

ANTONIO L. TURNES

EL *CHUMBO* RÍOS

ÉTICA, CORAJE Y HUMANIDAD

GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO
(1928-2004)



Ediciones Granada



Imagen de contratapa: *La tribu de Aser.* (Las doce tribus de Israel), 1960-1962. Vitral, 338 x 251 cm. Jerusalén, Sinagoga del Centro Médico de la Universidad Hebrea de Hadassah



Ediciones Granada

ISBN: 978-9974-99-XXX-X

Primera edición – Setiembre de 2013

EL CHUMBO RÍOS. Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004)

© **Antonio L. Turnes**

Contacto: Antonio L. Turnes

alturnes@adinet.com.uy

José Ellauri 868. Apto. 202

C.P: 11.300

Montevideo - Uruguay

Queda hecho el depósito que ordena la ley

Impreso en Uruguay - 2013

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 del autor.

Diseño gráfico del libro y la tapa:  Augusto Giussi



GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO
(1928-2004)

[Handwritten signature]

ÍNDICE

Agradecimiento	11
Prólogo	13
Introducción	19
Antecedentes y formación	21
El anatomista	31
El cirujano	63
La emergencia	93
Larrey y la atención de emergencia	143
La muerte de León gambetta	179
El médico forense	201
Actuación gremial y universitaria	225
El humanista	233
El homenaje	257
Recuerdos de familia	275
Recuerdos de Jorge Gerez	305
Recuerdos de Enrique Barmaimon	313
Testimonios y recuerdos	341
Bibliografía de Guaymirán Ríos Bruno	385
Epílogo	389
Anexo I	393
Anexo II	415
Índice onomástico	429



ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΟΡΚΟΣ. HIPPOCRATIS IUSIVRANDVM.



Ο ΜΝΥΜΙ' Απόλλωτα ἰσχύει καὶ
Ἀσκληπιόν' καὶ Ὑγίαν καὶ Παιά-
κην, ἐν τοῖς πόσι καὶ πάσι, ἴσο-
ς παίδευστος, ὅππτελέα ποιήσῃ
καὶ δώσωμι καὶ κρίσι ἐμῇ, ὅρκον
ποιεῖν ἐν ὑγροφίᾳ τῷδε. ἢ γήσα-

