de esa exposición será fácil deducir la indispensable participación de la Facultad para el mejor aprovechamiento de esta obra monumental, en la enseñanza y en la asistencia.

Una pequeña incursión en la historia de los Hospitales servirá seguramente para comprender el concepto que debe regir un Hospital moderno y para saber desprenderse de muchos resabios de otras épocas que no pueden seguir pesando en nuestros días.

### LOS HOSPITALES FUERON CÁRCELES

En la antigüedad se internó en lugares apartados de la actividad normal a ciertas clases de enfermos, por considerarlos poseídos por espíritus maléficos y en ese sentido, indignos de compartir la vida social regular. Es posible que los antiguos hayan separado así a muchos enfermos con afecciones contagiosas o peligrosas para la sociedad y por tal motivo hayan beneficiado a la población. En ese sentido, la organización hospitalaria de nuestros días debe solucionar estos problemas, haciendo obligatoria la internación del enfermo mental y del contagioso, que por distintos motivos significan peligro social.

Pero el aislamiento no puede significar encierro y abandono del enfermo, condenado a sufrir y a morir como poseído por los demonios. En nuestra época pueden aún darse ejemplos de leprosos o mentales o tuberculosos que no reciben todo el cuidado que exigiría su salud, por considerárseles incurables. Pero donde más ha quedado impreso el concepto carcelario del hospital es en el espíritu popular, lento a desprenderse de los conceptos que son amasados con sentimientos. Mucho pueblo tiene

temor del Hospital por influencia de esos prejuicios, que es necesario hacer desaparecer.

## LA CARIDAD, VERDADERO ORIGEN DEL HOSPITAL ACTUAL

Movidos los hombres por nobles sentimientos, llevaron a los enfermos graves a ciertos lugares para recibir los últimos consuelos, fortificando su espíritu en esperanzas de un mundo mejor. Durante muchos siglos, estos lugares tuvieron solo enfermos graves llevados por el móvil de la fuerza sentimental.

No pudieron los religiosos que rodeaban a los enfermos en aquellos antros de dolor dejar de impresionarse por tanto sufrimiento y pronto juntaron a su acción espiritual el uso de procedimientos para yugular el dolor. Y poco a poco, con paso lento fue entrando allí la ciencia. Durante siglos fue ejercida por los propios religiosos. Día llegó sin embargo, en que la extensión de los conocimientos médicos y de sus técnicas científicas obligaron a la división de tareas, con una mayor dedicación a estas disciplinas y al fin la necesidad de dar entrada en estos ambientes al hombre de ciencia sin que sea un religioso.

Largos períodos de lucha caracterizaron esta época, donde movidos por pasiones, quisieron los hombres imponer conceptos extremos. Mucha tragedia nos cuenta la historia y aquí como siempre, se sobrepasó la línea de lo justo para caer en una etapa de cientificismo absoluto. La ondulación normal del progreso nos ha hecho volver ya de esta etapa de frío análisis científico, dando al Hospital la indispensable participación de orden sentimental, que jamás podrá disminuir.

## EL HOSPITAL MODERNO Y LA FACETA ESPIRITUAL DEL ENFERMO

Las escuelas médicas sajonas, siguiendo el camino del perfeccionamiento científico puro han llegado a la conclusión de que las enfermedades no están constituidas solamente por la lesión orgánica o la alteración funcional de nuestro cuerpo. Existe siempre una importante participación psíquica que puede estar en el origen, en el mantenimiento o en la agravación del fenómeno orgánico o funcional. Este concepto, ampliamente difundido con el nombre de medicina psico somática, conduce a la investigación psíquica en todos los enfermos y a la aplicación de una terapéutica dirigida al fenómeno en causa.

En las escuelas latinas, impregnadas por su propia naturaleza de profundos elementos afectivos, jamás desaparecieron los sentimientos al hacer el

enfoque de cualquier enfermo. La más rigurosa imposición científica, no puede para nosotros llegar a quebrar brutalmente las delicadas emociones que constituyen la preciada sensibilidad de cada hombre.

Respetuosos así de emociones y sentimientos, nos encontramos hoy alcanzados por la ciencia pura, demostrando que la curación del enfermo es más fácil si se toma amplia consideración del factor psíquico siempre presente.

Con estos conceptos es evidente que el Hospital debe tener un edificio apropiado, no con las ventanas inaccesibles y el ambiente triste que se buscaba para la sedación de los espíritus, sino con el confort y la alegría que predispone al optimismo, factor decisivo en la evolución favorable de los procesos cicatriciales e infecciosos.

La propia vida del Hospital debe adaptarse a estos conceptos, para lo cual es indispensable que todo el personal de colaboración, de servicio y administrativo, esté impregnado de sentimientos nobles. Que sepa comprender las facetas claudicantes del pobre enfermo y tenga jerarquía moral como para levantar, con un gesto o con una actitud, el espíritu decaído de quien al verse enfermo, no solo piensa en la muerte y en el dolor, sino en el hogar que pudo quedar sin pan y en el futuro incierto por una incapacidad para el trabajo.

*Había en la sala 21 un hombre de Treinta y Tres, ocupando la cama de un rincón donde jamás llegaba la luz. Había ingresado por una infección grave de una mano originada en un accidente en sus tareas de campo. Para la marcha del Servicio, este hombre tenía un número, el número de la cama, y todos sabían que este enfermo, el 17, no gustaba de reuniones con los otros internados y que respondía secamente a las preguntas. Era un mal educado, al cual le prestaba el personal de servicio la asistencia indispensable y nada más. Su infección evolucionaba lentamente hacia la curación, pues no había en los dedos torpes del paisano indicios que hiciesen nacer optimismo por la recuperación de una mano apta para el trabajo.*

*Una mañana, al llegar el médico de Sala, se le informa que el 17, aquel hombre tosco y bruto, había provocado una incidencia y que por orden del Jefe nocturno del personal debió ser retirado de la Sala por la policía.*

*En la Comisaría de la Sección hablamos con el 17 durante muy largo tiempo. El 17 tenía un nombre. Se llamaba Gregorio Almenares. Don Gregorio era un paisano bueno, un santo varón, y no llegaba a comprender la situación, para él lamentable, de encontrarse a disposición de la policía. Pero nosotros comprendimos fácilmente su tragedia.*

*Don Gregorio tenía esposa y cinco hijos allá en los campos de Treinta y Tres. Desde hacía 20 días, que llevaba en el Hospital, no tenía noticias de los suyos. Pero para qué quería noticias si ya sabía lo que estaría pasando en aquellos ranchos, invadidos por la miseria. Cuando reconcentrado en sus pensamientos no contestaba*

*solícito a las preguntas del enfermero, era porque estaba mirando allá lejos sus hijos con frío, correr llorosos entre los yuyos que iban apretando el patio de sus ranchos. Y pensando más lejos en el tiempo miraba su mano inválida y veía el desfile de tragedias cuando con su mano inútil debiese volver a su casa para ganar el pan para los suyos.*

*Pobre Don Gregorio, lo sacaron de noche del Hospital y lo llevaron a una celda. El enfermero nocturno, militante activo de un Club político, de donde había sido trasladado por sus méritos al nuevo cargo, con asignación presupuestal, no pudo tolerar que el 17, el hombre mal educado lo molestara cuando jugaba una interesante partida de naipes con otros enfermos de la Sala. Y este personaje, con respaldo en los dirigentes de su partido lo había increpado duramente. La discusión terminó como era lógico, con la sanción al 17 y Don Gregorio fue callado a su celda.*

Es necesario que en nuestros Hospitales haya el clima de nobles sentimientos que constituyen una faceta tan dominante de nuestra profesión, que todos sepan comprender la tragedia del enfermo y se apliquen directivas de conducta que levanten la moral del internado. Y hacer todo eso por razones del humanitarismo que movió a los creadores de los Hospitales de siglos atrás y que conservamos como atributo de médico, y por razones científicas, ya que está plenamente demostrado que una herida o una infección es dominada más rápidamente y mejor cuando el organismo está psíquicamente dispuesto para ello.

Para conseguir esto, es necesario que todo el personal del Hospital actúe en unidad y movido por el solo interés del enfermo. No es posible que desarrollen actividades de colaboración asistencial personas que jamás han vivido en el ambiente del Hospital y que administrativamente están completamente desvinculados de la dirección técnica.

## EL ENFERMO ES UNA PIEZA DEL ENGRANAJE SOCIAL

Asistir al enfermo con una gran altura moral, respetándolo en sus sentimientos y comprendiéndolo en sus problemas, pero no perder de vista de que junto al factor sentimental hay un imperativo de orden social que centraliza la acción hospitalaria. El enfermo que va a un hospital es una pieza del complejo mecanismo social que acusa una falla, y esa falla repercute seriamente sobre toda la sociedad. No puede el Hospital prescindir de este concepto y aislarse en una acción de alcance personal, pues significaría negar a la sociedad el apoyo más importante que en nuestra época puede prestársele.

Forma parte de la actividad de cualquier Hospital moderno una organización que se proyecta en la calle para saber el origen de la enfermedad que aqueja a cualquier paciente, que busca la forma de solucionar el problema

social derivado de la improductividad del enfermo internado y que al fin, acompaña al enfermo cuando se va del Hospital, para reincorporarlo en la mejor forma a una función productiva.

## ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

Un concepto básico de la medicina actual, es que la acción de la prevención de las enfermedades es de más interés que la acción curativa.

Es de interés desde el punto de vista del hombre en sí, que con el pequeño sacrificio que significa la observancia de medidas higiénicas y preventivas, evita el desarrollo de enfermedades graves y a menudo mortales. Es de interés para la colectividad, que evitando la enfermedad no solo mantiene en producción a sus integrantes, sube el promedio de vida de la sociedad, sino que gasta mucho menos en la asistencia. Debemos insistir en que las cifras fabulosas que se gasten en Higiene y Previsión constituyen desde el punto de vista del Erario Público cifras muy inferiores a las que consumiría el país si no se evitaran las enfermedades ante las cuales se hace profilaxis.

La organización de todos los servicios y campañas de Prevención se basan en estadísticas y estudios realizados por técnicos especialmente capacitados. Pero esos estudios tienen como base sólida la casuística del lugar, la cual da cifras exactas de morbilidad y mortalidad. La acción a desarrollar no puede prescindir de estos informes, por lo cual no puede un Hospital carecer de las Oficinas que documenten en forma apropiada el motivo de consulta de todos los enfermos.

Pero el Hospital, que debe tener Archivos que permitan estos estudios, debe tener además la organización que conduzca inmediatamente a medidas preventivas frente a cualquier circunstancia que signifique la existencia de un riesgo para la salud. Debe denunciar ante las autoridades correspondientes los hechos comprobados para evitar la multiplicación de víctimas. Si no se toman las medidas apropiadas, deben las autoridades del Hospital dirigir su protesta ante quien puede tomar las disposiciones de rigor.

## EL SERVICIO DE ASISTENCIA SOCIAL

El Hospital que solo piensa en la curación del enfermo internado está muy lejos de cumplir con la misión que le corresponde en nuestra época. Una importante función le corresponde frente a los sanos.

A veces porque se trata de sanos ligados familiar o económicamente al enfermo y entonces el Servicio Social del Hospital debe atenderlos desde el punto de vista de sus preocupaciones y angustias, informándolos debidamente de la naturaleza y curso de la enfermedad. Debe atenderlos tam-

bién desde el punto de vista económico, buscando la forma de solucionar los problemas que surgen con la suspensión de la actividad de un posible sostén pecuniario. Debe en fin, ir planeando la adaptación económica en un hogar, cuando la información médica dice que el enfermo internado no podrá reintegrarse más a su trabajo.

Pero la acción del Servicio Social debe ir más lejos, visitando la vivienda del enfermo, conociendo su alimentación, su régimen de vida y en general la de todos sus familiares. El personal de este Servicio, debidamente preparado, hará el asesoramiento correspondiente, no solo para evitar nuevos enfermos en ese hogar, sino para que nuestro pueblo viva y disfrute de la vida, tal como se puede hacer cuando se sabe usar del confort, se sabe comer bien, se sabe descansar y trabajar.

Las campañas educacionales, la lucha contra el analfabetismo, las propagandas sanitarias, encuentran en el Servicio Social de los Hospitales su mejor posibilidad, porque la visitadora social que toma contacto con el enfermo en el Hospital y con sus familiares en la casa, actúa en condición de elemento de enlace en las condiciones psicológicas más favorables, provocadas por el ambiente creado frente al sufrimiento o al temor a la muerte.

## ENFERMEDAD Y CAPACIDAD PRODUCTIVA

El día que el enfermo deja la cama del Hospital, o más aún, el día que su médico le da el alta, diciéndole que la enfermedad ha terminado, este hombre no está en condiciones de volver a su trabajo normal. Necesita un cierto tiempo de convalecencia para normalizar su estado general y muy a menudo necesita reeducar una función perdida o readaptarse a esa función.

Si el Hospital se conforma con dejar libre la cama para otro enfermo y devuelve a la sociedad un incapacitado, priva al enfermo y a la sociedad del enorme beneficio que puede significar una perfecta reeducación y convalecencia, bajo la dirección técnica de quien conoce el problema científico, moral y social de ese enfermo.

La economía hospitalaria realizada por la disminución de días de hospitalización, cuando se pierde la noción del estado funcional residual del enfermo, conduce a serias consecuencias desde el punto de vista familiar y social.

## DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad debe ser lo más corta posible. El enfermo que prolonga su estadía en el Hospital, es una pieza de la sociedad que no trabaja, que no rinde, es un elemento familiar que perturba el ambiente del hogar; es una

cama ocupada que reporta gastos al Hospital. La cama ocupada significa en nuestro medio el gasto diario que le corresponde como en cualquier otro país y además la suma de gastos que resultan de la sobre-población hospitalaria.

*Supongamos que cada Sala de Hospital tuviese ya determinada la cantidad de camas que le permite un funcionamiento regular y que dicha sala tuviese el personal de colaboración necesario para ese número de enfermos.*

*Como los enfermos en nuestro medio son más que los que pueden ubicarse en esas camas, ha sido necesario aumentar las camas, juntándolas, colocando catres entre las filas de camas, habilitando para enfermos ciertos locales accesorios y aún los corredores de los hospitales.*

*El personal escaso, lo es más aún por licencias, enfermedad, trámites de jubilación, etc., etc., y debe trabajar con un número mayor de enfermos que el que correspondería de acuerdo a su capacidad. Resulta imposible a un enfermero cumplir con todas las tareas que se le asignan. Esta dificultad es mayor aún por el atascamiento de enfermos: dificultad para moverse, para llevar la camilla, para movilizar un enfermo, para hacer una curación.*

*Los servicios de colaboración (Rayos X, Laboratorios, etc.) que naturalmente se verían sobrecargados por la mayor utilización que la ciencia moderna impone para el diagnóstico y el tratamiento, sufren las consecuencias de la sobrepoblación hospitalaria. Por ese motivo se ven obligados a demorar días y aún semanas la realización de un examen.*

*Es frecuente ver enfermos ocupando una cama en espera de la hora fijada para un examen radiológico, espera que a veces llega a 8 y 10 días. Durante esos días gasta en el Hospital y sobre todo dificulta seriamente el funcionamiento regular de los servicios, trastornando toda posibilidad de orden.*

Debemos ir a la disminución de los días de hospitalización haciendo una organización que suprima el tiempo perdido. Por ese camino, lograremos que el enfermo tenga un mínimo de tiempo de incapacitación y solucionaremos el problema complejo de la economía hospitalaria.

## ASISTENCIA EXTERNA

Una de las formas de disminuir el tiempo de hospitalización es el perfeccionamiento de las consultas externas por el sistema de Policlínicas. El Hospital de Clínicas está construido con esa orientación, teniendo locales amplios y bien dispuestos para esa finalidad. Tenemos la impresión de que ya se ha logrado un gran paso para que lleguen a funcionar bien, porque cuando hace 10 años hicimos un proyecto de organización de Policlínicas

para el Hospital Pasteur, nuestro trabajo quedó archivado por falta de espacio para hacer esa asistencia al enfermo no internado.

Fuera de los enfermos de urgencia, es decir que requieren inmediata asistencia hospitalaria, ningún enfermo debería ingresar al Hospital, sin tener ya los estudios médicos y de laboratorio que se pueden hacer en Policlínicas. Es extraordinario el número de días-cama que pierde un Hospital cuando ingresan enfermos que van a comenzar a ser estudiados y que necesitan varios días de estudios. Por otra parte, todo enfermo que no requiere continuar internado, debe pasar a ser asistido en Policlínica, desocupando así la cama.

Pero para que las Policlínicas puedan rendir el gran beneficio que la organización moderna le tiene asignado, es imprescindible partir de dos hechos fundamentales: 1º) Las policlínicas deben ser dependencias de los Servicios de internados; 2º) La organización de las Policlínicas debe tener una efectividad médica superior.

Sostenemos que las Policlínicas no pueden funcionar como centros autónomos en un Hospital. La Policlínica debe fichar en forma correcta a sus enfermos, clasificarlos, estudiarlos, hacerles el tratamiento ambulatorio correspondiente, y cuando llegue el momento de ingresar el enfermo a Sala, debe pasarlo con toda la documentación, sin que este pase signifique ninguna dificultad administrativa y sobre todo sin que se pierda absolutamente nada de los progresos que en el diagnóstico y tratamiento del enfermo se han logrado en la asistencia externa. Hay que evitar que al ingresar a Sala se requieran nuevos exámenes, nuevos análisis, nuevas radiografías, todo lo cual significa tiempo y dinero, mucho tiempo y mucho dinero.

Si el enfermo que se va de Alta de una Sala, no puede continuar bajo la vigilancia directa de quienes lo asistieron en el curso de su enfermedad, se corre el riesgo de perder en la convalecencia gran parte de los beneficios de una correcta asistencia. Nuestros médicos evitan estos inconvenientes en dos formas. A veces retienen al enfermo en Sala hasta el día que no necesita ninguna vigilancia ulterior, y ocupan así un lugar del Hospital sin ningún beneficio directo para el enfermo ni para el país. Otras veces dan el alta a su enfermo y lo hacen concurrir a la Sala periódicamente. Provocan así uno de los perjuicios más serios a la asistencia hospitalaria, porque el enfermo que viene a la Sala constituye el germen del desorden en todos sus aspectos. Distrae la atención de los médicos, sobrecarga la tarea del personal de Sala, obstaculiza el regular desarrollo de las tareas, gasta material y medicamentos de la Sala, etc., etc.

Es necesario que el enfermo que ingresó a la Sala desde una Policlínica, vuelva a la misma Policlínica cuando ya no requiera su internación y que vuelva con toda la documentación que llevó y con lo agregado en el curso de su enfermedad. Allí debe ser seguido por el mismo Servicio,

coordinando la asistencia, con todo lo pasado. Solo en esta forma, además de evitar gruesos inconvenientes de la desconexión de Policlínicas y Salas, se podrá iniciar la indispensable expansión social a la que nos referiremos más adelante, pues será en la Policlínica donde deberá funcionar el servicio de asistencia social.

Para que las Policlínicas llenen la función importantísima exigida en un Hospital moderno, es necesario dotarlas de comodidades, de instalaciones y de personal suficiente. Pero con eso solo no se conseguirá lo deseado: es necesario, trasladar al seno de la Policlínica el espíritu científico que caracteriza las Clínicas de nuestros hospitales, espíritu científico que solo se desarrolla en un ambiente de superación, empujado por el aliciente de la docencia y de la investigación.

## RESUMEN

Resumiendo lo expuesto, surge como concepto primario la idea de que el Hospital está dentro del medio social, del cual no puede desconectarse en ninguna de sus actuaciones. Sus funciones, relacionadas íntimamente con la higiene y la prevención por una parte y con la incapacitación temporaria o definitiva por otra, están dirigidas dominantemente a curar a los enfermos en la forma más rápida posible y a devolverlos a la sociedad con el máximun de capacidad funcional.

Hemos dicho que, por razones humanas y por razones científicas es indispensable que esta acción del Hospital deba desarrollarse en un clima de superior comprensión espiritual, para lo cual es necesaria una preparación adecuada de todo el personal. Pero para cumplir las directivas fundamentales es necesario que el Hospital sea un centro científico. Veremos, en efecto, que ninguno de los enunciados ya expuestos puede ser llevado a la realidad si no se aplican conocimientos y técnicas especiales.

He aquí nuestro concepto del Hospital actual: institución totalmente científica, sin perder nada de la faceta humana de la medicina, orientada a la curación rápida y total de los integrantes de la sociedad, buscando además la forma de disminuir los enfermos y los incapaces.

## IV. LA MEDICINA ACTUAL: EL CONCEPTO DE EQUIPO

Para comprender el funcionamiento de un Hospital, es necesario incorporar dos conceptos de la medicina actual, sin cuya aplicación resultan absolutamente estériles todos los esfuerzos para curar bien y pronto a un enfermo. En primer lugar, la acción aislada del médico ha sido sustituida por la acción de equipo, donde interviene el médico en condición de parte. En segundo lugar, la efectividad del medicamento o de la interven-

ción quirúrgica sólo es factible en la conjunción con numerosos elementos adyuvantes.

## EL EQUIPO DEBE REEMPLAZAR AL MÉDICO AISLADO

La extensión que ha tomado la medicina en los últimos tiempos y en especial la utilización indispensable de tan variadas técnicas instrumentales para el diagnóstico y el tratamiento, han hecho imposible que un médico pueda tener todos los conocimientos y dominar todas las técnicas que exige cualquier enfermo. Esta es la causa de las especializaciones. En estos últimos años el progreso médico ha sido tan fantástico que ha llevado a multiplicar las especializaciones provocando así canalizaciones especiales frente a cada enfermo.

Pero, todo el enfermo es, desde el punto de vista de su vida y su salud, una unidad indivisible. El viejo concepto de Hipócrates sobre la unidad del hombre sano o enfermo es una verdad que jamás debemos perder de vista. Los médicos que no se han dejado arrastrar por el espejismo del progreso unilateralizado, en vías estrechas de especialización y han mantenido contacto con la realidad del hombre, comprenden que es indispensable juntar los enfoques parciales de cada uno de los especialistas para obtener en un solo cerebro el concepto global de lo que es en su totalidad un enfermo.

Para llegar a esa síntesis es necesario que el conjunto de personas que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de un enfermo actúen con conciencia de equipo. Cada una de ellas debe reconocer la importancia de su participación, pero tiene que comprender la necesaria sujeción a disciplinas que están más allá de sus propias orientaciones y que dependen del interés central de su actuación que es la salud del enfermo.

*El cáncer del estómago sólo puede ser curado por la cirugía. La cirugía sólo puede curar el cáncer del estómago cuando el tumor es pequeño, y en su expansión no ha salido de los límites de lo que puede sacar el cirujano. Esto quiere decir que el único camino práctico en un enfermo con un cáncer de estómago es diagnosticarle su enfermedad en cuanto consulte al médico. Este diagnóstico no es siempre fácil en los comienzos de la enfermedad, por lo cual requiere estudios especiales.*

*El estudio por el clínico es fundamental, porque orienta el diagnóstico e insiste en la búsqueda de la lesión. Pero es imprescindible el estudio radiológico. Para que los Rayos X permitan reconocer el proceso son necesarios a menudo repetidos exámenes por radiólogos competentes. Encontrada una lesión en el estómago el radiólogo no siempre puede afirmar su naturaleza cancerosa. Sin embargo, si ese radiólogo estudia su documentación gráfica cambiando opiniones con el médico que vio al enfermo, hay grandes posibilidades de que surja el diagnóstico exacto. Pero no es*

*suficiente el estudio radiológico: los análisis y la visión directa de la lesión por gastroscopía, intervienen en iguales méritos para hacer el diagnóstico y sobre todo para afirmar los caracteres de la lesión y poder así fijar el mejor tratamiento previo a la operación, el tipo de operación a realizar, la oportunidad del acto operatorio, el riesgo de la operación; etc., etc.*

Decíamos en el Congreso Interamericano de Río de Janeiro en el Capítulo VII de nuestro correlato:

*"Los conocimientos médicos actuales bien aplicados dejan escapar pocos cancerosos gástricos sin hacer el diagnóstico en el primer estudio del enfermo. Este estudio debe comprender el examen clínico, el estudio radiológico, la gastroscopía y varios análisis de Laboratorio, debiendo, los cuatro integrantes de la fórmula ser realizados por personas capacitadas y con material apropiado. Sostenemos que el diagnóstico es el resultado de la juiciosa consideración de todos los elementos aportados por estos estudios, analizados en su mutua correlación y en base a las opiniones de los técnicos que intervinieron en el examen. Desechamos en absoluto el diagnóstico matemático surgido del cálculo de porcentajes de errores en cada disciplina de examen y pedimos por eso a los colaboradores que no hagan informes en vistas a una clasificación en ficheros sino exámenes para aportar juicios a la consideración final del enfermo".*

Los actuales planes de estudio de la Facultad de Medicina están realizados con esta orientación, haciendo que el estudiante estudie y trabaje integrando equipos. Se desarrolla así el concepto de que cualquier realización adquiere un gran beneficio si resulta de la mutua colaboración con otros estudiantes.