σθαι μὲν τ' διδάξασθαι μετ' ἐπὶ τῷ γένει τῷδε, ἢ ἴσα θύε-
ταισι ἐμῶσι, καὶ βίον χρυσόσσομαι καὶ χρυσὸν χρυσήσῃ
μετὰ δόσιν ποιήσασθαι. καὶ θύοις ὁ δὲ ἐμῶν τέων, ἀδελ-
φαῖς ἴσον ἔπαιον ἄρρην. καὶ διδάξῃ τῷ γένει τῷδε.
τῷδε, ἐν χρυσῷ μισθῶναι, ἢ αἰδομένοσδε καὶ ἐν ὑγρο-
φίᾳ. ἢ ἀφ' ἐλπίδος καὶ ἀκροήσεως, καὶ τῆς λοιπῆς ἀ-
πάσης μαθήσεως, μετὰ δόσιν ποιήσασθαι τοῖς ἐμῶσι,
καὶ τοῖς τῷδε διδάσκαλοις. καὶ μετὰ τῷδε συγγράμα-
τόν ποιεῖν, καὶ ὑπεκρίνοισι νόμον ἰπποκράτει. ἄλλω δὲ ὁ δὲ
ἢ, διατήμασι τε χρῆσθαι, ἐπ' ὡφελείᾳ καμνόντων καὶ
δωῶμι καὶ κρίσι ἐμῇ. ἢ ἐπὶ δηλοσὶ δὲ ἐν ἀδικίᾳ εἰρ-
ξῆναι. ἢ ὡς δώσω δὲ ὁ δὲ φάρμακον ὁ δὲ ἐν αἰτησίᾳ, θα-
λάσῃ. ὁ δὲ ἐν φηγήσῃ ἐν μόνον τῷδε. ἢ ὡς
δὲ ὁ δὲ γυναικὶ πρὸς φθόρον δώσω. ἀγρῶς δὲ καὶ ὁ δὲ
σιωπῶς ὁ δὲ γυναικὶ βίον τὸν ἐμῶν καὶ τῷ γένει τῷδε ἐμῷ.
ὡς πῶς δὲ ὁ δὲ μὲν λιγυρῶς. ἢ ἀγρῶς δὲ ἐργά-
ταισι αἰδράσι κορυφίᾳ τῷδε. εἰς οἰκίαν δὲ ὁ δὲ αἰδρῶς
ἐμῷ, ἐπὶ ἀδελφότητι ἐπ' ὡφελείᾳ καμνόντων, ὁ δὲ πῶς ὡς
πάσι ἀδελφῶν καὶ φθόρον τῷδε τῷδε ἄλλω. καὶ
ἀφροδίτῃ ἐργῶν, ὅτι τῷ γυναικῶν σωμῶν. καὶ αἰ-
δρῶν, ἐλδοῦναι τῷδε καὶ δούλῳ. ὁ δὲ αἰδρῶς ὁ δὲ περὶ
ἡδονῆς, ἢ ἀγρῶς, ἢ αἰδρῶς ὁ δὲ περὶ τῷδε βίον αἰδρῶς
πῶς, ἢ μὴ χρῆσθαι ἐν ἀγρῶς ἐμῷ, στήσῃ καὶ ἄρ-
ρησῇ καμνόντων ἐπὶ τῷδε βίῳ. ὁ δὲ πῶς ὡς
ἐπὶ τῷδε ποιήσῃ, καὶ μὴ χρῆσθαι, εἰς ἐπὶ τῷδε
καὶ βίον ἐμῷ, ὁ δὲ ἀδελφῶν καὶ πῶς αἰδρῶς
εἰς τὸν αἰδρῶν. ὁ δὲ ἀδελφῶν καὶ πῶς αἰδρῶς
καὶ τῷδε τῷδε.



P Ex Apollinem Medicum, & A-
sculapium, Hygiamque & Pana-
ceam iureiurando affirmit, & Deos
Deasque omnes testor, me quantum
viribus & iudicio valuerō, quod
nunc iuro, & ex scripto spondeo
placere observaturū. Præceptorem

quidem qui me hanc artem edocuit, parentum lo-
co habiturum, eique cum ad victum, tum etiam ad
vsum necessaria, grato animo communicaturum &
suppeditaturum. Eiusque posteros apud me eodem
loco quo germanos fratres fore, eosque si hanc artem
addiscere volent, absque mercede & syngrapha e-
dociturum. Præceptionum quoque & auditionum,
totiusque reliquæ disciplinæ, cum meos & eius qui
me edocuit liberos, tum discipulos qui Medico iu-
reiurando nomen fidemque dederint, participes fa-
ciaturum, aliorum præterea neminem. Victus quoque
rationem, quantum facultate & iudicio consequi po-
tero, ægris vtilem me præscripturum, eosque ab omni
noxia & iniuria vindicaturum. Neque cuiusquam
precibus adductus, alicui medicamentum lethale propi-
nabo, neque huius rei author ero. Neque simili ra-
tione mulieri pessum subdititium ad scetum corrup-
tendum exhibebo: sed castam & ab omni scelere pu-
ram, tum vitam, tum ætatem meam perpetuo præsta-
bo. Neque verò calculo laborantes secabo, sed magi-
stris eius artis peritis id muneris concedam. In quan-
cunque autem domum ingressus fuero, ad ægrotan-
tium salutem ingrediar, omnem iniuriæ inferendæ &
corruptelæ suspensionem procul fugiens, tum vel ma-
ximè rerum venerarum cupiditatem, erga mulieres
iuxta ac viros, tum ingenuos, tum servos. Quæ verò
inter curandum, aut etiam Medicinam minime faci-
ens, in communi hominum vita, vel videro, vel au-
diero, quæ minime in vulgus effertur oporteat, ea arca-
na esse ratus, silebo. Hoc igitur iusiurandum si reli-
giosè observaro, ac minime irritum fecero, mihi li-
ceat cum summa apud omnes exultatione perpe-
tuo vitam felicem degere, & artis vberissimum fru-
ctum percipere. Quod si illud violavero & peiorave-
ro, contraria mihi contingant.