Pero esa enseñanza que hemos podido aplicar en los cursos de los primeros años, encuentra serias dificultades cuando se trata de imponerla en los cursos prácticos de la enseñanza hospitalaria. Nada podremos hacer en ese camino mientras la Facultad tenga que conformarse con enseñar Medicina en Hospitales que no dependen de nosotros. El trabajo en equipo exige en efecto una organización administrativa adaptada a esa modalidad de trabajo y exige sobre todo una coordinación de todos los engranajes hospitalarios que jamás se conseguirá mientras persista el doble comando que caracteriza la organización actual.

## EL EQUIPO REQUIERE PERSONAL DE COLABORACIÓN

Junto al grupo de médicos debe actuar un conjunto de colaboradores técnicos, de cuya participación es imposible prescindir. Lo constituyen los transfusionistas, enfermeras, anestesistas, laboratoristas, etc., etc. Su colaboración en el trabajo del equipo es tan importante como la de los

médicos, llegando en muchos casos a tener una mayor responsabilidad su actuación para salvar una vida, que la propia actuación del médico. Para que estos colaboradores rindan lo más, es indispensable que tengan una preparación apropiada, y sobre todo que incorporen la idea de que, integrantes de un conjunto armónico, su obra debe entrelazarse con la de los demás colaboradores frente a las necesidades del enfermo.

El progreso médico en los últimos 30 años se ha realizado en su casi totalidad por efecto de esta organización en equipos. La asistencia moderna si se quiere hacer con los beneficios de los últimos progresos de la ciencia no puede hacerse en otra forma. En nuestro país estamos aún lejos de poder asistir en los Hospitales de acuerdo a la preparación de nuestros técnicos porque todo el esfuerzo individual choca con las dificultades de la falta de organización de los equipos de colaboración.

## LA ANESTESIA

La administración de la anestesia ha pasado a ser una especialización de jerarquía. El anestesista de hoy debe ser médico, pues su actuación significa en la cirugía actual, no solo una enorme responsabilidad por la vida del enfermo, sino un caudal de conocimientos médicos, suficiente como para absorber la vida de un profesional. Lejos estamos de la época en que era suficiente con suprimir en el enfermo las sensaciones dolorosas de una operación. Las posibles taras del operado, los efectos provocados por la enfermedad que conduce a la operación, la administración de las sustancias anestésicas y la acción cruenta del acto operatorio, constituyen cuatro elementos que se entrelazan en variadísimas formas, para constituir en suma, un riesgo de vida para el enfermo en la mesa de operaciones o en las horas y días siguientes. El cirujano debe saber apreciar estos factores para reglar su conducta, pero le resulta indispensable la consulta con el anestesista y la actuación directa y capacitada de éste, antes, durante y después de la operación, para defender la vida de un enfermo con el máximo de seguridades.

Ciertas técnicas de la anestesia moderna exigen por otra parte una especial preparación y experiencia, tales como la administración anestésica lumbar continua, la intubación laríngea, la broncoscopía y bronco-aspiración, etc., etc. Y sin ese conocimiento, podría hacer dormir al enfermo, pero no solo le hará correr grave riesgo de vida sino que dificultará y hasta impedirá el desarrollo de la operación. En verdad, toda la cirugía de tórax requiere como elemento fundamental la actuación del médico anestesista, debiendo recordarse que esta cirugía se inició y progresó a medida que se fueron desarrollando los conocimientos de la anestesiología moderna. Pero también la cirugía de cráneo, de cuello y de abdomen superior adquiere

en nuestros días posibilidades técnicas inesperadas a favor de la anestesia moderna.

El anestesista es un integrante natural del equipo operatorio, que no solo debe conocer al enfermo sino también profundamente las características técnicas del cirujano, para adaptar la anestesia al curso operatorio. Y el cirujano debe conocer muy bien al anestesista, para saber cumplir ciertas indicaciones y saber hasta dónde llegar, cuando presentándose el lugar operatorio propicio a una gran intervención, el anestesista, que es quien controla el estado general del enfermo por el pulso, la presión arterial, etc., le dice que esa extensión puede significar el riesgo de vida de su enfermo.

El público va teniendo ya noción exacta de la importancia de la anestesia en la cirugía moderna. Hace pocos meses fue legada a la Facultad de Medicina una suma importante de dinero para crear una Escuela de Anestesiología. ¡Hasta en la calle se comprenden nuestras necesidades! La Comisión que estudia la forma de dar cumplimiento al legado no encuentra fácilmente la solución, porque es fácil programar cursos de enseñanza especializada, pero de nada sirven los programas si no se tienen las posibilidades de local, de dinero y sobre todo de organización que permita a los que preparan sus conocimientos ejercitar sus técnicas en el ambiente de equipo que el momento médico actual exige.

## LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE

El transfusionista, elemento imprescindible en la medicina y cirugía de hoy, cumple una función de orden técnico muy especializada, constituyendo uno de los pilares básicos de la terapéutica moderna. Su actuación cobra efectividad cuando se incorpora en forma integral al equipo de asistencia. Sus conocimientos no pueden limitarse a la aplicación técnica del pasaje de la sangre a un enfermo, sino que, conocedor de las indicaciones de la terapéutica que maneja, de sus efectos, de sus riesgos, de sus dosis, etc., debe actuar en continuo intercambio de ideas con el clínico o con el cirujano.

En el curso de una intervención quirúrgica es donde su actuación debe estar mejor coordinada, porque la transfusión adquiere una enorme importancia y debe estar adaptada a las necesidades del curso de la anestesia, de la extensión y jerarquía de la operación, del traumatismo operatorio y la pérdida de sangre. El anestesista y el transfusionista deben actuar en íntima coordinación y ambas directamente ligados al cirujano. Por su parte la acción de éste es imposible si no cuenta con un grupo de colaboradores (ayudantes e instrumentista) que conozcan sus técnicas y el desarrollo habitual de sus operaciones. Hacer una operación hoy sin equipo significa hacer correr un riesgo grande al enfermo.

## LA EVOLUCIÓN DE LA MEDICINA EN EL URUGUAY

Es fácil de predecir la evolución de la Medicina en nuestro país si nos mantenemos en el actual sistema hospitalario. Faltando la posibilidad del ejercicio profesional por equipos, nuestra escuela médica que recién viene surgiendo a la vida en la investigación científica de sus laboratorios, no podrá llevar al terreno práctico las enseñanzas de escuelas más capacitadas que la nuestra y tendrá que mantenerse en un vergonzoso atraso, indigno del prestigio que llegó a tener en las épocas de nuestros grandes clínicos. El propio término medio de nuestros profesionales, carente de las disciplinas que imponen las nuevas orientaciones, sentirá la imposibilidad para realizar en cualquier parte del país lo que aprendió en esas lecturas.

Nuestra generación siente la responsabilidad de esta hora. Recorriendo nuestra historia médica encuentra en el primer cuarto de nuestro siglo figuras de excepción que dieron prestigio a la medicina nacional: Soca, Ricaldoni, Morquio, Lamas, Navarro, Scosería. No creo que en nuestros días no haya hombres tan inteligentes o tan esforzados trabajadores como ellos, y sin embargo nuestra medicina no tiene la misma jerarquía de aquellos tiempos. Se debe a que ellos, que viajaron como nosotros y leyeron lo que se hacía en los centros científicos del mundo, pudieron hacer lo que allá se estaba haciendo. Y lo pudieron hacer, en parte porque las exigencias de aquella medicina sólo requería la dedicación personal, en el preciso período del apogeo de la clínica pura. Pero sobre todo consiguieron llegar porque supieron comprender el progreso, y lucharon para imponer las disciplinas que imponía la época.

Cuando en Francia los cirujanos aún discutían la aplicación de los descubrimientos de Pasteur, en Montevideo, Mondino hacía su tesis sobre microbismo en la Sala de Operaciones y Lamas aplicaba esos conceptos a la cirugía de fines de siglo. Cuando todavía estaba el mundo atónito por el descubrimiento de los Rayos X, en Montevideo, Scosería hacía placas radiográficas y aconsejaba su uso en la búsqueda de materiales metálicos en el equipaje de los pasajeros. Cuando todavía se operaba en los domicilios de los enfermos, Navarro y Lamas comprendían las exigencias de la asepsia y construían por su cuenta los Sanatorios para asistencia quirúrgica a los pudientes. Mucho habría que escribir sobre el esfuerzo de adaptación de nuestros maestros a su época.

¿Y nosotros? Hace ya más de una decena de años que el mundo médico actúa en equipos y nosotros no hemos hecho el esfuerzo necesario para imponer en nuestro medio tal señalado progreso científico. Todo hace pensar que, nuestro atraso, se debe a que no supimos ver con anticipación, que la única forma de imponer este progreso era orientarse hacia la iniciativa privada. Sólo por ese camino consideramos que podremos retomar nuestra

marcha salvo que las autoridades nacionales comprendan el problema y a semejanza de los países que orientan el progreso y la civilización, den al Uruguay la organización asistencial que corresponde a esta hora.

## NUESTRO PAÍS NO TIENE PERSONAL DE COLABORACIÓN SUFICIENTE

En los Hospitales nuestros hay una pequeña cantidad de personal de colaboración, de indudable capacidad y de gran jerarquía. Pero sostenemos que ese personal capacitado es sumamente escaso y sobre todo que no trabaja con el aliciente y el rendimiento que correspondería, si actuase en una organización que lo colocase en sus verdaderos cargos de responsabilidad. Todos los médicos conocen la realidad sobre las nurses, enfermeras y enfermeros de nuestros Hospitales, pero conviene hacer saber al público estos hechos.

## CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE COLABORACIÓN

La preparación del personal se ha hecho por tres procedimientos: Escuela de Nurses, Cursos para enfermeras, enseñanza directa del médico a sus colaboradores. Analicemos cada uno de estos elementos.

La Escuela de Nurses de Salud Pública funciona desde 1911 en que fue creada por iniciativa del Profesor Scosería y del Dr. Nery. En 36 años ha terminado los cursos un número que no llega a 400. Alguno podría interesarse por saber cuánto cuesta al Estado la preparación de cada una de estas egresadas. Pero hoy nos interesa decir que por matrimonio, por retiro de edad, jubilación, etc., y sobre todo por traslado a Oficinas administrativas están en actividad actualmente menos de 100.

Para nosotros, que consideramos la función de Nurse como de una gran capacitación técnica y de gran responsabilidad en la integración del equipo asistencial, resulta sin sentido lógico su desplazamiento de la función técnica a una función administrativa. Por otra parte, es pasible de la misma crítica la incorporación a los cuadros administrativos de personas preparadas y adaptadas a otro tipo de disciplinas, desplazando a los que técnicamente siguen la carrera administrativa. Pero, esas Nurses que pasaron a Telefonistas o a Auxiliares de escritorio, con todo el dolor que significa el abandono de sus tareas técnicas a las cuales tenían verdadero cariño, han ido en busca de algo que en nuestro país el Estado no da: la asignación mensual que corresponde a la función de enfermera. Y no la da porque se ignora la importancia de sus tareas y la responsabilidad que le corresponde.

Las Autoridades de la Escuela de Nurses de Salud Pública trabajan con fe en su misión, pero sin recursos, sin local y sobre todo sin poder presentar a sus alumnas el panorama del ejercicio de su profesión con la jerarquía moral que corresponde y con la retribución económica indispensable para vivir bien.

El número actual de alumnas es un término medio de 15 por año. Si todas las alumnas terminaran sus cursos, si todas ejercieran, si todas se mantuvieran sin traslado, si ninguna se retirase de su profesión, tendríamos dentro de 18 años el número de nurses que nuestro país necesita en el momento actual.

*Hemos querido insertar alguna información sobre la Escuela de Nurses de la Facultad de Medicina, para que constituya documentación para la historia de este asunto. El Consejo Central Universitario aprobó un proyecto de creación de la Escuela de Nurses, con todas las Reglamentaciones correspondientes. Una Comisión nombrada por el Consejo Directivo de Medicina, que había elaborado tal proyecto, redactó el Reglamento interno y los planes de estudio y estructuró un proyecto de Presupuesto que hemos elevado al Ministerio de Instrucción Pública, previa aprobación del Consejo Central Universitario. La Fundación Rockefeller, que desde hace años desea colaborar para que funcione en el Uruguay una Escuela de Nurses ha manifestado siempre que su colaboración sólo se haría, si cumpliendo las normas aceptadas por todas las naciones del mundo, esa Escuela, es dependencia de la autoridad docente del país es decir, la Universidad, y se otorga a la Nurse egresada un título universitario. Enviados a Estados Unidos el Reglamento y proyectos de plan de estudio, se nos envió inmediatamente material de docencia por valor de 40.000 pesos.*

*Pero nuestra Escuela no funciona. Hemos comunicado al representante de la Fundación Rockefeller en la América Latina que deberá llevarse la donación, porque la Facultad de Medicina de Montevideo, defensora tenaz de su prestigio moral, dentro y fuera del país, no puede ocultar que está imposibilitada para hacer funcionar la escuela. Y está imposibilitada por dos razones:*

1. *porque la Universidad de la República, con su tan comentada autonomía, no tiene autonomía económica y por lo tanto la Facultad de Medicina no puede disponer de un centésimo. Su Presupuesto está hecho en forma tal que sólo se puede gastar lo que el legislador quiso cuando lo aprobó en Cámara y sólo se puede gastar en lo que el legislador especificó en forma detallada al estructurarlo.*
2. *No sólo no tenemos dinero para hacer funcionar la Escuela, sino que carecemos del más modesto local para instalarla. Todos nuestros esfuerzos para conseguirlo han fracasado hasta hoy, porque no se nos comprende, o porque hay otros intereses que en determinados medios pueden pesar más.*

La imposibilidad de la Facultad de Medicina para hacer enseñanza a nurses existe también para preparar técnicos en fisioterapia (masajistas, kinesiólogos, etc.), dietistas, técnicos de laboratorio, etc. Es decir, que nuestro país deberá seguir con la medicina de 1900. Un solo camino se abre para solucionar el estado actual: darle a la Facultad elementos propios para disponer la enseñanza médica de acuerdo a nuestra época. Es por otra parte un principio elemental de docencia permitir a los centros de enseñanza tener posibilidad de evolucionar de acuerdo con su propio concepto, y sin estar sujetos a privaciones y dificultades, que en este caso llegan a mutilar seriamente el fruto de su actuación.

Alguien ha dicho que la administración del Hospital de Clínicas por autoridades no universitarias significa una violación legal a la autonomía de la Universidad. Así lo creemos, pero deseamos concretarnos al aspecto técnico del problema. Debemos decir que si la Facultad de Medicina no dispone del Hospital para hacer evolucionar la medicina nacional en sentido favorable, de nada nos vale la autonomía que nos da la Constitución, y nuestra enseñanza jamás podrá ser lo que el país quiso que sea por su propia carta, es decir, una enseñanza impartida, dirigida, orientada por los técnicos en docencia, es decir, la propia Universidad.

## LA ACCIÓN DIRECTA DEL MÉDICO EN LA CAPACITACIÓN DE LOS COLABORADORES

Este procedimiento ha sido la fuente más importante de personal en nuestro país. Las condiciones naturales de nuestro pueblo con su gran vivacidad e inteligencia rápida, han hecho posible la formación de numerosos colaboradores de gran utilidad. Pero es indudable que no pueden en esta forma llegar a tener las condiciones técnicas como si realizasen una carrera universitaria.

El verdadero obstáculo en la formación de este personal de colaboración en las Clínicas de la Facultad lo constituye el hecho absurdo de que el Jefe de la Clínica no tiene ninguna autoridad sobre dicho personal. Si se medita seriamente sobre este punto y se recuerdan algunos hechos, se comprenderá que es imposible continuar en esta forma.

Un episodio sin mayor gravedad es el traslado de un colaborador de una Sala donde prestaba servicios de acuerdo con las normas de sus técnicos, a otra Sala diferente. Ese traslado, no solicitado por el colaborador, con la protesta de los médicos, se hace por orden administrativa en vista de necesidades completamente ajenas al buen servicio de asistencia. Todo el esfuerzo, que durante años pudo servir para adaptar un buen colaborador, queda así inutilizado, dejando al Jefe de la Clínica sin personal capacitado y obligado a reiniciar la preparación de nuevos elementos.

Estos traslados adquieren un carácter dramático, cuando se decretan de pronto y dejando sin la eficaz asistencia a enfermos graves. Por otra parte, como el médico no tiene absolutamente ninguna jerarquía administrativa sobre el personal de colaboración, resulta de parte de los inadaptados una actuación completamente disociada del interés técnico del profesional.

No vamos a extendernos sobre este punto, porque cualquier persona en nuestro país puede hablar con un médico que concurre regularmente a Hospital y pedirle opinión sobre las condiciones actuales del personal de asistencia. Tendrá una información exacta de lo que es la actualidad en cualquier punto del país, información expresiva y realmente dramática, que no me ha parecido bien publicar en esta exposición.

## COLABORADORES MEDIATOS EN LA ASISTENCIA MÉDICA

Fuera del personal que actúa directamente junto al enfermo, hay numerosas personas que trabajan en tareas ligadas al funcionamiento de la Institución. Recordemos al personal de oficinas, personal de limpieza, cocina, lavadero, calefacción, mucamas, etc., etc. Es indispensable el buen funcionamiento de todo este personal para dar buena asistencia al enfermo. Y el buen funcionamiento no puede obtenerse si no hay posibilidad del médico tratante, de influir sobre su organización y comportamiento.

Podría parecer exagerado dar a todo este personal tal importancia en la función asistencial. Tal vez algunos piensen que es suficiente con tener buenos oficinistas, buenos cocineros, buenos técnicos en calefacción, etc. Pero afirmamos que no es suficiente la capacitación para la función técnica si ésta no se realiza en vistas a las exigencias que plantea la asistencia de enfermos.

El técnico que maneja las calderas debe conocer bien su funcionamiento, pero debe tener además conciencia de que está actuando en una organización asistencial, donde su acción cobra un significado especial. Pequeños descuidos, que jamás tendrían ningún interés en subsanarlos en la marcha de las calderas en un hotel o en una fábrica, pueden ser de efectos desastrosos en un Hospital. El enfriamiento de un local puede significar la muerte de un operado; un defecto en el manejo de la esterilización puede significar la contaminación infecciosa y hasta la muerte de numerosos enfermos.

Es indudable que, para que todas las dependencias del Hospital actúen en forma convergente hacia el interés del enfermo, debe existir una organización que reconozca la íntima trabazón entre todo el personal, desde el médico de mayor jerarquía hasta el más modesto de los colaboradores de servicio. Un sistema de gobierno que coloque al personal de colaboración bajo una autoridad diferente de la autoridad de los médicos, será indefec-

tiblemente la fuente de continuos malentendidos entre el personal y las autoridades. Pero será sobre todo un gobierno que jamás llegará a dar al enfermo la asistencia que necesita.

– – –

En las avanzadas del progreso de la asistencia médica, aparecen ya realizaciones que hacen más efectiva la concepción de que el centro del interés asistencial es el enfermo y que hacia él debe converger la actuación de todo el personal en una acción conjunta y armónica. En ese sentido se han incorporado ya al equipo asistencial, no solo los colaboradores técnicos, sino hasta el personal de servicio, haciendo que los mismos porteros e informantes de un Hospital, respondan a un equipo asistencial y no a la institución hospitalaria global.

## V. FACTORES ADYUVANTES DEL ÉXITO EN LA CURACIÓN

Nos referimos en páginas anteriores a la necesidad de que los enfermos tengan en el Hospital no sólo confort sino un ambiente espiritual indispensable. Anotamos de paso, que la evolución de cualquier enfermedad es más rápida y mejor si el enfermo es considerado desde ese punto de vista.

Numerosos otros factores intervienen en la curación del enfermo, y ninguno de ellos puede ser descuidado en la asistencia, pues, aún aparentemente despreciable, puede cobrar una importancia superior al medicamento más activo o a la operación quirúrgica más difícil.

### LA LUZ, EL AIRE, LA TEMPERATURA

Es fácil de comprender la necesidad de una buena ventilación, de una buena luz y de una temperatura agradable para levantar el estado general del enfermo. Pero debemos agregar que las deficiencias en estos factores no sólo prolongan el período de curación, sino que pueden ser causantes de graves consecuencias para la vida de los internados.

Un enfermo con un proceso pulmonar o que termina de ser sometido a una intervención quirúrgica debe estar en un ambiente de temperatura uniforme, no menor de 20º. Si por falta de calefacción (economía, descuido, etc.) esa temperatura sufre descensos importantes pueden producirse serias complicaciones. El control de la temperatura, ejercido por personas especialmente capacitadas no puede escapar a la supervisión jerárquica del personal técnico que interviene en la asistencia del enfermo, pues se corre el grave riesgo de una falta de entendimiento que repercuta sobre la vida del internado.

## LA CAMA

El enfermo internado en el Hospital no sólo pasa la noche en la cama sino que la gran mayoría debe permanecer en ella durante casi todo el día. La cama del Hospital debe ser una cama muy especial. Al decir esto no me refiero tanto al mueble en sí, que indudablemente debe ser adquirido en vistas a la función que le corresponde, sino a lo que podríamos llamar, la parte vital de la cama, es decir las partes blandas que permiten el descanso.

No se necesita ser médico para comprender con la sola enunciación de los defectos posibles de las camas de los hospitales, la influencia perjudicial que pueden tener sobre la evolución de los enfermos: colchones elásticos hundidos; colchones de lana, finos y duros como cueros, almohadas como bolsas, frazadas escasas y sin abrigo, etc., etc.

*Los colchones deben ser hechos con lana criolla. Esta lana es cara en nuestro país porque el refinamiento de los ovinos ha disminuido las majadas criollas. Pero la propia lana común es un artículo caro y entonces puede resultar un ahorro importante para las oficinas de adquisición, comprar lana de garrón o de barriga. Esta lana es más barata.*

*El colchón para cama de enfermos debe tener 14 cts. de altura, pero si se hace de 12 cts., se ahorra un 15% de su costo.*

*El colchón de lana de garrón y de 12 cts de altura, puesto en una cama da una impresión buena. Pero es suficiente poner un enfermo durante 24 horas, para que se transforme en una vulgar colchoneta. Y si el enfermo, por su afección debe quedar quieto en la cama, a veces varios días, con la consiguiente exposición a ser mojado (transpiración, orina, agua, suero, etc.) el primitivo colchón se transforma en una plancha dura y áspera, más vulnerante para las nalgas del enfermo que la propia piedra.*

*Hace pocos años, varios médicos quisieron hacer estudios sobre un proceso frecuente en nuestro país que es la éscara sacra o úlcera de decúbito. Sus nombres ya dicen lo que es la enfermedad: son úlceras o llagas que se forman en los lugares del cuerpo que apoyan sobre el lecho, más frecuentes por supuesto en la región sacra, que es la zona ósea entre ambas nalgas. La casuística recogida fue abundante; los tratamientos instituidos fueron minuciosamente controlados por los jóvenes médicos; la documentación gráfica fue muy elocuente sobre las dimensiones enormes que podrían tener dichas ulceraciones y la profundidad a que llegaban.*

*Me consultaron en procura de Libros o Revistas Médicas para leer lo que sobre el tema se había escrito en otros países. Conversamos sobre los estudios que ellos habían realizado y la documentación recogida y quedamos convenidos en que yo les buscaría para la semana siguiente la bibliografía solicitada, pero que ellos estu-*

*diarían con más precisión el número de días que duraba la enfermedad y el modo de terminación.*

*Nos reunimos a los 10 días y mi búsqueda había sido de pocos frutos, porque desde hacía ya muchos años los clínicos e investigadores no publicaban nada sobre ese particular. Las referencias al asunto se reducían a citar la necesidad de cuidar al enfermo de esa posible complicación y a recordar que si no se tomaban los cuidados apropiados podían producirse ulceraciones. Pero era un capítulo de Patología que había casi desaparecido de los países en progreso médico.*

*Sin embargo en nuestro país había muchos casos y varios de ellos fallecieron por esa causa. El período de hospitalización había sido en término medio triplicado frente a los casos que no habían hecho tales ulceraciones. Ese es el saldo final en el ahorro de los colchones hechos con lana de barriga y de garrón y más bajos que lo que corresponde: tener en nuestro país una complicación que ya no se ve en otros países, complicación que a veces mata y que siempre prolonga la enfermedad (prolongación de sufrimientos, invalideces residuales, días de ocupación de una cama, gastos al Hospital, días sin trabajar, miseria en el hogar, disminución del rendimiento nacional, etc.).*

## LA COMIDA

La comida del enfermo internado en un Hospital debe ser suficiente y debe ser agradable, para que el enfermo la ingiera con gusto. Se consigue así el beneficio primario de la alimentación que es la obtención de una nutrición suficiente. Es necesario además que sea una comida sana, realizada con materias de primera calidad y con la riqueza en los distintos integrantes propios de los alimentos, inclusive sales y vitaminas.

Es natural que la comida buena, abundante y agradable es más cara, y que el concepto de economía de muchos, no permite gastar en la compra de buena verdura, buena carne, buena fruta.

*Se contaba de un Hospital de Tuberculosis, cuyo proveedor de carne, ganaba anualmente la licitación para la provisión de churrascos a los internados. Puede el lector imaginar la clase de churrascos que llevaba tal proveedor si se tiene en cuenta que el control de la carne lo efectuaba un cocinero que debió ser exonerado de su cargo por participación dolosa en asuntos de la cocina.*

*Esa carne era repartida bajo forma de churrascos a los enfermos y es fácil de comprender cómo serían de agradables si se sabe que un criador de cerdos vecino del Hospital, compraba los desperdicios del Hospital, manteniendo una estrecha relación económica con los encargados de la comida.*

*El churrasco duro y frío llegaba a los enfermos que habitualmente no disponen de cubiertos para comer. Pero había algo peor aún: el tuberculoso de hospital tiene con gran frecuencia una dentadura en muy malas condiciones, por el medio del*

*cual proviene y por la tendencia propia de esta enfermedad a movilizar el calcio del organismo.*

*En nuestro país la asistencia odontológica se limita a las extracciones de las piezas dentarias dolorosas, lo cual hace que los internados de Hospitales de Tuberculosos no tengan habitualmente dentadura para comer los churrascos fríos y duros.*

Pero con comida sana, abundante y agradable no se obtiene lo que un Hospital moderno debe obtener de la alimentación. En efecto, a cada tipo de enfermo corresponde un determinado régimen debiendo ajustarse no solo la cantidad sino la calidad. Es indudable que para un administrador de Hospital que desea ahorrar, puede significarle un gasto injustificado la organización del personal para dar a cada enfermo lo que corresponde y la preparación de comidas de acuerdo con las indicaciones especiales dadas por el médico. Pero lo cierto es que ese administrador ha hecho mal sus cálculos y que el ahorro en personal y provisiones significa un gasto mucho mayor por la prolongación de la enfermedad.

*Durante mi internado en el Servicio del Profesor Bordoni Pose, asistíamos a numerosos diabéticos en la Sala Lavalleja. En determinado momento algunos diabéticos comenzaron a perder lo ganado y durante varios días se debió proceder a riguroso control del régimen indicado y de las dosis de Insulina inyectadas. Fue necesario aumentar las dosis de Insulina y se fue a la revisión de la efectividad del medicamento. Los análisis repetidamente practicados demostraban un aumento de la azúcar en la orina y la sangre, que no se explicaba fácilmente.*

*Pero la búsqueda insistente llevó a la causa del trastorno. El administrador del Hospital, con gran sentido práctico, había hecho reemplazar la papa por el boniato, ya que en ese período su adquisición era más fácil y a mucho menor costo. Nuestra indicación de papa era cumplida colocando en su lugar en el menú, boniato. Y este tubérculo, más rico que la papa en glucosa había descompensado el equilibrio en que estaban todos los diabéticos de la Sala.*

*No es que el boniato sea mejor o peor que la papa: es simplemente distinto. Y esa diferencia, que administrativamente se juzga en dinero, científicamente se juzga según su constitución química. De esta constitución depende su acción sobre el enfermo. Y es el enfermo lo que interesa al Hospital.*

*Yo no sé cuánto se ahorró por la compra del boniato en lugar de papa, pero no se puede dudar que este cambio, realizado sin avisar a los médicos, significó un gasto muy superior al Hospital (análisis repetidos, insulina, prolongación de la enfermedad) y más aún a los intereses del país.*

Para que cada enfermo reciba la comida que le corresponde, en cantidad y calidad, es necesario que exista entre el médico tratante y la cocina una interdependencia tan ajustada que sólo podrá obtenerse cuando

ambos elementos tengan una autoridad común. De nada valen, ahora, al médico sus esfuerzos por ajustar los regímenes de los enfermos, si no tiene ninguna relación con los que disponen de la compra de las provisiones, de la preparación de los alimentos y del reparto a los enfermos.

## LA DIETISTA

Dijimos páginas atrás que considerábamos de importancia fundamental para nuestro progreso médico, la preparación de personal de colaboración y entre ese personal citamos las dietistas. En todos los hospitales del mundo hay dietistas y todos los que saben algo de organización hospitalaria lo consideran básico para la buena asistencia y la economía del Hospital. Pero pueden llegar a la misma conclusión aún los que no saben nada de organización hospitalaria.

Para que el enfermo reciba su alimentación en la forma apropiada, en la cantidad y del tipo de alimento que le corresponde, y para que el cumplimiento de estas necesidades se haga dentro de las mayores economías, es necesario que todo el curso del alimento, desde su fuente de origen hasta el momento de la ingestión sea motivo de un control permanente por personas científicamente preparadas para conocer estas diferentes etapas. Esta capacitación se puede obtener por cursos especiales que desde hace dos años dicta la Facultad de Medicina de Montevideo por intermedio de su Escuela de Dietistas.

Conociendo lo que necesita el enfermo y en la forma que lo necesita y satisfaciendo esas exigencias, es en la única forma como se evitará que los enfermos se alimenten mal, y que los tachos de residuos lleven más de la mitad de los alimentos nutritivos comprados. Para satisfacer dichas exigencias hay que saber comprar, no lo más barato, para después tirarlo, sino lo indicado por las necesidades del enfermo, para que éste aproveche y se cure. Y es necesario que las manipulaciones de lo comprado y la presentación al enfermo se haga en forma de no sacrificar la parte útil del alimento o hacerlo inapropiado para el enfermo y vaya en definitiva a aumentar los residuos.

La comida juega un papel importante en numerosas enfermedades adquiriendo jerarquía de producto medicamentoso. Hay más aún; así como existen medicamentos que administrados simultáneamente anulan sus acciones por destrucciones recíprocas o incompatibilidades, hay numerosos alimentos que impiden la acción de medicamentos. Estos hechos son tan frecuentes como para constituir un importante capítulo de terapéutica. Pero el conocimiento del hecho no permite en la organización hospitalaria mal estructurada evitar sus consecuencias. La única manera de obtener el efecto medicamentoso es administrando la comida apropiada, para lo cual

se necesita una rigurosa coordinación que sólo puede obtenerse con la continua asistencia de una dietista que aplique a cada enfermo la alimentación que no interfiera con los medicamentos.

## EL ARCHIVO

Anotar en forma apropiada al enfermo que ingresa y guardar la documentación respectiva de modo que permita su rápida y segura individualización en cualquier momento, son funciones de orden administrativo que parecerían completamente ajenas a los intereses asistenciales del Hospital. Pueden suministrar sin embargo elementos indispensables para asistir bien.

Anotemos en primer término la información de orden social que servirá de punto de partida para toda la actuación que corresponda al personal del Servicio Sanitario y Social del Hospital. Para obtener en forma útil esa información y para archivarla en forma, es necesario que el personal que lo haga tenga conocimientos técnicos en materia de fichado y que dependa de una autoridad de orden científico que indique las directivas del trabajo. Este Archivo científico, que no existe en nuestros hospitales, debe permitir en pocos minutos saber el número de enfermos que han sido asistidos de determinada enfermedad o que han sido sometidos a determinado tratamiento e inmediatamente dar sus características de sexo, edad, domicilio, condiciones sociales, etc., etc. A falta de este Archivo seguiremos como hasta hoy sin tener conocimiento exacto de casuística en morbilidad en nuestro país.

El complejísimo problema del seguro social en su parte de seguro de enfermedad es más difícil aún en nuestro país por la falta de esa documentación. Con motivo de un informe en ese sentido a la Caja de Jubilaciones en 1935, anotábamos el hecho de la carencia de documentación estadística, y hoy estamos igual.

Otro aspecto importante de un buen Archivo de Hospital es el que se refiere a la conservación de toda la documentación correspondiente a cada enfermo, en una dependencia centralizada. Esta documentación puede ser muchas veces necesitada con motivo de nuevos ingresos del mismo enfermo. En los Hospitales actuales, si el enfermo ingresa a otra Sala, es sometido habitualmente a numerosos estudios (análisis, radiografías, etc.) que exigen gastos importantes, tiempo, energías, días de hospitalización, sin tener posibilidad de utilizar la misma documentación que tal vez 15 días antes le fue obtenida pared por medio. Si existiese el Archivo central, todo enfermo que ingresa a una Sala debe llegar acompañado de todos sus antecedentes y documentación de ingresos anteriores.

El Archivo constituye el eje de toda actividad científica, pues de su organización apropiada deben surgir los informes estadísticos y el material indispensable para cualquier investigación. Existen ya en todo el mundo sistemas de trabajo que han mostrado sus grandes beneficios, pero ninguno de ellos puede funcionar si no está bajo una dirección técnica capacitada y si no depende de la organización científica del Hospital.

En nuestro país, con nuestro arcaico sistema hospitalario de doble comando, los archivos científicos son autónomos para cada Clínica, no habiendo podido salir de una simple función de amontonamiento de material. Para que tengan vida, es necesario centralizar todo ese material e incorporar los nuevos métodos. Pero si esa centralización se va a hacer prescindiendo de los Jefes de Servicio y considerando a su personal, por ser administrativo, como independiente de la Facultad de Medicina, podemos asegurar el más completo fracaso de los Archivos Clínicos que podríamos utilizar con grandes beneficios para el país.

## VI. LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN EN LOS HOSPITALES

El medio científico que es característica de un Hospital moderno no puede mantenerse sin la existencia de un espíritu de superación por parte de todos los integrantes del Hospital. Ese espíritu de superación sólo se obtiene por los dos alicientes naturales, que son, el deseo de saber más (la investigación) y la posibilidad de tener a quien trasmitir los conocimientos (la docencia).

Comencemos por recordar el concepto equivocado de los que han creído que la investigación y la docencia en los hospitales se hace con perjuicio del enfermo que es motivo de clase o de investigación. Por supuesto que ningún médico, sabedor de lo que es una clínica puede pensar tal cosa. Los que no han vivido en el medio hospitalario deben ser debidamente informados.

Se confunde habitualmente investigación con experimentación y en vías de confusión se llega guiados por intereses subalternos a comparar al enfermo de hospital con los conejillos de los investigadores que hacen experimentación. Sostenemos que las diferencias son tan radicales, que en definitiva se puede decir que la experimentación en animales que significa el sacrificio de los pobres animalitos conduce como la investigación clínica a un solo objetivo que es el beneficio del enfermo. Investigación clínica es buscar afanosamente la causa de la enfermedad, es buscar las lesiones que tiene el enfermo, investigar la forma como se manifiestan esas lesiones, controlar rigurosamente los efectos de la terapéutica instituida, medicamentosa o quirúrgica. Todo este trabajo intelectual frente al enfermo, sólo significa para él, los beneficios de la continua observación y control. Pero

la investigación clínica supone además el análisis comparativo con otros enfermos y con la información obtenida por lectura de Libros y Revistas Científicas. Surgen así conclusiones que irán día a día fortaleciendo el bagaje de conocimientos útiles del médico y conduciendo a un beneficio cada vez mayor del enfermo.

Real perjuicio para el enfermo es estar asistido en un ambiente opaco, sin interés por el progreso médico y sin deseos de saber cada vez más. Quien así asiste, sin sentirse preocupado por los aspectos científicos que derivan de sus enfermos, jamás podrá hacerlos beneficiar de los progresos incesantes de la medicina y jamás acumulará experiencia, que sólo se adquiere cuando se saben unir las cosas con un inquieto espíritu de absorción.

Jamás he visto nada que pueda significar perjuicio para un enfermo por enseñar con él, los síntomas o los efectos del tratamiento. Al contrario. Ante el juicio de los que oyen la exposición, el que enseña debe desnudar sus conocimientos y ponerlos a prueba, sujeto a la crítica de estudiantes y médicos que jamás perdonan el error. Hay en el Docente un esfuerzo de superación para hacer un diagnóstico exacto y para hacer el apropiado enfoque terapéutico y, de este esfuerzo, el enfermo recoge sólo beneficios.

## INMEDIATA APLICACIÓN DE LOS PROGRESOS MÉDICOS

Los progresos extraordinarios que surgen día a día de los centros científicos extranjeros, deben encontrar en cualquier Hospital moderno las posibilidades para su rápida aplicación. Algún día nuestros Hospitales serán centros científicos verdaderos y entonces no tendremos que conformarnos con aspirar a este mínimo compatible con nuestro decoro: el de poder aplicar los descubrimientos realizados en el extranjero.

Para hacer aplicación en forma efectiva de dichos descubrimientos, el Hospital necesita dos grandes cosas: fondos para los gastos nuevos; capacitación científica de su personal para hacer la aplicación juiciosa.

Un Hospital o un Ministerio, con un Presupuesto ajustado o fijado en rubros con destino fijo no puede estar en condiciones de agilidad como para llenar inmediatamente las exigencias de una nueva terapéutica. Recordemos lo que sucedió en nuestro país con la Penicilina. Actualmente, con la Estreptomicina se ha tomado una medida que sirve para definir la situación de nuestro país: se ha prohibido su uso en los Hospitales para evitar que los enfermos la exijan y aumente el déficit.

A punto de partida de los descubrimientos sobre energía atómica se vislumbran grandes posibilidades para el tratamiento del cáncer. Nuestro país espera. Pero esta espera no la hace con personal secundario preparado ni con instalaciones apropiadas para iniciar las terapéuticas que puedan

surgir. Sufriremos el terrible período, que podrá arrastrarse meses o años, durante el cual en nuestro país no se podrán curar muchos enfermos que se están curando en muchas partes del mundo.

Para que podamos ponernos a tono con el movimiento científico mundial es necesario que las autoridades científicas del país tengan en sus manos la posibilidad de mantenerse al día en el conocimiento y las instalaciones correspondientes. En el estado actual de divorcio entre Facultad de Medicina y Presupuesto de Hospitales, nuestras posibilidades irán poco a poco haciéndonos más inefectivos, hasta pasar del estado de vasallaje científico al de absoluta incapacidad.

## SERVICIOS ESPECIALIZADOS AUXILIARES

En la evolución de la medicina, van surgiendo nuevas orientaciones y disciplinas que obligan a la creación de servicios con material apropiado. La creación de estos servicios debe hacerse con absoluta prescindencia de factores de orden personal y con conocimiento exacto del curso de la evolución científica. Es natural que la autoridad científica y docente del país, es decir la Facultad de Medicina, debería estar capacitada para hacerlo, pero en nuestro país es absolutamente imposible. Es imposible, porque la Facultad no dispone de dinero ni de locales.

Hace ya más de 15 años, se instalaron en todo el mundo los servicios de Anestesiología, con centralización de funciones para todas las dependencias del Hospital y con la finalidad de hacer la preparación de los técnicos que deberían seguir esa especialidad. En nuestro país, estamos recién por organizar los Servicios de anestesia y nada se ha hecho en el sentido de enseñar los conocimientos primarios y la técnica de la anestesia moderna. Disponemos de buenos anestesistas, hechos por esfuerzo personal, pero sin ninguna organización que permita beneficiar a la población de sus servicios, y sin ninguna posibilidad para dar a estos anestesistas nuevos conocimientos o de crear nuevos anestesistas.

Hace 20 años el Profesor Lamas reclamaba un servicio para atender los quemados. La última guerra demostró la imprescindible necesidad de tal servicio en cualquier Hospital. Sin embargo, la Facultad, que reconoce esa imprescindible necesidad, nada puede hacer.

Digamos, en fin, que no sólo no se pueden organizar nuevos servicios, sino que la organización por parte del Ministerio de Salud Pública de Servicios especializados ha ido quitando a la Facultad de Medicina la posibilidad de hacer enseñanza regular de importantes capítulos de la medicina. Toda la Ortopedia y la Traumatología está fuera de la Facultad. Lo mismo puede decirse de la Cirugía de tórax. Reconozcamos que en esas ramas, nuestro progreso médico ha sido evidente, pero anotemos con profundo

dolor el hecho de que nuestros estudiantes terminan su carrera sin haber pasado un día por servicios de traumatizados, tal vez sin ver una fractura o un aparato de yeso y que en esas condiciones deben de ir a afrontar las posibilidades del ejercicio profesional en cualquier parte del país.

## CURSOS ESPECIALES

La Asamblea del Claustro de Medicina ha hecho interesantes estudios entre la organización de cursos para graduados, cursos de especialización y escuelas para colaboradores del médico. Todos esos estudios han tenido un comienzo de realización por la Facultad, pero se ha llegado a un punto en que no se puede seguir más. Porque todas esas actividades obligan a disponer de servicios hospitalarios y coordinar con las actuaciones propias del Hospital para poder desarrollarse, y la Facultad carece en absoluto de toda posibilidad.

## COORDINACIÓN CON OTRAS PROFESIONES

Presentamos en el Consejo Central Universitario la iniciativa de organizar cursos que cabalgasen en dos o más Facultades. Fundamentábamos nuestro pedido en la necesidad de llenar las lagunas en los puntos limítrofes de las profesiones y obtener así un vínculo entre profesionales que, salidos de una misma Universidad, actúan como estudiantes y como egresados en el más pernicioso aislamiento. Anotábamos la necesidad de crear un curso de estomatología, que pondría en contacto estudiantes de medicina y de odontología, curso de higiene para estudiantes de ingeniería y medicina; cursos de medicina legal y medicina social para medicina y derecho, etc., etc.

Nuestra iniciativa encontró una acogida lógicamente favorable, pero no fue posible pasar de allí, porque el terreno de la realización está totalmente cerrado a una Universidad que sólo puede hacer lo que su presupuesto le ordena.

## EL PORVENIR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Cuando pensamos seriamente en las páginas anteriores y tratamos de ubicar en la historia el momento que atraviesa nuestra Facultad de Medicina, y al decir Facultad de Medicina, decimos capacitación médica de nuestros egresados, sentimos la necesidad de insistir sobre nuestro convencimiento de que, carente del Hospital de Clínicas, nuestra casa irá a la decadencia.

En nuestra condición de dirigentes de la Facultad hemos analizado varias veces los problemas que plantea la enseñanza y del complejísimo y numeroso caudal de puntos que exigirían la preocupación de todos, hemos seleccionado aquellos que por su gran jerarquía inciden en forma radical sobre nuestra enseñanza. Nos hemos convencido que todo lo que se haga en nuestra casa sin resolver esos puntos nodales, es tarea perdida, pues en nada variará el curso de nuestra evolución.

Y bien; los puntos nodales en Medicina lo constituyen hoy los problemas de la enseñanza clínica, y esos problemas no se solucionarán jamás mientras la Facultad no tenga un Hospital.

Sin Hospital no tendremos Escuela de Nurses, ni de técnicos en Fisioterapia, ni técnicos en Laboratorio, ni en Radiología; no tendremos Escuela de Anestesiología ni de Hemoterapia, no podremos enseñar traumatismos, ni Ortopedia, ni Cirugía de tórax, ni nada que el porvenir demuestre de jerarquía como para constituir una especialidad, no podremos organizar cursos de perfeccionamiento clínico o de especialidades en la forma que se requiere; no tendremos Archivo científicamente organizado; en fin seremos la cenicienta en un mundo nuevo que nos encuentra llenos de capacitación y entusiasmo y con los brazos atados.

## VII. LA FARMACIA

La Enseñanza de la carrera de farmacéutico se hace en nuestro país sin participación alguna de los Hospitales. Consideramos que esto significa un grave error que no solamente perjudica al país por lo que impide una mejor preparación de tales profesionales, sino por lo que priva a los Hospitales de los beneficios del ambiente de docencia e investigación en sus farmacias.

Los estudiantes de Farmacia realizaban antes, las prácticas profesionales en farmacias particulares, teniendo como asesores a personas completamente ajenas al cuadro docente de la Facultad. Y la certificación de la práctica realizada era hecha por el técnico de dicha farmacia, que muchas veces no había ni siquiera visto al estudiante, que concurría o no a trabajar.

Para subsanar esas fallas, se hacen actualmente esas prácticas en la propia Facultad, con sustancias compradas por la Universidad. Los medicamentos preparados, enfrascados y rotulados, deben ser luego arrojados a la basura, pues no responden a exigencias naturales de ninguna índole. Fuera del gasto absurdo que significa este modo de enseñar, y de lo que puede ser de artificiosa una práctica profesional desconectada de la realidad del ejercicio público, es indudable que el estudiante no edifica su bagaje científico en el clima natural que le corresponde, sin el calor que surge cuando

las exigencias reales ponen en juego la actividad profesional de todos los días.

El estudiante de Farmacia debe aprender su profesión en una gran farmacia, bajo el control de sus Profesores. Para llegar a ese fin sólo se presenta un camino: disponer de un Hospital Universitario, donde la autoridad natural del Profesor de la Facultad y la actividad estudiantil universitaria se encuentren en el ambiente propio, con la autonomía que le es indispensable para enseñar y aprender. He oído decir que podría significar un riesgo, dejar a los estudiantes de Farmacia trabajando en los Hospitales. Basta pensar un minuto para comprender el error de los que así opinan. Los que inician su aprendizaje sólo observarán la preparación de medicamentos, como observa el estudiante de medicina las maniobras para el diagnóstico y el tratamiento en los enfermos. Posteriormente, colaborarán en las manipulaciones, y en tareas de mayor responsabilidad según su preparación. Deberá existir en la carrera de Farmacia el cargo similar al de Practicante de Medicina, provisto siempre por concurso entre estudiantes. Si ahora es concepto corriente, de que el estudiante de Medicina que pasa por el cargo de Practicante tiene posibilidades muy superiores para aprender Medicina, lo mismo ha de suceder para Farmacia cuando puedan los estudiantes tener situaciones similares.

## INDUSTRIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

La evolución va desplazando el ejercicio farmacéutico desde la preparación del medicamento de acuerdo a la receta médica para determinado enfermo, hacia la preparación de medicamentos de utilización para muchos enfermos similares. Es decir, que se ha entrado en el terreno industrial, obteniéndose así beneficios económicos y sobre todo científicos.

Nuestros farmacéuticos tienen por ese camino, horizontes de grandes proyecciones, donde sus vastos conocimientos pueden ser de indudables beneficios para nuestro país. Sin embargo, la Universidad no puede preparar a las nuevas generaciones sobre bases de conocimientos prácticos para esa orientación de futuro. Porque existe gran diferencia entre la preparación de un medicamento en el laboratorio y la preparación en la Fábrica. Yo no sé si hay algún farmacéutico que no pueda preparar Penicilina, si se le da en el laboratorio el material indispensable, y en cambio es posible que no pasen en todo el mundo, de decenas, el número de personas que saben cómo preparar Penicilina en una Planta Industrial.

Tenemos el convencimiento de que nuestro país no aprovecha bien a sus farmacéuticos y de que éstos no se encuentran habitualmente reconocidos en su justo valimento. Creemos, además, que no se va a cambiar el panorama de dicha profesión otorgándoles el título de doctor, o imponiendo

su título para determinadas funciones o cargos oficiales, o con actos para prestigiar y elevar la categoría de su carrera. El único camino abierto consiste en la incorporación, en forma integral, durante la etapa de formación profesional, de directivas y disciplinas que correspondan a la era actual del medicamento. Si esto no se hace, los farmacéuticos deberán seguir cobrando sueldos por su título y sus funciones en la industria del medicamento serán llenadas por ingenieros o por médicos.

Para que el estudiante de Farmacia viva durante su carrera en el ambiente de una fábrica de medicamentos, nuestro país sólo puede ofrecerle una cosa: el Hospital de Clínicas. Sólo allí podrá aprender lo que significa preparar comprimidos por millares, inyectables en grandes series, etc., etc. Y si la Facultad de Química y Farmacia no puede entrar oficialmente en el Hospital de Clínicas, porque no se da a este Hospital características de Hospital Universitario, la Universidad deberá revisar los problemas que crea la persistencia de una profesión que no se puede orientar como las necesidades del momento lo imponen, y el país deberá, por otra parte, sufrir las graves consecuencias de falta de técnicos debidamente preparados.

## AMBIENTE CIENTÍFICO EN LA FARMACIA

Parecería que la Farmacia de un Hospital llena bien sus funciones enviando a las salas los medicamentos que diariamente se le solicitan. Lo demás de la Farmacia es cuidar la preparación de dichos medicamentos y la obtención de preparados y material.