JURAMENTO¹

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciere falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más.

Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan.

A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.

En consecuencia séame dado, si a este juramento fuere fiel y no lo quebrantare, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres. Mas si lo trasgredo y cometo perjurio, sea de esto lo contrario.

* * *

Se debería saber que quien consiente en la práctica de la Medicina sin alcanzar la perfección en eso hace más daño que bien; porque si una persona está sana o enferma, es mejor no ser tratado por un médico en lo más mínimo, que ser tratado por un médico que comete un error. Su error será proporcional a su falta de conocimiento; y si algo bueno viniera de él, será probablemente accidental.

Maimónides (1135-1204)

Comentarios de Maimónides sobre los Aforismos de Hipócrates.

1 TRATADOS HIPOCRÁTICOS, Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, Madrid, 1990, pp. 77-78.

AGRADECIMIENTO

El autor desea expresar su más profundo agradecimiento a las siguientes personas:

Ac. Eva Fogel de Korc, por su permanente insistencia en el deber que teníamos, quienes participamos de aquel homenaje al *Chumbo* Ríos, del 3 de diciembre de 2008 en la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la UDELAR, de darle difusión a aquellos textos.

Al querido amigo Dr. Jorge Gerez por su invalorable contribución al conocimiento de un período crucial en la salud del *Chumbo* y por elaborar su testimonio que permitió seguir nuevas pistas.

A los familiares del Dr. Guaymirán Ríos Bruno, sus hijos Gonzalo y Andrés Ríos Oliwensztein, por sus generosos comentarios, anécdotas, iconografía familiar y referencias que permitieron darle nuevos enfoques al texto.

A su segunda familia, la Dra. Aída Cresseri y su hija la Q. F. Natalia Ríos Cresseri, por la generosidad de compartir sus recuerdos e imágenes para esta publicación.

A quienes estuvieron dispuestos a dar en tiempo y forma su testimonio y anecdótico: Ricardo Voelker, Enrique Barmaimon, Juan Ignacio Gil y Pérez, por su testimonio y a su padre Orlando Gil Solares, por facilitarnos piezas ya olvidadas de la gesta de la Emergencia en el Hospital de Clínicas, que supieron conservar. A Manuel Albo Volonté, Néstor Campos Pierri, Jaime Sznajder, Mendel Wolyvovics, Manolo Birenbaum, Jaime Grodzicki, Daniel Tumiansky, Diego Saporta, Ricardo Gajstut, Daniel Igal Nuchovich (que fueron sus alumnos en Preparatorios del Colegio Yavne, en Montevideo, en sus comienzos) y quienes con ellos colaboraron para insertar un pensamiento de recuerdo del Maestro.

Al Ac. Guido Berro Rovira, que me facilitó los libros que le obsequiara *El Chumbo*, para tomar algunas imágenes de sus subrayados y anotaciones, y guía permanente para orientarme en el campo de la Medicina Legal que aprendió, en buena parte del camino, bajo su Magisterio.

Al Prof. Roberto Puig Peronetti, por su aporte del artículo referente a la muerte de León Gambetta y sus recuerdos de *El Chumbo*, en el ámbito cotidiano de su trabajo como médico forense, con quien colaboró forjando una hermosa amistad a lo largo de tres décadas.