Sin embargo, la Farmacia, como dependencia responsable en el Hospital, de todo lo que se refiere a medicamentos, tiene importantísimas funciones, que en nuestros Hospitales excepcionalmente pueden realizar.

La conservación del medicamento en la sala escapa corrientemente al control de la Farmacia. Muchos medicamentos pierden su acción por la luz, o por el aire, o solamente con el tiempo. En esas condiciones, su administración a un enfermo, no produce el efecto que el médico desea, llevando a la duda en el diagnóstico y prolongando y a veces permitiendo agravar el estado del enfermo.

El descubrimiento de un nuevo medicamento obliga inmediatamente, para su aplicación, al conocimiento de numerosas particularidades sobre conservación, sin cuya observancia el medicamento pierde su efectividad. Si el ambiente del Hospital no está científicamente preparado para tales posibilidades, se perderán los beneficios a esperar. Tenemos en ese sentido una triste experiencia con lo que sucedió con la Penicilina.

Pero hay más aún, el farmacéutico, cambiando opiniones con el médico encontrará numerosas posibilidades de beneficiar al enfermo, y es de lamentar que la organización actual no permita tal intercambio.

## VIII. LA ODONTOLOGÍA

La asistencia odontológica, dentro de nuestros Hospitales se hace por servicios anexos, cuya posibilidad está reducida a la extracción dentaria.

Es decir, que el Estado le da a nuestro pueblo, sólo la posibilidad de extraerse un diente que provoca dolores. Desde el punto de vista de la evolución de los conceptos de la odontología, se vive en el siglo pasado. Significa, en efecto, desconocer el valor funcional de un diente, ignorando toda la enorme importancia que tiene para la buena masticación y digestión.

El progreso médico y odontológico de este siglo tiene un sentido funcional, desplazando los conceptos de las formas como manifestación de vida y salud hacia el concepto de la función bien desarrollada. La propia cirugía ha dejado en un segundo plano las extirpaciones de órganos o tejidos, para orientarse hacia operaciones que modifican su funcionalidad sin sacar el tejido. En odontología, la orientación está dada por el interés de conservar la dentadura o reemplazarla por una prótesis, pero jamás podría ser una finalidad de nuestros días, tener bocas desdentadas, no dolorosas.

Fuera de lo que significa para la población la falta de servicio odontológico de orientación moderna en los Hospitales, anotemos el hecho perjudicial para la preparación de los profesionales, que resulta de la no asistencia de los estudiantes de odontología a los Hospitales. El estudiante no adquiere, en forma práctica el concepto global del enfermo, debiendo conformarse con el enfoque que puede hacer frente a su paciente en el sillón de dentista. Hay más aún: no actúa en colaboración con el médico, privándose de todo el conocimiento que podría recoger de éste y privándole al médico del valioso conocimiento que podría trasmitirle. Nuestro ejercicio profesional nos ha mostrado que en la zona limítrofe de las dos profesiones existen numerosas lagunas, que no serán llenadas mientras exista el divorcio actual.

El estudio de la dentadura de todos los internados en un Hospital debería ser sistemático, no sólo por la posible influencia de sus procesos sobre la enfermedad en asistencia, sino como única forma de hacer profilaxis de numerosas enfermedades y de dar a nuestra población la dentadura indispensable para una vida sana. Razones científicas elementales imponen, además, que no debe ser operado ningún enfermo con la dentadura en malas condiciones, pues se corren numerosos riesgos de gravedad variable.

Si un Hospital necesita una importantísima acción de odontólogos, bajo forma de asistencia permanente y si la enseñanza de la odontología exige un material clínico que sólo puede darlo un Hospital, es evidente que la única forma de satisfacer ambas exigencias es dando a la Facultad de Odontología su puesto en el Hospital de Clínicas.

Los antecedentes, y en especial la construcción de la Facultad de Odontología en el mismo predio del Hospital de Clínicas por la ley de 1926, demuestran el concepto que ha guiado siempre en estos problemas. Agreguemos nosotros, que para Odontología, como para Farmacia, como para Medicina, el destino del Hospital de Clínicas marca en forma indeleble el futuro de la Facultad como centro de enseñanza, y de la profesión como capacitación para su ejercicio.

## IX. PRESUPUESTO

La asistencia gratuita por el Estado constituye un motivo de orgullo en nuestro país. Anotemos que, por muchos motivos, se da esa asistencia gratuita a personas que no correspondería, ya sea por sus posibilidades económicas, o por provenir de países limítrofes que vienen a internarse aquí. Ambas irregularidades deben ser rigurosamente suprimidas.

Pero aún suprimiendo tales abusos, el Estado no da para sus Hospitales las sumas que se necesitarían para un buen funcionamiento. Tal vez sea porque el Presupuesto de la Nación no puede elevarse tanto por falta de recursos. En ese caso, la generosidad de los gobernantes ha ido en gesto más allá de lo que puede en los hechos, porque dijo que la asistencia es gratuita y no tiene dinero para hacerla.

Consideramos que no se cumple con el pueblo cuando se le dice que el Estado lo asiste gratuitamente. En verdad, los Hospitales nuestros no tienen los presupuestos que permitan asistir científica y decorosamente a la población.

La asistencia hospitalaria bien hecha, en la única forma en que podrá ser realizada en el monumental Hospital de Clínicas, es cara. Si los que deben dar el dinero no aceptan este criterio o el país no puede disponer del dinero necesario, entonces la asistencia en ese hospital va a ser desastrosa. Numerosos procedimientos se han puesto en juego en todo el mundo para arbitrar recursos en los Hospitales, procedimientos que deberían ser aplicados en nuestro Hospital, si queremos evitar la continuidad de la actual asistencia hospitalaria.

El Presupuesto del Hospital, fijado en planillas, tal como se hace con el Presupuesto de la Universidad, quitará toda posibilidad de adaptación progresiva como lo imponen los numerosos factores que inciden en la evolución de un Hospital. Nos ocupamos en páginas anteriores de la necesidad de seguir el ritmo científico de la medicina y de poder disponer con la rapidez posible, de los medicamentos o instalaciones para dar a la población los beneficios de tales progresos. Anotemos ahora, que sin dinero, o con dinero colocado en planillas que no permiten la transposición

de rubros, la vida del Hospital envejecerá en la misma forma como si sus autoridades siguieran ignorantes de los progresos de la hora.

Y año tras año, las autoridades del Hospital tendrán que organizar su plan de trabajo para obtener la aprobación de su presupuesto. Seguiremos así, en los problemas de la salud del pueblo las mismas vicisitudes que sigue año tras año la Universidad en los problemas de la enseñanza y la cultura superior.

Una de las posibilidades para dar recursos sin atar en sus destinos, es fijar el gasto de cada enfermo por día, cosa fácil de lograr en los Hospitales bien organizados y luego dar a las autoridades del Hospital la suma necesaria para la asistencia del total de enfermos internados, que se obtiene regularmente en la Oficina de Admisión.

## X. UNIDAD DE COMANDO Y DE FUNCIONAMIENTO

La exposición que antecede demuestra claramente los numerosos problemas que planteará el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Si el funcionamiento de este Hospital va a estar supeditado a dos autoridades diferentes, tal como sucede actualmente en los Hospitales de nuestro país donde se hace docencia, iremos a una situación terriblemente irregular por las frecuentes e irreparables interferencias. En ninguna otra actividad se pensaría en tal sistema de gobierno con doble comando, a pesar de que en ninguna otra actividad las consecuencias serían tan importantes y, sobre todo de tan funestos significados.

Es natural que son muy pocas las personas que piensan en aplicar la ley que daría al Ministerio de Salud Pública la administración del Hospital de Clínicas. Los que no aceptan la total administración universitaria son partidarios de la formación de un ente descentralizado, con miembros representativos de la Facultad de Medicina. No analizaremos el aspecto constitucional de esta proposición, pero debemos decir que técnicamente va a ser tan desastrosa como la anterior, porque deja en pie el doble comando, que consideramos de funestos resultados en una organización hospitalaria.

En efecto: con la formación de un ente descentralizado, los Profesores, el personal docente, los laboratorios y los miles de estudiantes que concurran diariamente al Hospital dependerán directamente del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina. En cambio, el personal administrativo y de servicio dependerá directamente de la Comisión del Ente, la cual, de acuerdo a nuestra Constitución, depende del Poder Ejecutivo, sin poder tener nada que ver con la Universidad. En fin, yo no sé, en ese sistema, de quién dependería el personal técnico que no es docente, aunque la expe-

riencia nos dice que todo irá a parar en definitiva al Presupuesto del Ente descentralizado.

La única forma de unificar el funcionamiento del Hospital de Clínicas será dándole una autoridad única. Esa autoridad sólo puede ser la Facultad de Medicina, que por la propia Constitución es, como dependencia de la Universidad, la única institución que puede hacer docencia médica en el país. Las actividades que, dirigiendo el Hospital, deba cumplir la Facultad de Medicina, fuera de las estrictamente docentes, formarán parte del cortejo indispensable que requiere cualquier función docente bien desarrollada. Sería confundir lo fundamental con lo accesorio, por importante que esto sea, decir que la dirección del Hospital de Clínicas en manos de la Facultad significa dar a la Universidad una función asistencial o una función administrativa.

## PALABRAS FINALES

Las páginas que he escrito adolecen, en repetidas oportunidades, de falta de estilo y de sobriedad académica, por lo que no parecerían propias de un Decano. Constituyen, sin embargo, una exposición verdadera de problemas que no puede desconocer nadie que deba opinar sobre nuestro Hospital de Clínicas, exposición que en más de una oportunidad muestra calor y tal vez vehemencia.

Pero, ¿es que acaso puede un Decano, en nombre de su jerarquía universitaria, mantenerse indiferente en un momento de la vida de nuestro país en que se están enfocando los intereses de la salud de nuestro pueblo y el porvenir de la Universidad?

En defensa de intereses muy superiores a los de nuestra generación sostenemos:

1º. El Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela sólo podrá rendir al país, de acuerdo a las construcciones, si es un Hospital Universitario.

2º. La Universidad de la República, privada de toda posibilidad ejecutiva fuera del cuadro de sus Presupuestos, está en nuestro país, condenada a una vida precaria.

# APÉNDICE 10 C
# 1948. RESUMEN DEL INFORME QUE CHIFFLET EXPUSO ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA LUEGO DE SU VISITA A LA UNIVERSIDAD DE SAN PABLO
## Facultad de Medicina. Actas del Consejo Directivo. Sesión del 7 de septiembre de 1948

El informe consta de tres partes.

### 1º. LA UNIVERSIDAD DE SAN PABLO

Chifflet destacó:

- Que el gobierno estadual tenía considerable autonomía respecto al gobierno federal.
- Que la ciudad de San Pablo tenía entonces 1.800.000 habitantes, poseía un enorme poder económico y empuje en todas las actividades, pero que las particularidades de la condición social, la elevación del costo de vida y la inestabilidad de la situación hacían que muchos temieran que las cosas terminaran mal.
- Que la Universidad formaba un conjunto armónico con su Hospital y su Facultad de Medicina.
- Que ella poseía algunos defectos tolerables para mantener esa unidad, debido a que los paulistas eran diferentes a los uruguayos: desordenados, irregulares, no cumplidores de las disposiciones, pero como eran muy obedientes, las cumplían apenas se le ordenaba hacerlo.
- Que el Consejo de la Universidad era multitudinario; lo integraban los diez Decanos y un delegado de cada Facultad, un delegado de los estudiantes elegido por el gremio de éstos, catorce delegados de institutos, y un número variable de personas que habían prestado servicios o hecho donaciones a la Universidad. Por ello era un órgano deliberativo y un consejo asesor; la verdadera autoridad ejecutiva era el Rector, nombrado por el Gobernador del Estado.
- Que a la pregunta de Chifflet al Rector si esto no permitía la influencia de factores políticos en la Universidad, éste respondió que el Rector era un Profesor Universitario y que los Decanos eran nombrados por la Sala de Profesores, todos los días visitaban al Rector para cambiar ideas sobre distintos problemas, y tenían suficiente influencia como para impedir que el Rector hiciera po-

lítica y la experiencia así lo demostraba. Chifflet respondió que le costaba creerlo, salvo que la psicología del Brasil fuera distinta a la de Uruguay. El Rector le respondió preguntándole cual era el presupuesto de nuestra Universidad y cuando supo que era sólo 10% del de la de San Pablo, opinó que había una conexión insuficiente de nuestra Universidad con el poder político.

## 2º.- LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN PABLO

Chifflet señaló:

- Que tenía un Decano (también llamado Rector), un Consejo Directivo formado por cinco profesores titulares que aprobaba las resoluciones del Decano y resolvía los problemas urgentes, y una Sala de Profesores, a la que llamaban Congregación. Ésta era la autoridad máxima de la institución, que debía aprobar todas las resoluciones del Consejo Directivo en materia de enseñanza.
- Que de acuerdo a una ley nacional los profesores eran elegidos en rigurosos concursos de oposición, pero varios profesores en un almuerzo le habían manifestado que nuestro sistema de designación de profesores era mejor y querían cambiarlo.
- Que el personal docente auxiliar era nombrado por el profesor de cada materia.
- Que había un cupo máximo de ingreso de 80 estudiantes por año que se seleccionaban por un examen previo.
- Que el plan de estudios tenía muchas características que habían sido exigencias de la Fundación Rockefeller y habían significado una gran ayuda económica, instrumental, de asesores, becas, etc. pero sobre todo había permitido que la enseñanza fuera individual, en grupos de diez estudiantes.
- Que el programa tenía dos partes.
- Que la primera de laboratorio o de materias no clínicas, estaba a cargo de un personal docente, que excepto en Medicina Operatoria, era de dedicación total. Los estudiantes trabajaban muchas horas con material propio (mesas, cadáveres, microscopios, etc.). La distribución y agrupamiento de las materias era algo diferente, originando cátedras extraordinarias como la de Medicina Operatoria que enseñaba Anatomía, Técnicas operatorias y, como no cabía en otro lado, Fisiopatología. En cuanto a la Patología no la enseñaban como materia independiente sino que se estudiaba junto con la clínica, y los docentes reconocían que los estudiantes no la sabían como correspondería.

- Que la segunda parte, clínica se hacía en un gran hospital pero estaba en manos de los asistentes nombrados por el profesor, y éste concurría una vez por semana o cada quince días. Señaló algunas cátedras que ellos tenían (Enfermedades tropicales), otras de las que carecían (Enfermedades digestivas, Tisiología), y la tendencia de las cátedras similares, muy discutida por razones de orden personal, a agruparse en departamentos.
- Que aún utilizaban los mismos textos franceses que nosotros, pero estaban en proceso de escribir sus propios textos.
- Que los treinta exámenes de la carrera (las especialidades eran obligatorias y con examen independiente) y las pruebas de concurso eran escritos, sobre un tema; los estudiantes no eran interrogados por el docente, pero eso estaba por abolirse.
- Que después del 6º año los egresados hacían un año de internado obligatorio, pero se estaba discutiendo la posibilidad de hacerlo en las clínicas especializadas como forma de iniciarse en la especialidad.

## 3º.- EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Respecto éste Chifflet remarcó:

- Que estaba situado en un punto estratégico entre el populoso centro y la zona industrial integrando con la Clínica Psiquiátrica, el Hospital de Traumatología, la Facultad de Higiene y Salud Pública, el Instituto de Medicina Legal y Morgue, la Escuela de Enfermeras un hermoso conjunto de edificios modernos. Tenía 1.000 camas y, sin entrar a describir cómo estaba organizado, destacó el trato perfecto que se le daba al enfermo, la impresión de limpieza, orden y disciplina que a cualquier hora el Hospital despertaba, la estructura centralizada de sus servicios de Pronto Socorro (Urgencias) un modelo de organización, el más extraordinario que había visto.
- La centralización, autonomía y alta calidad del equipamiento de los servicios auxiliares (banco de sangre y anestesia, con sus ficheros manejados por profesionales en documentación; laboratorio), y la mala calidad del servicio de radiología debida a razones personales.
- Que el Hospital sólo admitía a personas no pudientes y tenía un presupuesto anual equivalente a 7.500.000 pesos uruguayos, esto es unos 12 a 15 pesos diarios por paciente.
- Que a los profesores no se les negaba nada que solicitaran, porque el Hospital era considerado un centro científico.

- Que tenía un Servicio social extraordinariamente desarrollado y eficiente, cuyas visitadores, muchas de ellas capacitadas en los Estados Unidos, realizaban la labor educativa más importante de la población de la ciudad.
- Que el Hospital era dirigido por un Consejo de cinco profesores titulares entre los que estaba el Decano, que lo presidía, y el Jefe de los Servicios Técnicos nombrado por los profesores de clínica. El Consejo se reunía una hora una vez por semana y trataba asuntos por iniciativa propia, elevados por la Facultad o por el Superintendente del Hospital que no integraba el Consejo ni participaba de sus reuniones, lo que daba al Consejo libertad para resolver los asuntos engorrosos, pero a veces originaba situaciones muy complejas.
- La integración del Consejo que dirigía la Escuela de Enfermeras, y que en Santos la Directora de la Escuela era a la vez la Jefa de las enfermeras del Hospital.

– – –

El viaje además tuvo una parte científica, secundaria, que consistió en una visita y una conferencia en el servicio del Profesor Vasconcelos, y una visita a la Santa Casa del puerto de Santos.

Chifflet finalizó su exposición señalando:

- Que el Consejo debía agradecer a la Universidad de San Pablo el recibimiento que como Decano le había tributado.
- Que a nuestra Facultad el viaje no le había costado nada.
- Que fuera de realizar en el próximo mes de diciembre un Congreso Universitario en Lima, era necesario que la Universidad a través de viajes tuviera más contactos directos con universidades extranjeras para intercambio de opiniones sobre planes de estudio, maneras de trabajar, etc.
- Y cerró la descripción diciendo: *"Yo vengo muy contento de nuestra Facultad de Medicina, lo único que deseo es poder tener una Facultad como la que tienen ellos. Con el Hospital de Clínicas, podemos ser, dentro de cuatro o cinco años, una gran Facultad."*

# APÉNDICE 11
# 1941. Chifflet A
# CIRUGÍA Y CIRUJANOS EN ESTADOS UNIDOS
# Diario EL PAÍS. 4 de julio de 1941. Páginas 7 y 8

## A.- Contexto

Cinco años después del artículo precedente, coincidiendo con el día de la independencia de los Estados Unidos de América, Chifflet publicó un artículo por demás interesante por varias razones.

La primera es que no lo hizo en una revista médica sino en un diario de la capital de definida identificación con un importante sector del Partido Nacional. Esto permite suponer que, con su inteligencia para no dejar nada librado al azar, con este artículo haya tratado de informar a la opinión pública de una realidad del primer mundo y de la realidad de nuestra cirugía, para influir en las autoridades correspondientes para mejorar la situación.

Por otra parte, en el artículo hace una pintura de cómo era entonces la cirugía, una jerarquización del equipo, del papel del anestesista y la instrumentista, y una lúcida comparación entre la Cirugía y los cirujanos de Europa y de los Estados Unidos.

## B.- Texto del artículo

El Dr. Abel Chifflet ha escrito expresamente para EL PAÍS, la presente nota. El Dr. Chifflet, que realizó un viaje de estudios a Norte América es Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Profesor Agregado de Cirugía de la Facultad de Medicina. (Cátedra de Medicina Operatoria).

Existen en Norte América, como en todas las partes del Mundo, artistas de la técnica, operatoria y que dan a la intervención que realizan sencillez y precisión, y que en sus cortes, movimientos, en sus suturas, conservan postura de maestros. Al verlos operar se disfruta de un verdadero espectáculo que llega a embargar de emoción y resulta difícil con el pasar de los años, olvidar hasta los gestos del cirujano. En todas las partes del mundo decía, existen estos artistas y nuestros maestros en la cirugía, es decir los franceses, han sido y son el máximo exponente del arte de operar con emoción. Es que el latino lleva en su propia constitución caracteres que le harán superficializar en cualquier acto de su vida, su espíritu de artista.

En Norte América hay algunos cirujanos de este tipo, pero no creemos que son muchos, y cuando se trata de figuras de prestigio, esos caracteres se pierden en medio de otras características que forman la verdadera escuela quirúrgica norteamericana. El americano del norte es sajón descendiente de ingleses, alemanes, suecos, etc. y no vive para la emoción sino para los hechos. En el acto operatorio no piensa en la elegancia del gesto ni en la precisión de sus grandes movimientos sino en la seguridad de lo que realiza y en el fin real de lo que está ejecutando. Se podría decir que el observador no admira al cirujano sino que lo atrae la vida del enfermo para la cual todo está en ese momento debidamente organizado.

Estas comprobaciones ya nos muestran que, pasando a segundo término el cirujano frente a la importancia del arte quirúrgico, nuestros comentarios han de dirigirse más a la cirugía norteamericana como terapéutica que a los cirujanos de aquel país como técnicos operadores. Los grandes maestros que pasaron como Murphy, Halsted, Mayo, Cushing, etc., han dejado escuela, pero no de imitadores o perfeccionadores de sus técnicas operatorias sino de su afán en establecer seguridades para el enfermo cueste lo que cueste. Múltiples hechos contribuyen a dar mayor efectividad a esta orientación positivista y su enumeración más o menos comentada ha de ser la exposición más fiel de lo que es allá la cirugía y de todo lo que a nosotros nos hace falta para llegar a ese nivel.

Desde que se decide una operación quirúrgica hasta que el paciente es dado de alta, entran en juego, fuera de lo genial que pueda ser el cirujano, una gran cantidad de factores que, cada uno por si solo puede no sólo hacer accidentada la marcha de la enfermedad sino muchas veces ser responsable de la vida del paciente. Esos factores, que el enfermo no conoce y de los cuales es totalmente responsable el cirujano, son los que han atraído la atención de la escuela americana, que ha sabido por las estadísticas, analizadas con frialdad, localizar muchas veces el motivo del fracaso operatorio fuera de la acción del cirujano operador. Preparar psíquica y físicamente al enfermo para todas las posibilidades operatorias o derivadas de la operación, elegir un anestésico apropiado y hacer su administración por un técnico especializado, rodearse del número de ayudantes, disponer de comodidades para aspiración, electrocoagulación, termoregulación, transfusión, etc., en el acto operatorio, disponer de cámaras de oxígeno al terminar la operación y de personal secundario que domine las distintas funciones que le pueden ser encomendadas, todo eso constituye la base del éxito de la cirugía americana. Frente a esos hechos, el genio latino, nada puede hacer, solo, frente al enfermo.

La división del trabajo en cirugía ha adquirido caracteres muy llamativos. Nuestras especialidades quirúrgicas ya son allá centros donde convergen varias especialidades.

Concebimos en nuestro medio un cirujano especializado en cirugía abdominal por ejemplo, o más limitado aún, en tubo digestivo. Para ellos es natural que el especializado sólo se ocupe de un órgano de este aparato digestivo y vemos así a los que sólo operan estómago o colon o recto. Y lo más interesante es que esos cirujanos especialistas no son como los corrientes de las escuelas latinas que realizan su especialización junto a sus actividades de cirugía general, sino que no hacen ninguna otra cirugía fuera de la de su especialidad. Esta demarcación de atribuciones de cada técnico es lo que permite una colaboración eficaz, pues en sus funciones nadie roza intereses o susceptibilidades de los demás.

La colaboración de ayudantes y personal secundario está asegurada en un terreno de respeto y hasta de amable camaradería por esa misma división de funciones. Los ayudantes de la operación, como ayudantes tienen sus funciones propias, que dependen por supuesto de la actuación del cirujano, pero que no pierden su individualidad. Sólo el ayudante primero es eficaz colaborador cuando trabaja como ayudante primero; el ayudante segundo sabe que en sus tareas nadie puede reemplazarlo pues ni el propio cirujano conoce como él múltiples recursos que ha ido adaptando a sus directivas. Así como cada cirujano especializado se limita a su especialidad, cada colaborador se limita a sus funciones siendo allí por su imprescindible necesidad un elemento indispensable aún en las funciones más banales. Esta colaboración íntima ha llevado a la formación del team quirúrgico, es decir del conjunto de personas que colaboran con cada cirujano. Este conjunto, por su absoluta comprensión y funciones delimitadas a cada uno de sus integrantes, funciona como una Unidad.

La especialización extrema llevando a cada cirujano a actuar en un terreno limitado, y la colaboración haciendo que la intervención quirúrgica sea realizada no por un hombre, sino por un team quirúrgico, son caracteres dominantes en la cirugía de Norte América. El cirujano, que cuenta con todos los recursos que dan mayor seguridad a su operación, al operar en un terreno en que interviene continuamente lo hace con el máximo de seguridad y en medio de su team de elementos indispensables, esfuma más aún más su personalidad, la que sólo aparece como jefe de la Unidad Quirúrgica y no como total responsable de la operación.