A las Bibliotecas de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, en la persona de la Lic. Inés Nessi y colaboradores, a la Biblioteca del SMU y en forma especial a las Licenciadas Gabriela González y Claudia Speranza, a la Biblioteca de la Facultad de Medicina, y de manera particular a la Lic. María Amparo de los Santos del CENDIM, por confeccionar la bibliografía de nuestro biografiado y a la Lic. Leticia Zuppari Milich, que pudo rescatar valiosos documentos digitalizados en el Sindicato Médico del Uruguay, de actuaciones históricas de Guaymirán Ríos Bruno.

Al querido colega y amigo fraterno, Prof. Dr. Nisso Gateño Yaffé, por tener la amabilidad de aceptar ser autor del Prólogo que inicia esta obra.

A todas las personas que de alguna manera, incluso desde el *anonimato*, aportaron información y referencias para que este recordatorio en la memoria de un ser excepcional, fuera posible.

Finalmente, al diseñador gráfico Augusto Giussi, por su permanente colaboración, con sugerencias e iniciativas que hicieron más amable este trabajo que hoy entregamos a quienes quieran recordar a este Maestro.

Dr. Antonio L. Turnes
Agosto de 2013

PRÓLOGO

El querido amigo Dr. Antonio Turnes me ha honrado al pedirme, fraternalmente, prologar este libro: seguramente por razones afectivas –que mucho valoro– más que por mi versación literaria. Ello constituye, para mí, la posibilidad de contribuir en la obra de uno de los autores más prolíficos en la materia Historia de la Medicina, a la vez que me permite participar en este rescate para la memoria colectiva de quien fuera uno de los Maestros que más influyó en mi formación Médica.

Es posible que estas líneas, salidas de mi memoria y de lo más profundo de mis sentimientos, puedan subsanar la falta de mi testimonio escrito que debería figurar en el capítulo “Homenaje de la Cátedra de Medicina Legal”. Debo la explicación: en esa oportunidad quise dejar hablar a mis recuerdos en forma desordenada, elaborando solamente un RECUERDO sobre el Maestro y amigo, sin haberlo escrito previamente. Escribirlo después, de forma reparadora, me pareció traicionar la sinceridad que siempre tuvimos en la relación personal con el ilustre homenajeado.

Comenzaba el año 1959, yo tenía 17 años e ingresaba en la Facultad de Medicina cargado de ilusiones y proyectos; una semana más tarde murió mi padre –a edad muy temprana– constituyendo mi primer gran golpe de realidad. En ese contexto necesité el respaldo de familia y amigos, a la vez que sentí que debía reforzar todas mis referencias para enfrentar el futuro.

En ese marco encontré una Facultad progresista, dinámica, con sentido de solidaridad social y un grupo de docentes que demostraban con sus dichos y hechos, esas coordenadas de contención tan necesarias. En ese grupo de Docentes se destacaba el querido Maestro Ríos.

No voy a reiterar descripciones mejor hechas por el autor en la obra. Solamente me referiré a algunos aspectos de la personalidad y el accionar del personaje.

La primera clase magistral de Anatomía, en el gran anfiteatro del Instituto de Ciencias Morfológicas, fue dictada por el Dr. Ríos, hombre de 30 años a la sazón, pero que desde entonces se irguió como un gigante en docencia para todos los que lo escuchábamos.

El tema asignado fue “Anatomía general de los miembros” y lo desplegó con tal maestría que nos impactó a todos; para mí se fue creando un modelo docente de referencia. Años después supe, por su relato, que horas antes había nacido su hijo Gonzalo, prematuro, creándole sentimientos ambiguos de alegría y preocupación por su futuro, entonces incierto.