Entre los integrantes del team quirúrgico hay dos elementos que merecen capítulo aparte: anestesista e instrumentista.

La anestesia es administrada siempre por técnicos especializados habiendo en todo hospital un jefe de anestesias que controla todas las salas de operaciones y que con supercolaboradores visita a los pacientes los días antes de la operación para decidir el tipo de anestesia que conviene a cada enfermo y para prepararlo física y psíquicamente para el acto de la anestesia. Terminada la operación el anestesista especializado sigue al enfermo,

no sólo hasta que despierta sino hasta pasadas horas o días hayan completamente desaparecido las posibilidades de complicaciones derivadas de la anestesia. Podría decirse que esta organización es exagerada ya que en nuestro medio, con anestesias administradas por nurses y estudiantes, excepcionalmente se produce algún accidente. Pero debemos aclarar ciertos aspectos importantes en este asunto.

Existiendo técnicos especializados en anestesia, los problemas ligados a su elección y administración en lugar de ser simples problemas circunstanciales frente al interés fundamental del acto operatorio tienen un interés grande, lo cual hace posible su más exacta utilización y en especial la posibilidad de reales progresos científicos. No es exagerado decir que EE. UU. en sólo un siglo de vida quirúrgica autónoma ha contribuido en el desarrollo de la anestesia, más que el resto del mundo desde la iniciación de la cirugía, muchos siglos antes de J.C. En 1846, por primera vez en el mundo fue usado como anestésico el éter en Norte América, conservándose en Boston aún intacta, la sala de operaciones donde el visitante puede embargarse de emoción, pensando en que allí se inició la aplicación del producto por gases (etileno, ciclopropano, etc.) y los diversos aparatos para su administración provienen también en Norte América modelos de máscaras, cámaras de oxigenación, sondas traqueales, cánulas nasolaríngeas, etc., forman un grueso arsenal de instrumentos que contribuye fuertemente al éxito de la anestesia y que tiene también allá su origen.

El hecho de que no haya frecuentes accidentes fatales en nuestro medio, imputables directamente a la anestesia mismo sin técnicos que hagan progresar ese aspecto, parecería lo mejor para el enfermo. Una anestesia mal indicada o mal administrada puede ser responsable de una mala operación, porque la agitación o mal estado del paciente en la mesa no permite intervenir con la minuciosidad y tiempo que las circunstancias requieren. En fin, la anestesia puede modificar en tal grado el conjunto de procesos biológicos del paciente, que contribuye de manera más o menos directa en la evolución del operado y aún en la aparición de múltiples complicaciones serias del post-operatorio.

Preocuparse por la anestesia, gastar en material y aparatos anestésicos y en personal especializado y darle jerarquía, es cirugía norteamericana que no busca la brillantez del cirujano sino la salud del enfermo.

Los cirujanos europeos y en especial los franceses, en cuya fuente se inició y desarrolló toda nuestra escuela quirúrgica, colocaban a su alcance el instrumental necesario para el acto operatorio y directamente lo iban tomando a medida de las necesidades y dejándolo nuevamente en su sitio. La escuela norteamericana coloca invariablemente junto a la mesa del instrumental, una persona que entrega al cirujano los instrumentos que éste va necesitando. Se podría decir que es un detalle del desarrollo técnico de

la operación o aún aceptar que es una mayor comodidad para el cirujano. Yo creo que es mucho más que eso: es el símbolo de la cirugía norteamericana. El cirujano francés centraliza en su persona todo el acto operatorio. Sobre él gira todo lo que a su alrededor se refiere al paciente. Sólo él sabe que instrumento va a usar en cada nueva etapa de su intervención y él va a tomarlo directamente a la mesa que coloca a su lado, realizando junto al corte la sutura que en ese momento juzga necesaria, y todos los movimientos requeridos por ese tiempo operatorio. El cirujano americano opera con cierta standardización que lo obliga a seguir un camino ya fijado como el mejor en cada circunstancia y el acto operatorio, si bien él dirige, es el resultado de la acción conjunta de todos los colaboradores. La instrumentista, que siempre es mujer, conoce los distintos tiempos de la operación y alcanza con precisión rigurosa el instrumento que se va a necesitar sin que el cirujano retire su visión del campo operatorio. El orgullo del cirujano europeo no permite que una nurse le entregue por propia iniciativa un instrumento, pues eso heriría su pose de maestro. El americano, sabiéndose engranaje de un team operatorio, acepta el cumplimiento de su misión y no cree que por eso haya perdido su dignidad de hombre. Indudablemente, como vemos, la utilización de la instrumentista no es un problema de mayor o menor comodidad sino un problema de fondo que atestigua la existencia de dos tipos de cirugía: cirugía por el cirujano y cirugía por el team quirúrgico.

Podría parecer a primera vista, que esta cirugía del team operatorio lleva a la multiplicación de cirujanos, lo cual constituye indudablemente un error en cualquier escuela quirúrgica, vale decir jefe del team quirúrgico después de larga actuación que pone a prueba las condiciones técnicas en las distintas etapas de asistente segundo y primero. En los centros quirúrgicos bien organizados, el material quirúrgico no se reparte a todos sino a aquellos cuya carrera científica demuestre aptitudes para llegar a ser un cirujano de profesión y no un simple aficionado a la cirugía. Los asistentes van progresando y ascendiendo con los años, pero la instrumentista queda. Su carrera termina en ese puesto. Desde ese momento su nombre estará ligado al del cirujano a quien ayuda y sus triunfos serán los de éste. Ayuda cada vez mejor, llegando a formar ambos una verdadera unidad de trabajo imposible de concebir disociada. Yo no concibo a Adson, prestigioso neurocirujano de la Mayo Clinic operando sin Mary. Con el cráneo abierto y rodeado de múltiples aparatos de aspiración, de coagulación, de calefacción, etc., vi más de una vez, alumbrarse de satisfacción la cara de Adson, cuando en un momento de difícil solución, Mary colocaba en su mano el instrumento que insinuaba la conducta a seguir.

El trabajo efectuado por team operatorio, las costosas instalaciones necesarias para rodear al enfermo del máximo de seguridad y la especializa-

ción en terrenos cada vez más reducidos han hecho imposible la cirugía individual, tal como se le ve aún en nuestros países. De ahí ha surgido la necesidad de las Clínicas. Hay centros médicos de este tipo organizados alrededor de un cirujano de condiciones extraordinarias en lo técnico y en lo administrativo como las Clínicas de Mayo, Lahey, etc. Las otras están formadas sobre la base de una Universidad, de una agrupación racial, de una institución benefactora, etc. El número de médicos que colabora en cada clínica es elevado, contándose habitualmente por centenas. La colaboración profesional está asegurada por una rigurosa organización y orden en que todo gira sobre el interés de la salud del enfermo. La mayor parte de sus médicos hacen el full-time, es decir que deben dedicar su vida profesional y científica íntegramente a la institución y muchas veces sus nombres quedan olvidados detrás del nombre de la clínica, que es la propietaria en todos los aspectos de la obra de cada uno de sus médicos. Así se ha llegado a las organizaciones médicas multimillonarias donde se le puede dar al paciente el instrumental y material para diagnósticos y tratamiento.

Estos grandes capitales permiten dedicar gruesas sumas a la investigación científica y a la publicación de libros y revistas. Los laboratorios de investigación biológica y farmacodinámica y de cirugía experimental constituyen una sección obligada de estas clínicas. El interés en la investigación no proviene de una posible inclinación personal de algunos técnicos de !a clínica, sino de la propia institución que tiene montados dichos laboratorios y pago el personal investigador, que vive allí sin ninguna relación profesional con la asistencia médica del enfermo. Cada clínica es un centro científico de investigación, estando los grandes descubrimientos de esa ciencia, que investiga al margen del Estado, ligados al nombre de la clínica más que al del técnico que los hizo.

El ayudante, aún el más indispensable esfuma su nombre para dejar en el jefe la responsabilidad de todo, y el jefe pasa a segundo término frente al nombre de la clínica. Si a Mary Henderson, la imprescindible instrumentista de Adson, nadie en el mundo la conoce fuera de los que han visto muy de cerca su actuación, se puede decir que muy a menudo el propio nombre de Adson queda oculto en la expresión aparentemente vaga, pero muy exacta de "la neurocirugía de la Mayo Clínica".

Los centros médicos o clínicas, con todo lo necesario en personal y material, orientados hacia la mejor asistencia de! enfermo, atraen millares de pacientes. Por otra parte esa misma asistencia perfecta y el ambiente de investigación científica atrae médicos de todo el mundo, que dan a la institución privada un mayor prestigio y muchas veces contribuyen con un mayor aporte de pacientes.

El cirujano americano es sustancialmente sencillo y bonachón como corresponde a la manera como trabaja con su team operatorio y en medio

de un complejísimo sistema de colaboración. Su sencillez, que permite en un observador extranjero interrogarle sobre cualquier aspecto de la operación que realiza, redobla aún el interés de los visitantes, que huyen un poco de ciertos llamados genios quirúrgicos, toscos y aún groseros, a que nos tiene acostumbrados la ciencia quirúrgica europea. La acogida llamativamente cordial de que somos objeto los cirujanos de la América del Sur tiene su origen en la modalidad propia del cirujano norteamericano y en gran parte, porque no decirlo, porque tiene, como buen norteamericano, el don innato de la propaganda hábil.

Creo que con lo dicho ya hay bastante para hacerse un juicio sobre la cirugía en Norte América. Es natural que en aquel extenso país existan diferencias de un Estado a otro, pero se puede asegurar que las características básicas son iguales en todos. Antes de terminar diremos algunas palabras sobre la posibilidad de adoptar en nuestro país aquella escuela y sobre el porvenir de la cirugía tal como se le practica allá.

El término medio de nuestros cirujanos sabe tanto o más que los cirujanos americanos, pero rinde mucho menos que aquéllos, tanto en el aspecto científico, como en la asistencia médica. El cirujano del norte puede hacer todo lo que sabe; nosotros tenemos una gran distancia entre lo que podríamos hacer por nuestros conocimientos y lo que podemos hacer con los medios que disponemos. La absorción por el Estado de la asistencia médica, ha quitado posibilidades de éxito a la iniciativa privada de organizaciones perfectas. Y ese Estado, que asiste tan gran porcentaje de enfermos, da a sus cirujanos el mismo material y las mismas comodidades que hace 30 años. Hemos seguido la escuela francesa donde toda la cirugía es obra del cirujano y hasta mentalmente nos va a ser difícil apearnos de nuestro profundo sentido de responsabilidad directa para compartir con muchos colaboradores nuestra obra. Falta de material y de colaboración secundaria por una parte, mentalidad latina por otra, han hecho que nuestra cirugía siga indefectiblemente el camino de la cirugía europea. ¿Es posible y es conveniente que evolucionemos para adaptarnos a la cirugía norteamericana? Los factores que nos han llevado a nuestro estado actual son muy poderosos para pensar en que con el deseo de imitar aquello, podamos dejar nuestras normas habituales. ¿Quiere decir entonces que nuestra cirugía quedará en retraso, no pudiendo nunca alcanzar a la cirugía de aquel país en su marcha vertiginosa? De ninguna manera. La cirugía norteamericana al provocar grandes progresos en los perfeccionamientos técnicos, al aplicar la idea de que el enfermo es el centro de todo y al obtener colaboración eficaz de diferentes jerarquías ha dado a la cirugía mundial un empuje vigorizado, colocándose indudablemente en primer término. Pero este empuje, al cual no llegaremos nunca en el Río de la Plata no es todo él, progreso efectivo y básico en la evolución de la cirugía. Gran parte

de sus características deberemos adoptarlas y en lo que es personal se nota en todos los cirujanos una adaptación progresiva. Pero debemos conservar en nosotros para el enfermo, algo que es propio de nuestro origen latino y que es diferente de hacer todo lo posible para que las cosas se hagan bien: hacerlo con amor. Amor y emoción para el enfermo y para la magnificencia del acto quirúrgico. La cirugía norteamericana se ha industrializado y en esa vía ha llegado a la cumbre de la cirugía actual.

Pero para llegar más alto aún, y allí no renunciamos a llegar, necesitamos menos matemáticas y precisión, y más calor humano, menos concepto de que al efectuar una intervención quirúrgica se interviene sobre una máquina y más angustia y emoción para darle a esa operación, todo lo que en nosotros tiene de genial la inspiración frente al dolor humano. Que la cirugía como ciencia, no pierda todo lo que le hace extraordinaria como arte.

Hay otro aspecto en el cual nosotros podemos estar muy satisfechos y es en lo referente a la amplitud de nuestra preparación media. Sucede en medicina como, en cualquier otro aspecto de la vida. Un mecánico uruguayo que ingresó a un taller de reparaciones de automóviles en Boston, provocó admiración cuando dijo y demostró que era capaz de reconocer una falla y repararla en cualquier parte del coche.

Poco tiempo después de trabajar en el sector de especialistas de rueda trasera, pasó a la categoría de inspector y clasificador de los coches que entraban al taller. En el Lea View Hospital, conversaba un día con Coryllos sobre distintos problemas de la tuberculosis, rozando por supuesto aspectos anatómicos y bacteriológicos del asunto, cuando fui interrogado por un asistente sobre si yo era bacteriólogo o patólogo. No podía comprender como siendo cirujano, y ni siquiera cirujano de tuberculosis, podía tener esos conocimientos, que en realidad son elementales en la preparación habitual de nuestra carrera médica.

La especializaron muy limitada y ejercida desde muy joven, lleva a la falta de comprensión de problemas de orden general, que están en la base de toda especialización. Esta falta de visión de los problemas generales del enfermo y la rigurosa organización que lleva a la standardización de toda !a actividad quirúrgica son los dos puntos más vulnerables de la escuela norteamericana. Si tuviese que concretar en un hecho esta afirmación, diría que falta allá el médico de la familia. El médico de familia que será en las futuras organizaciones sociales un elemento básico en el suministro de cuidados médicos, tiene en nuestro país su tipo más característico en el médico de campaña. Existe también en cierto número en las grandes ciudades donde sería conveniente que no disminuyan dejando el paso libre a los especializados.

El médico de familia es un médico que no es sabio en nada, que no investiga en laboratorios, ni publica artículos de ciencia, que no forma parte de ningún engranaje científico ni profesional sino del engranaje familiar. En la casa de la familia, cualquier enfermo, de cualquiera naturaleza y en cualquier circunstancia necesita la presencia del médico de la familia. El médico está en la casa donde no desconoce ningún problema: económico, psicológico, de relaciones familiares, de antecedentes mórbidos personales o familiares y aborda sin violencias cualquier clase de enfermo: un niño que nace, una afección quirúrgica, un viejo extenuado por los años. Su llegada da nueva vida al enfermo y familiares y su juicio final declarando sin importancia la afección o requiriendo la presencia de un especialista para un diagnóstico perfecto y tratamiento adecuado, es aceptado como una verdad indiscutible por todos. Y eso es porque el médico de familia que es consejero honesto, tiene mejor que ninguno la noción exacta de los procesos generales, porque sabe a quién ha de recurrir en cada caso en busca de ayuda científica, y porque su medicina que no tiene horario y que va impregnada en cada uno de sus actos de amor al enfermo y de respeto a los sentimientos humanos, la transforman en un verdadero apostolado a que todos aspiramos.

El avance de la cirugía ha de llevarnos algún día a la conjunción de la ciencia standardizada del Norte y de la cirugía con profundo sentido humano del Sur.

## APÉNDICE 13 A
## DISCURSO DE CHIFFLET EN EL HOMENAJE TRIBUTADO AL PROFESOR MANUEL ALBO AL AÑO DE SU FALLECIMIENTO
**Acción Sindical 1936; 17: 29-31**

### Contexto

El 7 de noviembre de 1936 se cumplió un año de la muerte del Profesor Manuel Albo. En la Facultad se le tributó un homenaje en el que Abel Chifflet como presidente y representante del Sindicato Médico pronunció un discurso.

Es procedente reproducirlo porque expone los argumentos por los que el Sindicato Médico se adhirió al homenaje, por la profundidad del análisis de la significación de Albo y porque constituye una muestra de un texto en que en forma no usual, Chifflet deja entrever la profundidad de sus conocimientos literarios.

## Texto del discurso

Señoras y señores.

El Sindicato Médico del Uruguay fue invitado para concurrir a este homenaje a la memoria del Profesor Albo y el Comité Ejecutivo resolvió adherirse a él. No como una satisfacción de inclinaciones exhibicionistas, porque nuestro sindicato huye de los farolillos y retintines y no asienta su prestigio en la popularidad adquirida en actos sin significación.

No viene tampoco aquí a cumplir porque sí, por inercia, porque todos lo hacen o porque sería antipático no hacerlo.

Ya en muchas oportunidades mostramos que, aún exponiéndonos a la crítica severa, no vamos sino cuando estamos seguros de la justicia del acto que se realiza.

Y bien señores: estos hechos permiten ya, por sí solos, y ahorrando más palabras hacer pensar a Ustedes que mi presencia en esta tribuna significa una adhesión formal y categórica al homenaje que se rinde a la memoria del Doctor Albo.

Múltiples facetas de este gran hombre podríamos recordar hoy. De cada una de ellas hay mucho que decir, y el tiempo, censor implacable para los malos, pero que obliga a reverenciar a los que fueron buenos, nos hará a nosotros y a las generaciones venideras, querer más y más al Dr. Albo.

Su obra científica no muy extensa pero ricamente densa; su bondad que hacía patentizar los errores con sus rituales cachacientas expresiones; su vastísima erudición científica, que le permitía oír y callar con aquel dejo de aparente indiferencia, los asuntos más diversos de la ciencia médica; su indiscutible sentido clínico, puesto en evidencia a cada momento, cuando en dos o tres indicaciones para el paciente, dejaba traslucir la densidad de las trabazones con que había encadenado los síntomas para hacerse un concepto de la enfermedad que tenía ante sus ojos.

Y ese hombre bueno, ilustrado y de capacidad natural para interpretar a un enfermo, entraba a la sala de operaciones con todo su corazón y con todo su saber, a luchar, bisturí en mano, sin exhibicionismos y sin poses académicas, para hacer al enfermo lo mejor que podía hacerse y no lo más elegante o lo más atrayente.

Y así era Albo, porque sobre todas las cosas Albo sabía medicina, sabía que era lo mejor para el paciente y Albo, que era esencialmente bueno, se preocupaba más por el bien del enfermo que por todos los otros aspectos de la operación.

Imposible pensar en esta particularidad de la cirugía de Albo, sin recordar toda su actuación durante larguísimos años en el Hospital Maciel. Fue allí, donde en su calidad de cirujano de urgencia y cirujano en la sala

tuvo material quirúrgico para aprender la medicina y la cirugía, viendo y operando.

Pero, sobre todo, su alma sensible, al vivir días y días en el hospital, pudo saturarse por todo el dolor y la miseria humana, que decanta en nuestros nosocomios, para adquirir aquel aspecto de eterna amargura y aquella bondad y fervoroso entregamiento a la salud del enfermo. Y en el Maciel, amasó ese su modo ser, integrando un block de cirujanos, en los cuales es siempre posible ver el mismo anhelo de superación y el mismo continuo pensar en el enfermo, por sobre todas las cosas.

Y toda esa actividad, girando alrededor de dos figuras, que han impreso en la cirugía de ellos, las características salientes: el carácter y la hombría de don Alfonso Lamas y la bondad sin límites de don Luis Mondino.

– – –

Señores: quiero rendir homenaje a Albo bueno, al de vastos conocimientos, al técnico ideal frente al enfermo que se le entrega, pero quiero insistir en especial en su inquebrantable voluntad. Y no tanto a esa voluntad que surge en los momentos difíciles de la vida, que crea alma de héroe en cualquier espíritu, cuando está deprimido por el dolor la injusticia o el fracaso. Rindo homenaje más que a esa voluntad esporádica que aparece en las claudicaciones de la vida, a la voluntad permanente y espontánea que lo hacía a Albo un trabajador incansable; un alentador continuo para el trabajo de los demás; un preocupado por cada nueva ruta que se abría en cirugía; un luchador, que luchaba, aún en el camino que podía aparecer a todos como la senda preparada para gozar a su edad, de los frutos que logró en toda su carrera quirúrgica.

Eso es lo que siempre necesitó la humanidad y que necesita más aún en estos momentos: trabajo, acción, voluntad. No conformarse con saber y esperar la evolución antojadiza de los hechos y vivir como Hamlet, sabiendo quien mató a su padre, pero inactivo e incapaz de obrar de la única manera que sabía. Tener menos del alma gris y dubitativa de la Inglaterra brumosa y oscura y que dio luz a Hamlet y vivir con el mediodía luminoso y excitante de la España, que dio luz al genio de la acción: el Caballero de la Triste Figura, el inmortal Don Quijote de la Mancha.

Oh España! Cuántos Quijotes han salido de tu tierra y cuántos nos hemos contagiado de ellos, los que crispamos nuestros puños en busca da un porvenir venturoso para nuestra Indo-América.

Entre tantos nos vino Albo. Y Albo tenía la misma figura triste del manchego y sufría con él la misma angustia por los desheredados, por los desamparados y los débiles.

Y Albo no se quedó como Hamlet dudando día y noche sobre qué hacer para vengar la muerte injusta de su padre, sino que como Alonso Qui-

jano vivió siempre en acción. Y si no vistió como éste las armaduras, para salir por los caminos en busca de malandrines y felones, vistió en cambio su túnica blanca para pasar horas y días desde la alborada de su juventud, hasta su último momento, desfaciendo entuertos que la sociedad hace y los arroja luego en montones, a los depósitos del dolor que constituyen los hospitales.

Viejo Quijote: necesitaremos siempre tu ejemplo y el mediodía español, para tener la voluntad firme que trajo Albo y la acción dirigida al bien del que sufre, que siempre le vimos.

El Sindicato Médico del Uruguay que es acción, que es fuerza pujante contagiosa en el entusiasmo y excitante para los débiles, que es rebeldía contra la fuerza y es protesta contra la injusticia, rinde hoy homenaje a un soldado de la acción contra el dolor, y replegando por un momento sus músculos en permanente excitación, deja al corazón latir al unísono con la memoria de Albo, que vivió triste, pero que luchó siempre.

## APÉNDICE 13 B
## 2 DE DICIEMBRE DE 1956
## DISCURSO DE CHIFFLET EN EL ACTO INAUGURAL COMO PRESIDENTE DEL VII CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA
### 7º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 1956; 2: 7-11

Cerrando este acto académico de inauguración del VII Congreso Uruguayo de Cirugía y haciendo introducción a las actividades científicas de la semana, haremos un bosquejo de lo que podría llamarse el camino de la Cirugía.

Sabemos muy bien la responsabilidad de nuestras palabras, que serán pronunciadas como Presidente del Congreso, que es la más alta investidura que puede conferir los cirujanos del país, y dirigidas a muchos adolescentes y jóvenes que tienen ansias de triunfo en nuestra disciplina.

La Cirugía es un oficio con un importante componente artístico, actuando sobre materia totalmente humana. Quien no tenga aptitudes para el oficio, comprensión del hombre y sensibilidad frente a emociones nobles, no será jamás un cirujano.

El joven a quien un familiar o amigo abre las puertas para iniciar el ejercicio de la Cirugía, debe meditar seriamente sobre su porvenir. Si no tiene condiciones propias para ser cirujano irá al fracaso en cuanto pierda el apoyo que de iniciación se le está prestando.

Una situación similar resulta cuando son instituciones las que abren las puertas a la Cirugía en desproporción con las necesidades y posibilidades

del medio. Nuestra Facultad de Medicina llena cada año un promedio de 10 cargos de Adjuntos de actividad quirúrgica que duran tres años. Si agregamos los que siguen Cirugía en instituciones de asistencia privada o mutual y en los cursos para graduados llegamos a un porcentaje de 20 a 25 % de los egresados iniciándose en disciplinas quirúrgicas.

Este hecho conduce a frecuentes cambios de orientación después de cuatro o cinco años de graduados llevando consigo serios inconvenientes para la Cirugía y para el desertor.

El exceso de iniciados provoca una pérdida importante de material de aprendizaje para los que serán cirujanos. El oficio de cirujano requiere hábito de la realización operatoria, dominio de los detalles técnicos, gusto por actuar en el campo quirúrgico, experiencia para la solución de infinidad de sorpresas de la operación. Todo esto sólo se aprende operando mucho. En un servicio de Cirugía donde cada enfermo es operado por un cirujano capaz y con colaboradores eficientes, hay un límite al número de jóvenes iniciados que pueden honestamente aprender. Está dado por el número de enfermos del servicio. Si se pasa ese límite se disminuye la actividad de los que podrían llegar a ser cirujanos y se producen situaciones incómodas por falta de trabajo operatorio. Lleva a situaciones personales desagradables, cuando el jefe del servicio muestre lógica predilección por hacer trabajar a los que tienen condiciones para la Cirugía.