Otro día, dándonos clase en la Sala 3 de disección, nos dijo: **“Para aprender hay que estudiar y preguntar. En esta Facultad ustedes pueden parar a cualquier persona, en cualquier lugar y preguntar para aprender. Siempre tendrán obligación de responderles.”**

Gran enseñanza: en un par de frases nos transmitió el espíritu universitario de generosidad con el conocimiento, como condición *sine qua non* de su calidad de tal. Seguía afirmándose el modelo docente que iba creando, al demostrar coherencia de la palabra con la acción.

Actuando como Prosector, en la sala siempre estaba en diálogo directo con los alumnos, preguntando y respondiendo, enseñando con sus manio- bras de disección precisa, acompañadas de dibujos sobre el mármol de la mesa, hechos con trozos de lápices –nunca mayores de siete u ocho centímetros– que sacaba del bolsillo de su desaliñada túnica.

Cuando estábamos por dar el examen, avanzado diciembre, nuestro prosector Ríos concertó una clase de repaso, extracurricular, **“para el que quiera ir y la necesite”**. En una tarde calurosa nos reunimos muchos en el anfiteatro de Fisiología, e hicimos un repaso acompañado con la proyección de láminas anatómicas que el docente había seleccionado para nosotros.

En el año 1962, ya en el cuarto año de la carrera, pasé un semestre en la Sala 24 del Servicio del Profesor Larghero teniendo al Dr. Ríos como Asistente (actualmente el cargo se denomina Profesor Adjunto). Allí aprendimos no solamente Cirugía, sino el conjunto de actitudes que debe tener el médico: el trabajo empezaba muy temprano en la mañana y terminaba ... cuando no había más trabajo; lo más importante era el enfermo y toda la actividad estaba destinada al mismo, a la vez que al mejoramiento de la calidad del equipo prestador de atención; la atención era continua y los estudiantes debíamos participar de las contravisitas hechas por los docen-

tes; la honestidad intelectual se exigía de la misma forma que la calidad de asistencia.

Entendimos que la clínica se aprende junto al enfermo, en actos de Servicio y que solamente este servicio valida éticamente al aprendizaje. Muchos años más tarde, el Maestro Pradines (también maestro de Ríos) nos diría con su dulce ironía: **“Clínica deriva del griego clinos, que quiere decir cama ... y no corredor”**.

Siempre quedarán grabadas en mi memoria las visitas rigurosas a cada paciente, hechas por el Jefe de Clínica y el Asistente y más tarde con el Profesor Agregado del Servicio Dr. Pradines y el Profesor Larghero. Uno por uno, todos los enfermos, todos los días. Nos enseñaron la relación médico-paciente, individualizada, continua, con eficiencia técnica, calidez humana y respeto por los principios éticos; nos demostraban, con su acción, la cuota parte de humildad que debe tenerse para aprender continuamente y más que nada a partir de los errores.

En el año 1963, en el sepelio del Profesor Larghero me conmovió ver a Pradines, Venturino y Ríos abrazados, llorando como hijos que perdieron un padre. Entendí entonces, hasta qué punto puede calar en profundidad la relación Maestro-Alumno.

En 1964, en el Curso de Medicina Legal del Profesor Arsuaga, las clases dictadas por Ríos –casi todas demostraciones prácticas de autopsias judiciales– congregaban a toda la generación de estudiantes desbordando el pequeño salón de clase. La metodología, versación y calidad docente del Maestro nos deslumbraba a todos.

En 1967 roté como Practicante Interno al Hospital de Clínicas donde el Prof. Ríos actuaba como Cirujano de guardia los días sábado. Estar de guardia con el Maestro, para mí constituía un día de fiesta; veíamos “mano a mano” todos los enfermos, le ayudaba a operar y –a veces– él me dejaba operar y me ayudaba. Su generosidad para enseñar era ilimitada, pero tenía un precio indiscutible: yo debía seguir la evolución de los enfermos, estuviesen en el Servicio que fuere, y se lo tenía que comunicar el sábado siguiente de forma personal. En eso era intransigente y me enseñó que así se debía ser. Si el enfermo fallecía y se le hacía autopsia judicial, yo debía ir a la Morgue Judicial (en ese entonces ubicada en la Facultad de Medicina) y averiguar el resultado de la misma. Enseñaba lo mismo que sus maestros le habían enseñado y exigía lo mismo que le habían exigido a él.