Los jóvenes médicos que iniciados por razones circunstanciales en el campo de la Cirugía, deben abandonarla después de pocos años, se perjudican seriamente. Han perdido tiempo en una etapa fundamental de su vida. Han adquirido hábitos y experiencia en una disciplina que no les servirá de mucho en otras actividades médicas. Décadas atrás todo médico tenía un escalpelo en su maletín. En nuestros días sólo los médicos que actúan en la campaña pueden utilizarlo. En las ciudades la actividad quirúrgica debe estar en manos de los que han aprendido y saben operar. Persiste aún cierto número de médicos que hacen Cirugía como aficionados. Pero desaparecerán porque no tienen el máximo de eficacia frente al enfermo y porque no viven las emociones que mantienen tenso el espíritu del cirujano integral.

– – –

Descartados los iniciados en Cirugía que no siguen su camino, el número de jóvenes cirujanos es aún elevado. Las inscripciones para iniciar la Adscripción muestran hechos interesantes. Mientras que para muchas especialidades no se inscribió el año 1956 ningún aspirante, en Cirugía general se inscribieron 15 jóvenes, cualquiera de los cuales puede considerarse ya un cirujano. Existe indudablemente una sobrepoblación de jóvenes cirujanos, que enfrentan a serios problemas en cuanto a dificultades para

obtener material para su preparación técnica y para solucionar sus problemas económicos dentro del ejercicio de la especialidad.

Los cirujanos que sentimos más cariño por nuestra profesión que por nosotros mismos y que desbordando nuestro destino nos preocupamos por la Cirugía de mañana, debemos proclamar nuestra opinión.

Creemos que las autoridades universitarias deben considerar en el mismo plano a todas las clínicas, pero que es necesario estructuración de cada una de acuerdo con los requerimientos propios a cada especialidad. Tal vez sea útil aumentar las posibilidades de ingreso en las actividades de los internistas. En el campo de la Cirugía es necesario en cambio, abrir las puertas en la medida que podemos apoyar y dar posibilidades a todos los que entran. Es necesario permitirles en tiempo su completa formación y darles posibilidades para hacer el aprendizaje de la especialidad quirúrgica a que aspiran. Se debe dar cierta flexibilidad al mecanismo de selección progresiva, porque los más informados que triunfan en las pruebas de oposición no tienen siempre las aptitudes y afanes para hacer de ellos un cirujano.

Los jefes de servicio debemos dar a los jóvenes que llegan a nuestro lado, dentro de un tiempo prudencial, nuestra opinión sobre sus posibilidades de triunfar en Cirugía. No podemos ser indiferentes en este asunto, pues hacemos mal al aspirante y a la Cirugía. Hemos planteado algunas veces a jóvenes colegas sus pocas posibilidades de futuro en Cirugía. Provocamos situaciones molestas de las que no nos arrepentimos. Algunos cambiaron de rumbo y son hoy triunfadores en otras disciplinas, que siempre recuerdan con satisfacción nuestra participación. Otros no oyeron nuestras sugestiones; se apartaron de nuestro lado y arrastran una actividad de aficionado accidental a la Cirugía. Deberán reconocer que en otros caminos hubieran tenido éxitos. Yo agregaría: y la Cirugía no los tendría a ellos.

Jóvenes aspirantes a cirujanos; la Cirugía es hermosa, pero es necesario saber si se llegará a la meta. Hay que oír la palabra de los que llegaron. Hay que despreciar las excesivas facilidades para iniciar su aprendizaje. No todos pueden llegar.

La Cirugía es un oficio que requiere conocimientos, aptitudes y práctica para la ejecución técnica. La ejecución quirúrgica se realiza en la carne del hombre y requiere en el cirujano un espíritu capaz de disfrutar emociones de delicada sensibilidad. Aptitudes y emociones se entrelazan íntimamente en todas las facetas de nuestra profesión.

Es indispensable tener condiciones físicas para la realización quirúrgica. La habilidad y agilidad de las manos constituyen exigencias de interés. Pero es exagerado creer que en nuestros días tiene la importancia de las épocas en que la Cirugía era sólo ejecución operatoria rápida y mutilante y en que el cirujano fuerte y vigoroso provocaba admiración por los gestos magníficos de sus manos. La mano que ejecuta sigue siendo el sello carac-

terístico de la Cirugía y bien podemos recordar con simpatía el origen de nuestra ciencia en el centauro Quirón. Pero la mano del cirujano no tiene su grandeza en el juego elegante del prestidigitador, sino en su capacidad para exteriorizar en hechos, ideas y situaciones emocionales.

Una ejecución musical, una realización de arte plástico, una intervención quirúrgica, requieren la capacidad de nuestra mano. Pero aún torpe, la mano cumple a perfección su cometido si está movida por un espíritu que disfruta del placer de realizar y se sublima en la belleza de su obra.

El cirujano debe ser amante del trabajo. No sólo la realización operatoria exige una actividad intensa de muchas horas sino que es necesario seguir estudiando, viajando, compartiendo la discusión y el intercambio científico en los caminos del progreso. El trabajo del cirujano exige disciplina y orden en la vida para mantener en el momento oportuno la vitalidad exigida por el esfuerzo agobiante de una operación larga y azarosa.

El cirujano siente el placer del trabajo porque aspira a saber lo mejor que puede brindarle a sus enfermos como ciencia y porque disfruta al poder darse entero, en horas y en energías al enfermo que debe curar. Están equivocados los que creen que la carrera de cirujano es de sacrificios. Es carrera de trabajo, que deleita. Es vida de retracción, pero de una retracción en que buscamos nuestras más puras emociones

El que aspira a ser cirujano y no disfruta en el encierro del trabajo, no llegará.

El cirujano debe mantener la serenidad en los momentos a veces angustiosos de una intervención quirúrgica. En medio de la tempestad debe actuar sensatamente en su campo de acción y debe dirigir con serenidad y precisión el complejo equipo que lo rodea. Un minuto de desconcierto puede significar la vida del enfermo. El cirujano no puede ser un deprimido, un amargado, ni un vehemente capaz de impulsos descontrolados.

Bien está, hablando de cirujanos, decir de la satisfacción por el trabajo, de su placer en realizar con las manos, de su serenidad en el juicio y en la conducta, pero otras son las facetas dominantes de nuestra profesión. En primer lugar un gran sentido de responsabilidad. La corrección moral, el rigor de la verdad no pueden faltar en el cirujano que debe afrontar innumerables situaciones para aconsejar una operación y hasta para imponerla, para decidir una conducta en el campo operatorio hasta jugarse en esfuerzo último con la vida del enfermo. El concepto de responsabilidad no es una carga sino un estímulo para quien tiene una constitución moral correcta. El cirujano no rehúye responsabilidades ante nadie y por nada. Debe ser transparente en sus juicios y saber cargar con la responsabilidad aún de otros. Tener conciencia que la alta jerarquía de nuestra profesión permite soportar todas las responsabilidades inherentes a su ejercicio y

que la personalidad del cirujano se fortalece con la práctica continua de la moral correcta.

En fin, señores, el cirujano, trabajador y de fuerte contextura moral, debe ser profundamente bueno, sensible al dolor físico y al dolor moral. No ser una piedra. Mantener muy firme nuestra herencia latina de amor por el hombre. Recordar que la enfermedad altera el psiquis del enfermo y de los que lo rodean y que es en esas circunstancias que debemos actuar.

No cerrar nuestra alma a ninguna de las emociones: disfrutar del éxito operatorio y del enfermo reincorporado a la vida y llorar amargamente cuando el fracaso se interpone a nuestras ansias de curar. Vivir con emoción artística las profundas sacudidas espirituales de una profesión como la nuestra, tan rica en grandeza de sentimientos.

El joven que no tiene alma de cirujano debe desatender las facilidades que se le ofrecen para iniciar la carrera.

El que comprende en su contenido moral a la Cirugía, debe lanzarse con fe a ella, pues no existen vallas que le impidan el triunfo.

Es útil cultivar una materia básica en forma permanente. Según su temperamento y su formación podrá ser la Anatomía, la Fisiología o la Patología. Pero es indispensable tener ese núcleo firme para ir incorporando las adquisiciones de otras disciplinas.

El joven cirujano debe viajar. Viajar lejos a países de ultramar o a países vecinos. Viajar a otros hospitales de la ciudad, viajar en su propio hospital, viajar para ver, para conocer cirujanos, para saber de su personalidad, para juzgarnos nosotros mismos desde lejos v ubicarnos en el mundo y en la historia. Alejarnos de la pequeñez espiritual del enclaustrado y comprender nuestra verdadera pequeñez en el mundo.

En fin, tener un maestro, admirarlo en lo que tiene de grande e imitarlo en sus grandezas. Borrar los defectos que aún los más grandes tienen y saber de consecuencia en el éxito y en el fracaso. Los que a nadie reconocen como maestro viven engolfados en una amarga egolatría y difícilmente podrán darse a las nuevas generaciones, y sólo seremos dignos de nuestro oficio, de nuestro arte, si al dejar este mundo no hemos guardado nada para nosotros.

Hay que saber elegir el maestro. El que impone técnicas, detalles operatorios, planteamientos terapéuticos está mal. Quien da conocimientos en cantidad es aceptable. Dar elementos de juicio, razones de una posición, justificativos de una conducta, ejerciendo vigilancia sobre una libertad relativa, está bien. Decir de nuestros errores y fracasos y la forma de evitarlos está mejor. Pero desnudarnos espiritualmente ante quien hurga a nuestro lado buscando comprender los gestos de nuestra propia vida, es la única forma de dar continuidad en los tiempos al objeto esencial de nuestra ciencia, nuestro oficio, nuestro arte.

# APÉNDICE 15
# 11 de junio de 1969
# TEXTO DE LOS DISCURSOS PRONUNCIADOS EN LA SESIÓN DE HOMENAJE A ABEL CHIFFLET REALIZADA EN LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY EL 11 DE JUNIO DE 1969

**Cir del Uruguay. V. 40. N° 2: 99-103, Marzo/Abril. 1970**

## Presidente de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, Dr. Juan C. De Chiara

La Sociedad de Cirugía ofrece la Sesión de hoy a la memoria y homenaje del Prof. Abel Chifflet, pionero y maestro de la cirugía nacional.

La Comisión Directiva ha elegido a dos conspicuos representantes para hacer uso de la palabra: el Prof. Carlos Stajano, fundador de nuestra Sociedad de Cirugía, primer Secretario de la misma, impulsor incansable cuya obra y presencia constante es de sobra conocida, y el Prof. Héctor Ardao, gestor de los Congresos Uruguayos de Cirugía, primer Presidente del mismo y verdadero creador en su iniciación, en su continuidad y en su prestigio.

## Prof. Carlos Stajano

Me limitaré tan solo a un aspecto de la vida de este gran hombre, y es el que se refiere a su vocación docente y a su consagración en las sucesivas cátedras, así como en los altos cargos que honró en forma muy particular. Otros colegas han destacado con todo relieve su trayectoria universitaria y académica, y el desglose analítico de su vida como cirujano y como profesional.

En lo que me es personal, evoco con emoción una faceta del pasado de un largo tramo vivido de nuestra existencia, generando una corriente de afecto iniciada desde su ya brillante etapa de estudiante.

Entablamos nuestro primer contacto e intercambiamos un mutuo respeto y consideración, creando vínculos de gran hondura en la inolvidable Sala 4 del Hospital Pereira Rossell. Su Jefe Supremo era el Prof. Pouey y el que habla su Jefe de Sala, que tuvieron la suerte de contar con el Practicante Interno Abel Chifflet, que desde entonces honraba al Internado con su ya decidida e influyente personalidad.

Fue en ese medio de actitudes ejemplarizantes, donde aprendimos a valorar y a comprender lo que es el alma de un Servicio, en base a incentivos

trasmitidos por nuestros mayores que exaltaban el sentido del deber y el culto por la responsabilidad en tareas de vigilancia sin tregua y de activa y exigente ejecutoria.

Desde ese primer encuentro hasta los últimos días de su vida, el destino quiso entablar sólidos vínculos entre nosotros, culminando en una honda y muy expresiva amistad, elaborada alrededor de altos y comunes ideales, en torno a los sagrados objetivos y fines de la enseñanza, determinando un poderoso nexo de solidaridad. ¡Qué hermoso panorama el de ese pasado impregnado de esfuerzo, tesón, ideales, esperanzas y de tan grandes realizaciones!

Una segunda etapa, allá por los años 1924-1928, en mi calidad de Profesor Agregado y encargado de la Cátedra de Patología Quirúrgica, volvimos a encontrarnos con el Dr. Chifflet, y de consuno encaramos esa enseñanza planificando un curso de síntesis conceptual fisiopatológica de esa extensa y compleja asignatura. Ese intento fue potencializado con la integración de la anatomía patológica, de la técnica y de la fisiopatología. Los diferentes capítulos analíticos de la patología clásica fueron sintetizados en capítulos generales de fisiopatología, facilitando su asimilación, así como su claridad para su comprensión, ofreciendo así al estudiante las llaves maestras de la interpretación en la clínica.

Este pasado de febril actividad, creó insensiblemente un estado de compenetración afectiva que fue cimentando el clima que consolidó nuestra amistad y profunda consideración incesantemente renovada.

Creemos que estas remembranzas de acción conjunta, tan desinteresada como fecunda, merecen dejarse consignadas para dejar constancia y justipreciar las raíces de nobleza de un sentimiento que está por encima de toda vinculación académica y que en general se retrotrae ante las exigencias de la técnica o del conocimiento estricto. Esta es la revelación del pasado de una vida con respecto a la solidaridad creada en forma indeleble con Abel Chifflet.

El tercer reencuentro se produce en el año 1936, contándolo como Primer Asistente en mi flamante Clínica Quirúrgica. Concebimos fines y medios de acción; planificamos cursos; edificamos física y espiritualmente nuestro campo de trabajo; abrigamos esperanzas de grabar en el subconciente de nuestros empeñosos colaboradores, principios rectores de comportamiento técnico y humano. Pusimos en práctica una política de emulación en el esfuerzo; ansia de perfección y de mayor conocimiento; necesidad de superar métodos y medios de trabajo; y todo esto, frente al objetivo soberano del enfermo en sufrimiento, vale decir, al semejante, al cual ofrendábamos día a día, el rendimiento personal de cada integrante de nuestro bisoño equipo de trabajo. He aquí el incentivo de factura humana, que anteponíamos con responsabilidad y conciencia al poderío frío de la

técnica, que ya empezaba a ser dominante, amenazando malograr lo más respetable de nuestra actividad y nuestro destino como docentes.

Chifflet está amalgamado a ese pasado de incertidumbres, de decisiones compartidas, de grandes propósitos de superación, en un medio en plena evolución de conceptos y fermentario de ideas y conductas; y ¿cómo no sentir acrecentar cada día con más firmeza esa suprema consideración y profundo respeto entre dos hombres recios, que recorrieron sus vidas con ideales comunes despojados de todo egoísmo personal?

La cuarta etapa culmina en la exaltación de Chifflet al Profesorado de Clínica. Ocupa el piso 9 del Hospital de Clínicas, acontecimiento que adquirió para mí el significado de la solidaridad que el destino deparara, dejando testimonio de una realidad material, mostrando la parábola de un gran recorrido cuyo punto de partida fue aquella inolvidable Sala 4 del Pereira Rossell, y el punto terminal el piso 9 del Hospital de Clínicas, como culminación de una gloriosa trayectoria, de gran significado afectivo para el que habla. Como Profesor de Clínica consolidó sus grandes merecimientos. Su sólida preparación en su cátedra anterior, lo autorizó a rebasar las más severas exigencias de la designación académica y sin esfuerzo y naturalmente conquistó el título sobreagregado de "maestro", que está muy por encima de toda reglamentación oficial, dado que tácitamente es otorgado por convicción conciente y designación directa de los propios educandos que seguirán en forma duradera evocando su docencia. En su partida, legó a la Facultad su recia personalidad, su sobria y siempre firme posición, además de su máxima capacidad docente.

A la Universidad rindió cuenta de la deuda contraída, saldándola con distinciones y honores conquistados con su orientación y su talento.

A la cirugía consagró su vida para perfeccionar sus conquistas técnicas y conceptuales. Además, fue testigo y actor de la vertiginosa evolución de la cirugía en este siglo de proezas y de transiciones sin precedentes.

A nuestra Sociedad de Cirugía la honró en toda la trayectoria de su existencia. Aportó su esfuerzo y el de sus colaboradores con la mística de su constante superación, convencido de que nuestra Institución actuaba como un crisol que elaboraba en partes iguales, la dignidad, la ciencia y la conciencia de todos y de cada uno de sus integrantes, logrando jerarquizar los valores científicos, humanos y morales de nuestra gran familia quirúrgica. Hoy nuestra Sociedad celebra este acto en ausencia de Chifflet, así como su Clínica celebró el suyo en el Hospital de Clínicas.

Confieso que jamás pude imaginar este contrasentido de la suerte, pues siempre tuve plena certidumbre de precederlo, como hubiese sido natural en esta huida y descontando que él me hubiese despedido con la misma hondura en ese trance. Ese sillón, hacia el cual dirijo mi mirada, está hoy vacío, y es de ahí que partía su saludo de comprensión y de simpatía y en

todo caso de reconocimiento y de singular afecto personal, en mi concurrencia a estas sesiones.

Chifflet arrastró consigo, sin lugar a dudas, el sentir de una silenciosa correspondencia mantenida con muy pocas palabras, pero reencendida cada día con muy expresivos gestos de honda significación. Rehuyo a expresar el significado de su anticipado silencio o a expresar el dolor de una realidad irreversible. Los dolores físicos pueden aplacarse con poderosos antiálgicos. Los dolores del alma, por su calidad y hondura, son tenaces, sólo el tiempo los alivia y la evocación los re-enciende. Por tales razones evoco una vida plena de calor y de actividad en rendimiento, y su ausencia la comparo a la de un largo viaje, recurriendo a la meditación y al imaginario diálogo hurgando en los confines de nuestro subconsciente, que creo es el sitio donde se guarece el alma de los que aún siguen viviendo un poco más.

Es de ese modo que seguiremos rindiendo el más puro de los homenajes a una vida consagrada a la sublime misión de enseñar al que no sabe, a salvar vidas y a enfrentar a la muerte que acecha sin cesar a nuestros semejantes.

## Prof. Héctor Ardao

Podría decirse con certeza, que el Dr. Abel Chifflet ha sido uno de los miembros más representativos de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, a la que se incorporó en 1930, al comienzo de su actividad profesional, y dentro de cuyo marco fue dejando encerrada a lo largo de 40 magníficos años, casi toda su obra científica, talentosa y rica.

Además, aquí dejó la huella de su acción progresista impulsando el desarrollo de la vida misma de la Institución que lo albergaba y por sobre todo fue aquí en este recinto que dejó las enseñanzas de un magisterio ejemplar, ejercido durante muchos años desde su asiento, allí por la izquierda, como el cumplimiento de un deber contraído consigo mismo de bregar siempre por el progreso de nuestra cirugía.

Como todos los hombres que ascienden en las disciplinas médicas, al comienzo sus trabajos fueron diversificados en observaciones de interés casuístico, sobre la base de casos clínicos. Más tarde, y ya definitivamente orientado, su atención se centró en tres o cuatro temas a los cuales hizo aportes fundamentales.

A este respecto deben señalarse: la equinococosis, el cáncer de recto, las colopatías diverticulares y la cirugía del estómago.

La equinococosis le apasionó siempre. En todos sus aspectos: etiológico, clínico, de laboratorio, etc. Fue su primer amor con la patología; y su

estudio y enseñanza le interesó toda la vida. Su primer libro, de carácter docente, se titula "Equinococosis" y fue publicado en 1936.

Enseñó la enfermedad hidática en la Cátedra, en Jornadas y en Congresos. A estudiantes, a médicos y hasta a la gente común. Cuando iba con la Clínica al Interior del país, de visita a algún hospital, nunca dejó de organizar clases vespertinas, de divulgación extramédica, sobre la profilaxis de enfermedades transmisibles. La de equinococosis era infaltable en colegios y liceos.

Por el año 1930, en algunos Servicios de Cirugía el quiste hidático constituía un problema de escaso interés, es decir, casi exclusivamente un problema de terapéutica quirúrgica. Carecía de interés su patogenia, anatomía patológica y formas clínicas. Alguien le llamaba despectivamente "vejigas de agua". Recuerdo un día haber visto a Chifflet venir al Laboratorio Central del Hospital Maciel, la cara jubilosa, con varios quistes envueltos en una compresa obtenidos de un enfermo que acababa de operar por oclusión intestinal. Quería saber detalles de su constitución anatómica y de la torsión de sus pedículos infiltrados de sangre negruzca. Aquella mañana, allí nació su primer trabajo sobre esta enfermedad, trabajo que se titula "La equinococosis peritoneal secundaria" publicado en 1935.

Hablar de equinococosis, es hablar de Félix Dévé. Con él llegó a mantener una polémica epistolar sobre la equinococosis preperitoneal.

Tomó contacto con la enfermedad en la Clínica del Prof. Alfonso Lamas donde esta enfermedad siempre fue objeto de interés y de estudio, a tal punto que podría decirse que allí estuvo el centro de la escuela uruguaya de hidatidología y que Chifflet fue el último de sus representantes.

Por la década de 1940 fue uno de los propulsores de las reuniones anuales de la Sociedad de Cirugía y la de Anatomía Patológica, para tratar exclusivamente temas de hidatidosis. La de agosto de 1942 es memorable porque en ella Chifflet presentó "Sesenta observaciones de quiste hidático de pulmón". El último y más importante trabajo sobre la operación de Lamas y Mondino. También en esa sesión Lasnier presentó su trabajo sobre "El diagnóstico del quiste hidático de pulmón por el estudio de la expectoración incluida".

Fue afortunado que hubiera pasado la Cátedra de Operaciones antes de la de Clínica, porque hay una perfecta continuidad y una lógica relación entre sus estudios de la anatomía de los órganos pelvianos realizados en Medicina Operatoria durante los años del 45 al 50 y sus trabajos posteriores sobre el tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto. Sobre la base de segmentos topográficos diferentes, fundamenta los principios quirúrgicos de la exéresis. Chifflet no habla del cáncer del recto. Habla de los cánceres del recto.

Hace 25 años, la diverticulitis del colon era una enfermedad prácticamente desconocida en nuestro medio médico. La concepción unitaria de Chifflet sobre la patología y el tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones, hasta el propio nombre con que la designa, colopatía diverticular, cada día adquiere mayor aceptación en los medios especializados.

Como consecuencia de esta atención preferente y sobre la base de numerosas colaboraciones presentadas a esta Sociedad de Cirugía, preparaba estos últimos tiempos un libro que dejó casi terminado sobre "Las afecciones no neoplásicas del recto", el cual pronto será publicado por sus discípulos.

En nuestra Institución, como organismo vivo que evoluciona desarrollándose y adaptándose a los tiempos que corren, las huellas de su espíritu advertido y de su mentalidad organizadora, se mantienen en varias disposiciones internas y reglamentos. En el propio latido de su vida de hoy, en el quehacer de las sesiones semanales, persiste la "media hora previa" de 18 y 30 a 19 horas, la cual junto con el reglamento de esta Sociedad fue obra suya hace 30 años.

Decía entonces, que esos minutos previos a la iniciación de las sesiones ordinarias podían aprovecharse presentando comunicaciones breves de no más de cinco minutos de duración y dos minutos para el comentario de cada una. Hechos escuetos, una experiencia clínica, un enfermo, un documento radiográfico o de laboratorio, una rareza, un éxito o un fracaso. La finalidad: recoger la experiencia de otros colegas como una consulta en el corredor del hospital. Nadie puede dudar del valor de estas presentaciones, de su interés documental, casuístico, docente e informativo.

Cuántos hechos de interés en la práctica quirúrgica quedan desconocidos o duermen arrinconados en el recuerdo como experiencias excepcionales, que de este modo vienen a la luz y todos tenemos la convicción de que muchas veces esta "sesión chica", previa, que no figura en el aviso, pero que ordena la Mesa al comienzo de la sesión, ha superado en interés y jerarquía científica a los trabajos del Orden del Día.

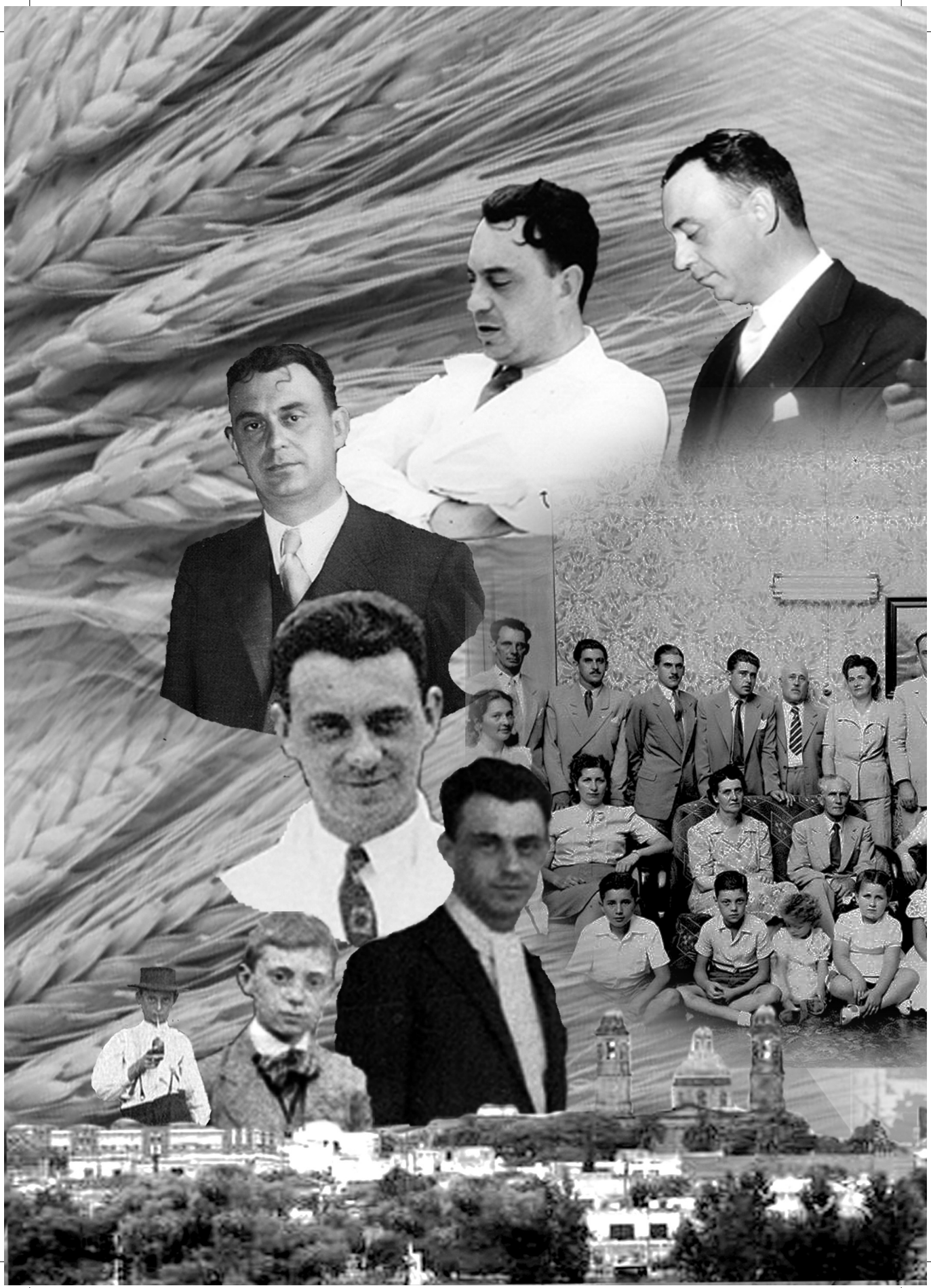
Como integrante de la Comisión Directiva, Chifflet ocupó en la Sociedad de Cirugía todos los cargos electivos. Fue dos veces Presidente: en 1941 y en 1961. También ocupó dos veces la Presidencia del Congreso Uruguayo de Cirugía, en 1955 Interino y en 1956 Titular.

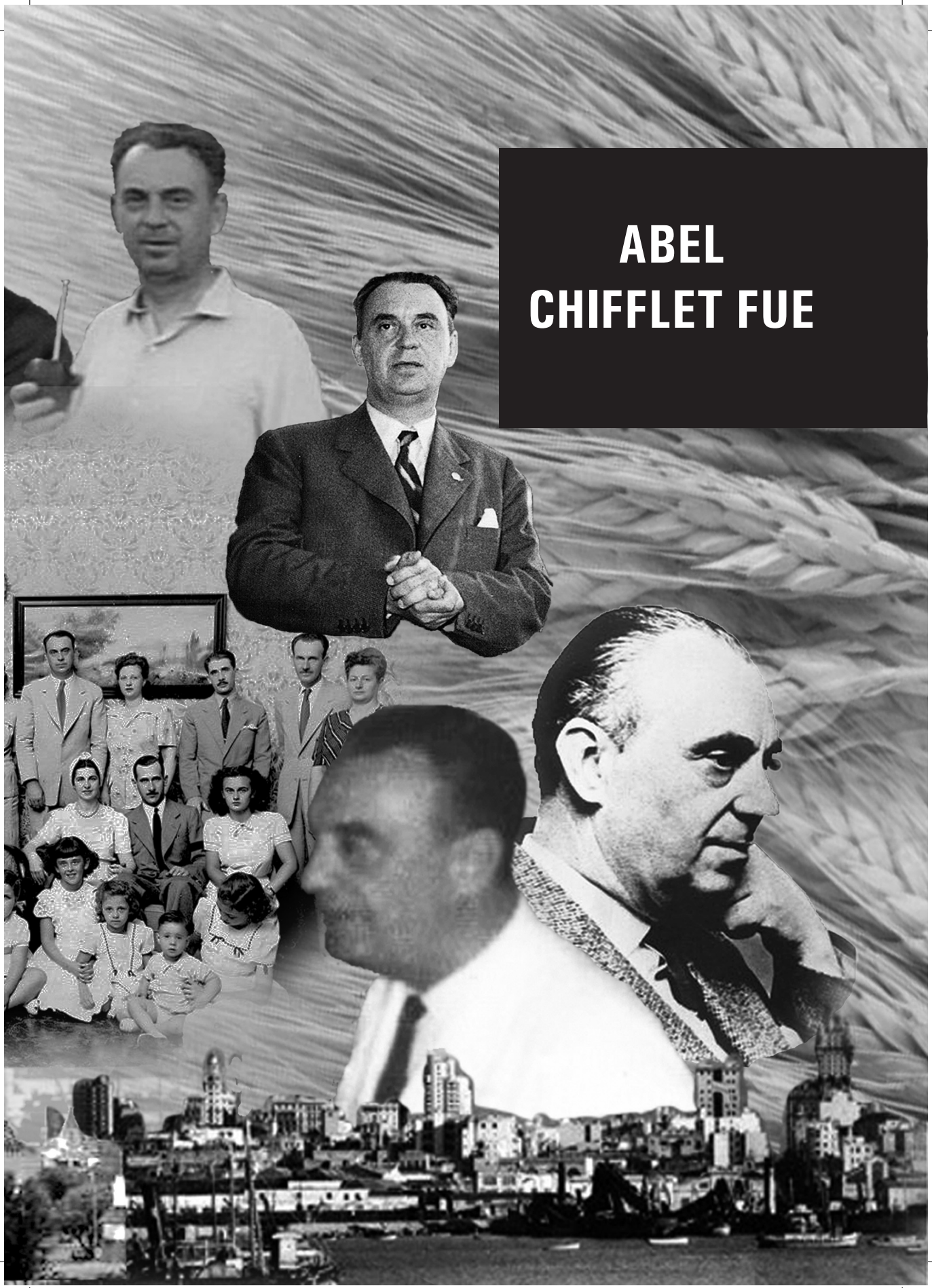
En 1950 el apoyo de Chifflet a la realización del Congreso Uruguayo de Cirugía fue decisivo. Cuando en octubre de ese año culminaban los trabajos preparatorios, la magnitud de la tarea a cumplir hizo dudar del éxito a algunos hombres de poca fe que integraban la Comisión Directiva, sosteniendo que nuestro medio no estaba preparado para tal reunión y que lo más que podríamos aspirar era a la realización de jornadas médicas o quirúrgicas. La Comisión Directiva de inmediato planteó la consulta a los

asociados. A esta sesión concurrió el Dr. Chifflet, que acababa de llegar de la reunión anual de la Sociedad Médica Quirúrgica del Oeste, expresando su opinión favorable a la realización y a la vez transmitió, como su portavoz, la firme decisión de los cirujanos del Interior, de apoyar el Congreso ofreciendo como sede la ciudad de Mercedes en caso que se decidiera no realizarlo en Montevideo.

Con él se ha ido de la Sociedad de Cirugía el hombre de ciencia, el cirujano, el mentor, pero cada uno de nosotros aquí, todavía siente que ha perdido algo personal y muy profundo en el socio, el colega, el amigo y esta ausencia trasciende en los rostros de hoy. El hombre cordial, desapasionado y justo que se inclinaba a escuchar y comprender, el colega cuya palabra todos han esperado al finalizar la presentación de los trabajos, porque era la suya una de las mejores, más sabia y ecuánime. Sólo alguna vez fue severo en la crítica, pero cuando lo hizo fue leal a su verdad, al autor y a la Sociedad de Cirugía.






ABEL
CHIFFLET FUE



# ABEL CHIFFLET FUE ...

El análisis crítico de la información objetiva reunida en los capítulos precedentes de este libro, permite concluir que Abel Chifflet fue un personaje fascinante, porque reunió condiciones que raramente se dan de manera tan intensa y equilibrada en una misma persona.

Fue un hombre observador, reflexivo, sensato y racional, que no se detenía en la etapa especulativa. Con iniciativa y determinación, proyectaba sus conclusiones en la acción, con un pragmatismo sencillo, pero profundo y eficaz. Y siempre lo mantenía celosamente dentro de parámetros éticos, posición que defendía sin concesiones cualquiera fuera el poder de quien lo confrontaba.

Su vida familiar, que siempre mantuvo en la privacidad de su característica reserva, obtuvo su caudal de dos vertientes.

Una fue la de su familia de origen, que estuvo precozmente marcada por la muerte de su padre. Desde su Soriano natal, con la referencia y guía de su madre salió adelante y, por su propio esfuerzo, logró una elevación cultural y una capacitación profesional en cuyo ejercicio alcanzó las posiciones más destacadas en Montevideo, con fuertes proyecciones a todo el interior del país. Pero no por ello debilitó los vínculos con su familia de origen, en la que como es natural se transformó en referente.

La otra vertiente fue la de su propia familia, que constituyó con amor y en la que fue esposo y padre ejemplar.

En su vida pública fue un hombre sencillo, accesible, y hasta campechano, que con su fuerte magnetismo personal y su destacable poder de convocatoria creaba expectativas. Siempre dispuesto a escuchar, daba respuestas inteligentes y meditadas, que no defraudaba a quienes se las solicitaban. En su plenitud, que alcanzó cuando todavía era bastante joven, fue un hombre respetado, dotado de una autoridad natural sin autoritarismo, cuya opinión y consejo eran muy buscados y escuchados en todos los ambientes en que actuaba.

Esa vida pública tuvo múltiples facetas: la de cirujano, científico y docente, la de gremialista, la de integrante del gobierno de la Facultad de Medicina, la de miembro de sociedades científicas, la de representante de

nuestra Cirugía en el exterior y la de ciudadano profundamente democrático.

Como cirujano, científico y docente, actuó cuarenta y tres años, de los que veinticuatro fue Profesor y diez y ocho Profesor de Clínica Quirúrgica. Integró así un valioso grupo de Profesores de nuestra Facultad de Medicina que actuaron desde la cuarta a la sexta década del siglo XX. Afortunadamente fueron muy diferentes entre sí, y entre todos tejieron la rica y particular identidad de nuestra Cirugía.

En ese grupo Chifflet representó, con un estilo propio, los valores humanos, profesionales y éticos de su época, y a ello sumó su condición de adelantado en muchos aspectos importantes de la Cirugía.

Recogió las enseñanzas de sus admirados maestros Alfonso Lamas, Luis Mondino, y Carlos Stajano. Y no sólo supo elaborarlas y enriquecerlas con sus esclarecedores aportes personales, sino que además las puso a crecer y madurar en los numerosos colaboradores que tuvo a su lado, para que éstos también crecieran, según fueran sus inclinaciones, limitando su papel a ejercer sobre ellos *"vigilancia sobre una libertad relativa."* (1)

Una actitud generosa y de grandeza, muy rara entonces, cuyo resultado fue la creación de una de las escuelas uruguayas de Cirugía. Con ella dejó una marca indeleble en la especialidad por su forma de concebirla, por su estilo de ejercerla, por la amplitud, actualización y profundidad de sus competencias, por sus resultados en términos asistenciales, de número de integrantes, y de volumen de producción científica, y por su perdurabilidad.

Por ello, es innegable que Abel Chifflet fue uno de los grandes maestros de la Cirugía Uruguaya.

Fue gremialista como estudiante en la Asociación de Estudiantes de Medicina y como médico en el Sindicato Médico del Uruguay del que fue presidente en dos oportunidades.

Como integrante del Gobierno de la Facultad de Medicina fue Delegado estudiantil, luego Delegado docente, y finalmente, entre 1946 y 1949 Decano durante las turbulencias de la puesta en marcha de un nuevo plan de estudios y de la inminente incorporación de su nuevo y gigantesco Hospital de Clínicas. En esta última cumplió un importante papel ante el poder político para que el Hospital perteneciera a Universidad.

Muchas de estas actuaciones gremiales y en el gobierno de la Facultad se cumplieron en períodos muy difíciles no sólo de la vida universitaria, sino de la vida nacional. En esta última debe destacarse su firme y permanente postura de ciudadano democrático, resumida con precisión en las palabras de Crottogini: *"su prestancia digna contra la prepotencia oficial de la época ("el apéndice de la mucama" y otros), y su firme posición y acción ciudadana contra la dictadura."* (2)

Como integrante y miembro del gobierno de sociedades científicas, propendió a ordenar su funcionamiento, y a que éstas fueran escenarios en los que se pudiera presentar la experiencia de los diversos grupos, analizarla en el plano de la razón y la neutralidad científicas, y así enriquecerse entre todos.

Y finalmente, como representante de la Cirugía Uruguaya en el exterior, cumplió un papel que la dejó muy bien conceptuada en términos de seriedad, competencia, actualización y hasta de innovación en ciertos temas como la Equinococosis, la cirugía gástrica, de la pared abdominal y del recto, no sólo en países vecinos sino en los medios quirúrgicos europeos y estadounidenses.

– – –

El propósito de esta biografía estará plenamente logrado si sus contenidos permiten a los que no conocieron a Abel Chifflet viajar hacia atrás en el tiempo, observarlo en acción, comprender sus motivaciones y aprender de ellas.

Si sirven para que quienes le conocieron, lo puedan pasar una vez más por el corazón, y reavivar recuerdos y enseñanzas que recogieron de él de primera mano y les ayudaron significativamente a crecer.

Si rinde el merecido reconocimiento y homenaje a quien tantos deben tanto, en tantas cosas, tan diferentes entre sí.

Pero, sobre todo, si despoja el árbol de su vida del follaje de lo circunstancial, y permite ver que su tronco es resistente y vigoroso.

Porque constituye un modelo intemporal de actitudes éticas, inteligentes, actualizadas, pragmáticas y generosas de un cirujano, de un científico, de un docente, de un universitario y de un gremialista, ante los variados desafíos que en su época le plantearon sus actividades.

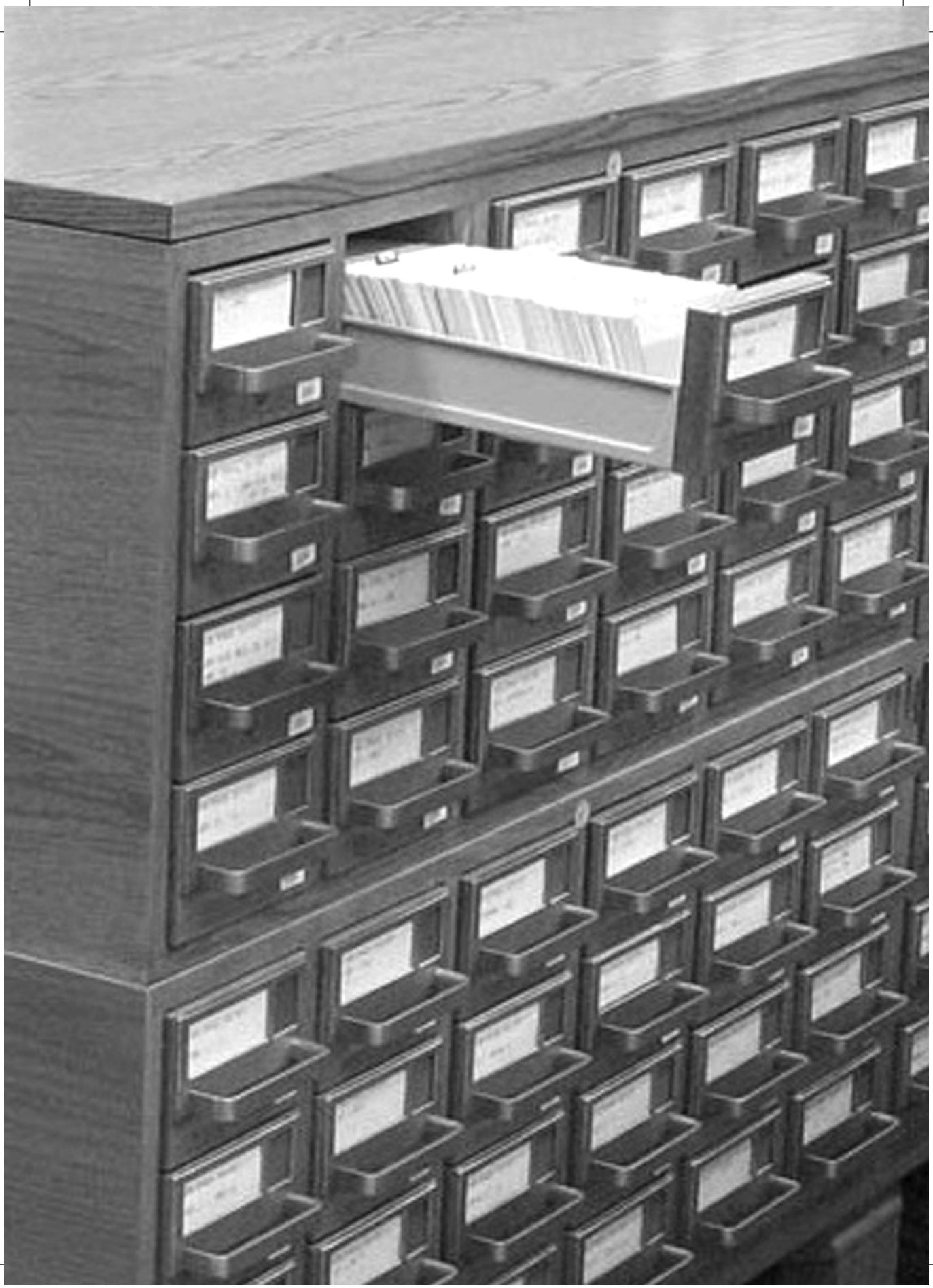
En el modo de ver a Abel Chifflet que el autor de esta biografía tiene después de realizado este análisis, ese tronco es precisamente lo que constituye la esencia de su legado.

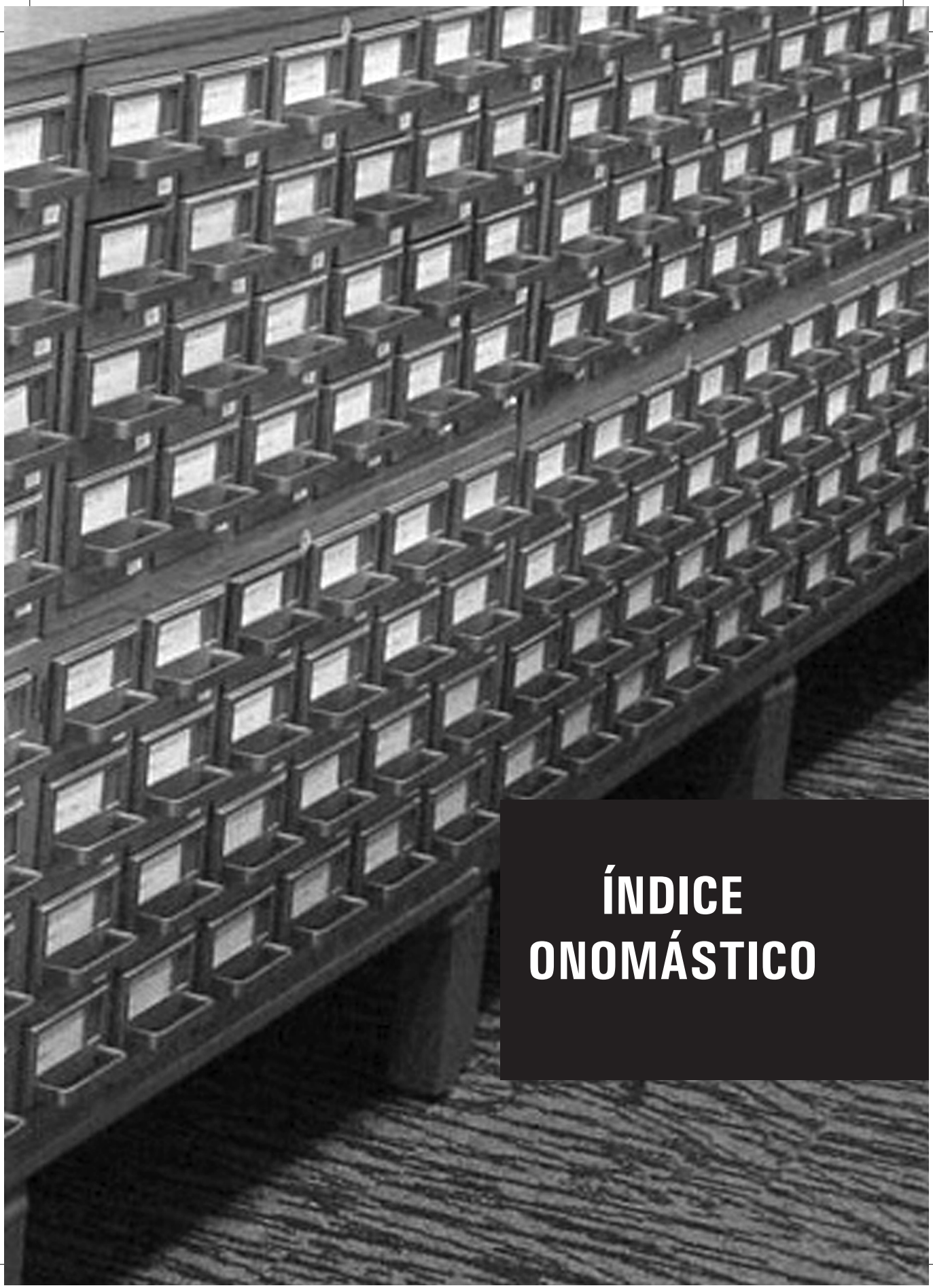
## Referencias bibliográficas

**1. - Chifflet A.**
VIIº Congreso Uruguayo de Cirugía. Discurso Inaugural.
Montevideo. 1956. págs 7-11.

**2.- Crottogini J.J.**
Carta a Martha De Lodron de Chifflet
16 julio de 1976.







# ÍNDICE ONOMÁSTICO



# ÍNDICE ONOMÁSTICO

**Nota.**

Los diversos aspectos de interés sobre Abel Chifflet contenidos en este libro, son fácilmente localizables en el índice general y el sumario y los subtítulos de cada capítulo.

Este índice se ha limitado a los nombres completos de personas contenidos en el texto, o sólo en las leyendas de las fotografías, y ha dejado de lado los de instituciones, lugares, objetos o episodios.

**A**


| | |
|---|---|
| Abó, Juan C. | 15, 222,444 |
| Acevedo, Eduardo | 98 |
| Achard, Arturo | 205, 447 |
| Agorio, Leopoldo | 298,303, 474 |
| Aguiar, Alberto | 238, 240, 326, 333,346, 367, 464, 493, 527, 545, 546, 595, 597 |
| Albo, Manuel | 131, 132, 155,167, 189, 190, 248, 321, 324, 584, 664, 712, 713, 714, 715 |
| Alonso Suárez, Pedro | 325 |
| Álvarez, Hermógenes | 209, 463 |
| Álvarez, Walter | 394 |
| Ambrosoni, Manuel | 213, 305, 315 |
| Amorín, Carlos | 260, 262, 276, 301, 302, 315, 316 |
| Amorín Cal, Raúl | 353, 366, 596 |
| Anavitarte, Eduardo | 332, 346, 366, 545 |
| Andreón, Emilio | 157, 167 |
| Androssov, P.Y. | 379, 380 |
| Antognazza, Juan | 449 |
| Apolo, Enrique | 463 |

Arana, Pedro 433
Arana Iñíguez, Román 52, 167, 273, 274, 550
Ardao, Arturo 273
Ardao, Héctor 14, 52, 95, 112, 115, 118, 186, 219, 227, 231, 240, 273, 313, 331, 337, 344, 346, 365, 367, 378, 381, 398, 437, 439, 440, 446, 447, 463, 493, 500, 502, 507, 513, 545, 595, 720, 723
Arias Bellini, Manuel 326
Armand Ugon, Víctor 21, 52, 186, 208, 278, 304, 435, 436, 507
Arocena, Alfredo 229
Arrizabalaga, Gerardo 132, 164, 247, 324
Arsuaga, Julio 463
Artagaveyta, Mario 205
Artigas, José 112
Artigas, José Gervasio 68, 147, 228,236, 312
Artigas, Rincón 112
Asiner, Boris 444
Auer, John 506

**B**

Babcock, W. Waine 531
Bacon, Harry E. 531
Bado, José L. 206,207,414, 416, 418
Baethgen, Raúl 426
Balbín González Vallejo, Juan 228
Barani, Julio C. 326
Barragán, Walter 441
Barrios, Elsa 215
Barros, Almerindo 411
Bastos Pelzer, Ricardo 433, 436

Batlle Berres, Luis 218, 278, 302, 303, 304
Batlle Ibáñez, Jorge 218, 304
Batlle y Ordóñez, José 74, 75, 98, 157, 158
Batto, Irma 214, 273
Bauer, Ludolph 498
Belloso, Rogelio A 35, 52, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 326, 413, 464
Bengochea, Luis 448
Bennati, Diamante 219
Bermúdez, Oscar 186, 248, 274
Berreta, Tomás 277, 288, 298
Billrroth, Theodor 154
Blanco Acevedo, Eduardo 45, 58, 136, 163, 164, 165, 166, 204, 205, 207, 208, 209, 247, 248, 249, 251, 283, 286, 288, 290, 303, 314, 324, 326, 407, 408, 419, 420, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637
Bombet, Ricardo 413
Bonaba, José 131, 504
Bonavita, Eugenio 361
Bonavita, Luis 13, 347, 349, 361, 595, 597
Bordoni Pose, César 131, 136, 417, 420, 428, 686
Borrás, Antonio 15, 137, 255 259, 266, 359
Bosch Del Marco, Luis M. 445, 447
Bossano Bozzo, Mario 202, 213, 325, 332, 346, 546, 595
Bottero, Virgilio 419, 430, 431
Brea, Mariano 447
Brizola, Leonel 217
Brum, Alfeo 312

Brum, Baltasar 163, 407, 630, 633, 635
Buño, Washington 219, 278
Burghi, Salvador E. 120
Burlingame, Charles C. 282, 283
Burnett, Emery 175, 394
Butler, Carlos 282, 430

**C**

Cabrera, Rodolfo 241
Calcagno, Bartolomé N. 519
Caldeyro Barcia, Roberto 209
Calo, Artemio 89
Calo Chifflet, Carolina 82, 89, 116, 236, 395
Calo Chifflet, Cecilia 89
Came, Suisse 81
Cames, Oscar J. 337, 378, 381, 513, 520
Campos, José María 99
Canessa, Juan Francisco 20, 132, 136, 547
Canzani, Alfredo 205
Cañellas, Antonio 213, 221, 342
Capandeguy, Enrique 47, 563
Capdehourat, Pedro 203
Caprio, Gerardo 186, 563
Carbonelli, Eduardo C. 421
Cardona, Familia 73
Cardoso Etcheverry, José P. 52, 58, 112, 293
Caritat, Ricardo 52, 249, 328
Carlevaro, Pablo F. 435
Carnelli, Lorenzo 58
Carrasco, Salvador S. 228
Casas, Amílcar 413
Cassinelli, Daniel 13, 347, 353
Cassinelli, Juan F. 213

Cassinoni, Mario 52, 58, 110, 111, 153, 192, 240, 260, 284, 285, 289, 296, 301, 303, 305, 315, 433
Castells, Constancio 421
Cendán, Juan 461, 529, 578
Cerruti, Norberto 52, 54, 55
Chelle, Zoilo 449
Chertkoff, Leon 341
Chifflet, Claude 80
Chifflet, Donato 81
Chifflet, Edouard 82
Chifflet, Enrique 66
Chifflet, Jean 80
Chifflet, Jean Jacques 80
Chifflet, Jules 81
Chifflet, Laurent 81
Chifflet, Philippe 81
Chifflet, Pierre François 81
Chifflet Came, Angèle 81
Chifflet Came, François 81
Chifflet Came, Jean Guillaume 66, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 95, 106
Chifflet Costa, Carlos 39, 100, 221, 334, 460
Chifflet De Lodron, Daniel Eduardo 234
Chifflet De Lodron, Familia 227, 232,
Chifflet De Lodron, Juan Albérico 13, 93, 234, 460
Chifflet De Lodron, Martha Susana 234
Chifflet De Lodron, Sonia 82, 93, 234
Chifflet Gil, Horacio 91
Chifflet Gil, Ileana 91, 235, 236
Chifflet Goteland, Donato 57, 66, 82, 85, 87, 100, 106, 136, 195, 221
Chifflet Goteland, Francisco 82, 85, 87, 100, 106

Chifflet Goteland, Juan 86, 87, 88, 89, 93, 106
Chifflet Goteland, Therèse 82
Chifflet Goteland de Ruggia, María Marta 86, 87, 100, 106
Chifflet Gramática, Armando Ramón 89, 91, 95, 96, 99, 106, 107, 108, 111, 116, 243
Chifflet Gramática, Ernesto Alejandro 89, 107, 243
Chifflet Gramática de Calo, Nilda Paulina 89
Chifflet Gramática de Ubillos, Amelia G. 89, 242
Chifflet Ruggia, Carlos 57, 75
Chifflet Ruggia, Julio 100
Chifflet Teliz, Elena 89
Chifflet Teliz, Graciela 89
Chifflet Zerboni, Guillermo 84
Chizzola, Manlio 238, 346, 347, 350, 595, 597
Christmann, Federico E. 447
Churchill, Edward 154
Comas, Enrique 47
Cope, Oliver 56, 175
Coryllos, Pol N. 175, 711
Correa Bas, Laureano 325, 334
Cossio, Valentín 112
Cotting, William 394
Couvelaire, Alexandre 567
Crestanello, Francisco A. 19, 21, 354
Crottogini Darré, Juan J. 44, 52, 58, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 122, 240, 260, 283, 301, 316, 436, 732
Cruz Goyenola, Lauro 112, 301, 315
Cubas, Luisa 215
Cunha, Juan 398
Cushing, Harvey 705
Czerny, Vincenz 154

**D**


| | |
|---|---|
| Da Silva, Erlinda | 215 |
| Darwin, Charles | 66 |
| De Chiara, Juan C. | 463, 720 |
| De Gaulle, Charles | 219, 220 |
| De Lodron de Chifflet, Ada Martha | 232, 234, 284 |
| De Lodron, Albérico | 231, 232 |
| De Lodron, Familia | 231, 234 |
| De Lodron, Gladys | 232 |
| De Lodron, Iris | 232 |
| De Lodron, Perla | 232 |
| De los Santos, María A. | 14 |
| De Pena, Prudencio | 136, 205 |
| De Russomando, Tessa | 200 |
| De Santiago, Ramón | 66 |
| De Sica, Vittorio | 87 |
| de Souza, Irineu Evangelista (Barón de Mauá) | 69 |
| Del Campo, Alberto | 14, 346, 347, 350, 365, 366, 379, 495, 595, 597 |
| Del Campo, Juan Carlos | 21, 157, 167, 186, 196, 199, 205, 248, 258, 260, 262, 263, 314, 344, 358, 365, 366, 379, 398, 447, 499, 506, 510, 511, 512, 529, 539, 545, 573 |
| Del Carril, Hugo | 87 |
| Delfino, Pedro | 631, 632, 633, 635, 636, 637 |
| Delgado Pereira, Bolívar | 202,346, 347, 350, 439, 463, 495, 514, 595, 597 |
| Dell'Oca de Fernández, María | 447 |
| Demaestri, Pedro | 299 |
| Dentone de De Lodron, Ana Ada | 232 |

Devé, Félix 46, 56, 394, 395, 504, 509, 510, 511, 512, 515, 724
Devincenzi, Garibaldi 132, 167
Di Bello, Raúl 213
Díaz, Felipe 347, 352
Dieguez, Josefa 215
Dodero, Alberto A. 206, 207, 208, 210, 211
Dos Reis Neto, José A. 535
Duarte de Perón, Eva 206
Dubost, Charles 154
Dunhill, Thomas 154
Durandeau, Pierre 229
Durante, Arturo 189

**E**

Ébole, Obdulia 463
Elena, Esteban 229
Escande, Carlos 463
Escansana, Carmen 215
Escardó y Anaya, Víctor 130
Estable, José 113
Estol, Julio C. 420
Etchegorry, Fernando 167, 529, 586
Etchegoyen, Martín 632

**F**

Farabeuf, Louis H. 249,437, 573, 654
Favaloro, René 459
Fernández, María Elena 335
Fernández Chapela, Alberto 249
Fernándes Oria, Walter 342
Ferrari, Carlos 325
Ferrari, José María 14, 256, 257
Ferrari, Luis 73

Fiandra, Orestes 459
Finney, John 154
Finochietto, Hermanos 577
Finsterer, Hans 154, 340
Folle, Juan 276
Forrisi, Carlos 393
Fosalba, Carlos M. 419, 430, 431, 433
Fossati, Américo 205, 256
Franz, Leland 174
Fredet, Pierre 154
Fregeiro, Julio Osvaldo 347, 351, 551, 595, 597
Fresnedo Siri, Román 211
Frugoni, Emilio 58, 112, 218, 419, 421, 424
Fulquet, Eugenio 164, 260, 274, 284, 285, 286
Funcasta, Daniel 15
Furiato, Nelsa 345

**G**

Gabriel, Teresita 215
Gaggero, Atilio 413
Galarza, Pablo 75
Galarza Fleitas, Leopoldino 75
Galli, Miguel A. 210, 326
Gallinal, Alberto 218
Gaminara, Ángel 130, 204, 277, 278
Garat, José 202
Garat, Ruben 325
García Austt, Elio 94, 293, 305, 315, 417, 419, 420, 421, 424
García Capurro, Federico 305, 326
García Capurro, Rafael 441
García Lagos, Horacio 157, 164, 210, 304, 324, 432

García Otero, Julio 184, 257, 258, 260, 262, 263, 264, 267, 271, 273, 278, 283, 284, 291, 305, 331, 429
García Pintos, Salvador 293
García Russich, Walter 333, 346
Garmendia, Francisco 94
Gary, Ruben 213, 276
Gil de Chifflet, Maruja 91
Gil Pérez, Juan 14
Gil, Felipe 284
Gili, Elsa 15, 215
Goldie, Julio C. 208
Gómez Fossati, Carlos 47, 247, 354, 460, 461, 597
González, Araceli 215
González, Justo F. 130
González, Manuel 74
Gordon, Amoroso, Bazzano y Oliva 214
Gordon, Juan Carlos 325, 334
Gortari, Eduardo 205
Goteland, Paulina 66, 81, 82, 85, 106
Goulart, Joao 217
Graham, Evarts 507
Gramática de Chifflet, Carolina 87, 88, 89, 93, 95, 106, 107
Gramática de Simonselli, Concepción 87
Gramática de Ubillos, Luisa 87
Gramática de Ubillos, Rosa 87
Gramática, Emma 87
Gramática, Inocencio 87
Gramática, Pablo 87
Grégoire, Raymond 567
Grezzi, Roberto 351

Grolero, Familia 231
Grolero, Mario 167
Gross, Robert 190
Grunwald, Iszo 334
Guastavino, Familia 69
Guglielmone, Oscar 235, 249
Gutiérrez Blanco, Horacio 213

**H**

Haedo, Eduardo V. 449
Halsted, William S. 172, 705
Harretche, Martín 347, 352
Henderson, Mary 709
Herrera, Luis Alberto 218, 632
Herrera Ramos, Fernando 52, 213, 219
Hormaeche, Estenio 130, 418, 419, 420, 412, 425
Hughes, Frank 47, 52, 209, 210, 213, 214, 215, 326, 345, 367
Hughes, Sarita 215

**I**

Ibáñez de Batlle, Matilde 218
Iraola, José 94, 132, 167, 205
Irigoyen, Roberto 112

**J**

Jackson, Chevalier 173, 174, 394, 506
Janeway, Henry 154
Jarpa Orrego, Santiago 529
Joll, Cecil 154

**K**

Karlen, Máximo 441, 529

Kasdorf, Helmut 527
Kingsley, Shirley G. 109
Kraske, Paul 531

**L**

Labrot, Jorge 257, 325, 336
Labrota, Adolfo 413
Lamas, Diego 326
Lamas Delgado, Alfonso 20, 21, 67, 79, 132, 133, 136, 148, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 167, 188, 190, 204, 257, 304, 317, 324, 410, 411, 418, 430, 458, 500, 502, 503, 507, 508, 509, 510, 518, 547, 562, 573, 576, 584, 592, 599, 648, 649, 678, 691, 714, 724, 732
Lamas Pouey, Enrique 186
Langenbuch, Carl 154
Lanza, Aquiles 213, 219
Larghero Ibarz, Pedro 21, 167, 186, 192, 199, 205, 206, 208, 274, 314, 315, 325, 344, 446, 447, 495
Larrañaga, Dámaso A. 69
Larre Borges, Uruguay 14, 346, 347, 349, 495, 594, 595, 597
Lasnier, Eugenio 130, 278, 507, 724
Latourrete, Federico 15
Launy, Stella 14
Leland, Franz 174
Lenguas, Luis P. 20, 132, 167, 204
Leonard, Pedro 86
Leriche, René 56, 510

Leroux, Roger 314
Lewis, Dean 172
Liesegand, Werner 52
Liguori, Hugo 335
Llopart, Juan 52,326, 461, 517
Lorenzo, Juan Carlos 189
Lorenzo y Lozada, Humberto 192
Lucas, José 202, 347, 352, 596
Lussich, Arturo 131, 158, 205

**M**

Maggiolo, Ángel C. 130
Magnone, Pedro 413
Magri, Ricardo J. 214, 326
Mañé Garzón, Fernando 14, 19
Maquieira Argenzio, Gonzalo 13, 202, 213, 238, 346, 347, 348, 361, 381, 439, 458, 461, 514, 520, 595, 596, 597
Marella, Muzio 447, 520
Martínez Nieto de Britos, Luisa 200
Martínez, Luis 413
Martínez, Walter 94,205
Martínez Oyanguren, Julio 56
Martínez Prado, Gilberto 192,208,214, 328, 367
Martínez Trueba, Andrés 312
Martirené, José 130, 135
Mason Sones, Frank 459
May, Ambrosio 136
May, Humberto 136, 195, 219, 651
May, José 449
Mayo, Charles H. 155, 172, 638
Mayo, William J. 172, 638
Mayo, William W. 646

Mazza, Milton 14, 347, 353, 357, 367, 465, 594, 595, 596
Meltzer, Samuel 506
Mernies, Germán 52, 112, 208, 240, 328
Mérola, Lorenzo 189, 204, 247, 248, 324, 563, 566, 599, 651
Mérola Sóñora, Lorenzo 328
Merrill, John 154
Mesa, Guillermo 354
Mezzera, Denise 215
Mezzera Álvarez, Julio R. 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 332, 346, 461, 462, 595
Mezzera Scaglia, Rodolfo 207, 407
Michaud, Monona 215
Mieres Frías de Brum, Blanca 630
Mihanovich, Nicolás 73, 75, 206
Miles, William 154
Mondino, José 20
Mondino, Luis 20, 132, 156, 157, 158, 159, 204, 257, 507, 508, 509, 599, 649, 678, 714, 724, 732
Mondor, Henri 567
Monzani, Aquiles 229
Morelli, Juan B. 418, 419, 632
Morelli, Juan E. 630, 633, 635, 637
Morquio, Atilio 316
Morquio, Luis 418, 421, 504, 678
Morton, Dudley J. 173
Moyniham, Berkeley G.A. 158
Mozart, Wolfgang A. 231
Muñoz, Margot 215, 222
Muñoz Monteavaro, Cándido 192, 367, 368, 518, 569
Murguía, Carlos 165, 260, 262

Murphy, John B. 705
Mussio Fournier, Juan C. 417, 420, 421, 424, 425
Musso, Romeo 189

**N**

Nario, Clivio 157, 248, 286, 314, 315, 585
Naunton Morgan, Clifford 529
Navarro, Alfredo 275
Navarro Benítez, Alfredo 125, 131, 132, 133, 140, 155, 166, 183, 186, 204, 205, 247, 248, 256, 264, 315, 324, 418, 419, 495, 547, 552, 582, 651, 678
Nieto, Manuel B. 20, 119, 132, 205, 324, 507
Nin Avelleira, Conrado 221, 234
Nin y Silva, Julio 52, 155, 273, 321, 324
Nissen, Rudolph 154, 507
Nowinski, Aron 284

**O**

Oliver, Jaime H. 20, 248
Onassis, Aristóteles 206, 207
Ordeig, José 229
Ormaechea, Carlos 202, 332, 336, 346, 379, 438, 516, 594, 595
Osorio, Rodolfo 413
Otero, José Pedro 112, 314

**P**

Pacheco, Manuel 205
Palma, Eduardo 186, 209, 210, 220, 248, 274, 344, 437, 585
Paperán, Juan A. 577

Parodi Samonati, Hernán 213, 249, 325, 333, 346, 595
Payseé, Camilo 94, 432
Péan, Jules Emile 154
Pelfort, Conrado 435
Penino, Federico 15
Pereira, Orlando 296
Pereyra Bonasso, Jorge 352, 595, 597
Pereyra Semenza, Jorge 345
Pérez, Juan M. 228
Pérez Fontana, Velarde 21, 167, 196, 205, 247, 248, 315, 316, 321, 325, 541, 562, 573, 630
Perón, Juan D. 206
Pertusso, Juan Carlos 352, 596
Piaggio Blanco, Raúl 192, 393, 575
Pico, José Luis 463
Picos, Elsa 215
Piñeiro, José 353
Piquinela, José 157, 314, 315, 316, 344, 365, 585
Piria, Francisco 116, 229
Plá, Juan Carlos 220, 368, 569
Poletti, Heraldo 463
Porsiris de Gramática, María 87
Posadas, Alejandro 507
Pou Ferrari, Ricardo 14
Pou Orfila, Juan 131, 136, 205, 278
Pouey, Enrique 136, 188, 189, 190, 205, 247, 409, 410, 414, 415, 416, 584, 599, 600, 720
Praderi, José A. 271, 272
Praderi, Luis A. 213, 325, 334, 346, 594, 595, 597

Praderi, Raúl C. 14, 248, 346, 347, 348, 463, 495, 594, 595, 597
Pradines, Jorge 448
Prat, Domingo 132, 157, 167, 190, 205, 248, 315, 324, 429, 440, 441, 495, 510, 512
Pringle, James H. 563
Pugnalin, José 20, 156, 157, 247, 599, 600
Purriel, Pablo 52, 58, 270, 291, 342, 343, 344, 367, 368, 369, 394, 398, 458, 500, 504, 505, 507

**Q**

Quintela, Ernesto 136, 205, 248, 324
Quintela, Manuel 125, 130, 133, 205, 248, 249, 282, 283, 288, 662, 663

**R**

Ramstedt, Wilhem 154
Ravdin, Isidor S. 154
Ravecca, Francisco 205
Ravera, Juan J. 343
Regules, Elías 65, 94, 243, 247, 264, 630, 636, 637
Ricaldoni, Américo 205, 275, 678
Rius Boutevilain, Mario 213
Rives, Saturnino 72
Rizzi, Milton 14, 314, 463
Rodríguez, Nery 215
Rodríguez Fabregat, Enrique 219
Rodríguez Juanotena, Jorge 444
Rodríguez López, Manuel 205, 207
Rodríguez Queirellac, Ariel 462, 463

Roglia, José Luis 111, 361
Rosello, Héctor J. 46, 130, 205, 283, 406, 408, 410, 420, 423, 425, 426, 427, 428, 429, 430
Ruano de Schiaffino, Amelia 203
Rubio, Roberto 444
Ruggia, Ángel 86, 100
Ruggia, Clementina 57, 100, 221
Ruggia Robatti, Juana 136

**S**

Sagario, Beatriz 345
Saldaña, Ricardo 595, 597
Salveraglio, Federico 305
Salvo de Chifflet, Petrona 100
Sánchez, Florencio 96
Sánchez Puñales, Soledad 284
Sanguinetti, Carlos 277, 463
Sanguinetti, Julio M. 218
Santos, Máximo 237
Saravia, Aparicio 74, 157, 158
Sauerbruch, Ernst F. 506
Sbárbaro, Orestes 351, 595, 597
Scandroglio, Juan J. 571
Schenone, Héctor 448
Schiaffino, Rafael 203, 432
Scoseria, José 130, 264, 270, 418, 419, 670, 679
Scremini, Pablo 175
Seldinger, Sven I. 459
Selye, Hans 498
Shirey, Earl K. 459
Sicco, Antonio 94, 237, 239, 257, 260, 281, 286
Sierra, Jorge 284

Silva Gaudín, Euclides 14, 306, 463
Silva, Celso 14, 350, 495, 597
Silveira, Cesalino 447
Simeto, Mario 432, 433
Simonselli, Dioniso 87
Soriano, Víctor 547, 548
Soto Blanco, Juan 186, 249, 315, 316, 326, 344
Souchet, Familia 85
Stajano, Carlos 131, 133, 136, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 207, 208, 209, 227, 256, 280, 305, 314, 315, 317, 319, 322, 324, 336, 342, 344, 345, 382, 417, 418, 419, 421, 424, 425, 437, 463, 494, 495, 509, 540, 550, 562, 569, 576, 599, 656, 657, 720, 732
Stirling, Ernesto 165, 260, 315, 316
Suárez, Hamlet 52, 157, 163, 240, 630, 631, 632, 633, 636, 637
Suárez, Joaquín 237
Suárez, Raúl A. 326
Suárez Meléndez, José 52, 189, 199, 448
Suiffet, Walter 189, 519, 571, 585
Sureda, Francisco 413
Surraco, Carlos 283
Surraco, Luis 133, 207, 210, 266

**T**

Tabárez, Helvecio 290, 296, 301

Tálice, Rodolfo 56, 219, 260, 262, 274, 275, 276, 277, 285, 286, 296, 315, 316, 413, 550
Teliz de Chifflet, Cornelia 89
Terra, Gabriel 148, 163, 164, 283, 406, 419, 422
Thays, Charles 109, 229
Tilney, Nicholas 498
Tiscornia, Rodolfo 137, 165, 260, 261, 433
Tornaría, Mario 459
Turenne, Augusto 131, 264, 276, 418
Turnes, Antonio 14, 118, 284, 629

**U**

Ubillos, Antonio 89
Ubillos, Francisco 87
Ubillos, Hilario 87
Ubillos Chifflet, Alberto 89
Ubillos Chifflet, Carlos 89
Ubillos Chifflet, Javier 89
Ubillos Chifflet, Juan Antonio 89, 202, 235, 325
Ubillos Chifflet, Thamar 89
Ubiría, María Elena 215
Uros, Antonio 413
Uteda, María E. 463

**V**

Valdez, Humberto 413
Valenzuela, Cecilia 14
Valls, Alberto 444
Varela, José Pedro 260, 276, 280, 289, 294, 297, 298, 474, 475
Varela Fuentes, Benigno 448
Varela Soto, Ruben 202, 333, 336, 346, 438, 516, 546, 595

Vavasseur, Pierre 203
Vázquez Acevedo, Alfredo 407
Vázquez Rolfi, Domingo 208
Vecino, Ricardo 432
Vega, Dardo 326, 447
Vigil Sóñora, Eduardo 444
Vignale, Bartolomé 315, 316
Vignolo, Washington 135
Villaboa, Enrique J. 463
Villar, José I. 213, 221, 326
Viola Peluffo, Julio 367, 527

**W**

Waksman, Selman 56, 215, 217, 218, 220, 496
Walterkirchen, Max 326, 340, 447
Warsestein, Moisés 520
Williman, Claudio 130
Wilson, Eduardo 14, 284

**Y**

Yannicelli, Ricardo 157, 429, 433
Yódice, Arnaldo 529
York Mason, Aubrey 531

**Z**

Zamora Artois, Abel I. 94, 95, 119
Zanzi, Luis A. 449
Zerbino, Víctor 347, 351
Zubiaurre, Leandro 213, 563




Octubre, 2012. Depósito Legal Nº. 360.395 / 12
w w w . t r a d i n c o . c o m . u y