En ese entonces me alentó y ayudó en mi preparación para el concurso de Grado 2 de Clínica Quirúrgica. Una vez que hube calificado para el cargo, me hizo la distinción de invitarme a ser su asistente honorario, “leucocito” como le llamábamos. Creo que en toda su carrera solamente al querido Juan Carlos Castiglioni había admitido como tal.

No voy a hacer referencia a todo lo que aprendí con el Maestro en el área de conocimientos así como de destrezas y habilidades: quiero detenerme en lo más importante. Jamás me dejó solo en la Sala de operaciones; siempre “andaba dando vueltas” hasta que yo terminara, fuere la hora que fuere. Jamás dejó de ver un enfermo conmigo y de enseñarme siempre. Yo cumplía con mi obligación de reportarle, permanentemente, la evolución de todos los enfermos. Cuando morían yo debía ir a la Morgue Judicial a ver la necropsia y comunicarle el resultado.

El 18 de enero de 1995, cuando el Decano Eduardo Touyá me dio posesión del cargo de Profesor Director de Clínica Quirúrgica “F”, en la clase inaugural en el anfiteatro del Piso 7 del Hospital Universitario, tuve la enorme satisfacción de homenajear públicamente a tres de mis maestros en Cirugía: los Profesores Ríos, Priario y Pradines. En esa oportunidad, violentando la modestia de ellos, traté de transmitir a mis alumnos y colegas, cuánto les debía a estos tres grandes de la Cirugía Nacional.

A lo largo de toda mi carrera, siempre tuve en Ríos al amigo y maestro en quien podía confiar y consultarle mis dudas. Siempre respondió con un oído atento y un juicio ponderado, fraternal y solidario.

Nuestras conversaciones y mutuo apoyo excedieron lo que era el ámbito profesional, docente y académico para abarcar nuestras vidas globalmente. Pasamos juntos momentos de alegría y de dolor, de siembra y de cosecha, de reconocimiento y de frustración, de fiesta familiar y de duelo. Siento, a la distancia, que nos sosteníamos mutuamente como verdaderos hermanos que éramos.

Durante los últimos años de la vida del Maestro, supimos tener conversaciones muy profundas, en nuestros encuentros personales así como en reuniones colectivas. Evoco las tertulias que teníamos en casa del Maestro Pradines a las que concurríamos junto a los Doctores Venturino, Benedek y Vázquez Varini.

Cuando el Maestro partió de este mundo, yo no estaba en Montevideo; no sabía de la descompensación de su enfermedad, que finalmente terminó

con su vida. Luego supe, por su viuda, que habían quedado registrados en su grabadora telefónica los mensajes –jocosos y alentadores- que yo le mandaba desde Israel, creyendo que estaba descansando en su chacra.

El destino quiso –no hay casualidades sino causalidades- que un accidente de salud de un familiar mío provocara mi retorno urgente a Uruguay. Aquí me encontré con la infausta noticia de su partida. El esperado y ansiado solaz del abrazo fraterno del reencuentro se tornó en la palada de tierra que debí echar sobre su cuerpo. Que también era una obligación que había adquirido con el Hermano, Amigo y Maestro.

* * *

El Autor ha tenido la visión de incorporar a esta obra varios trabajos del Profesor Ríos que, quizá, de otra forma no hubieran podido llegar al público en general. Tales los referentes a aspectos históricos de Anatomía y Cirugía. También nos ha regalado material valiosísimo, de la producción en el área de Emergencia y su desarrollo en el País, del que el Maestro fuera protagonista capital.

Quiero hacer una mención especial a todo lo que el Dr. Turnes recopila (como documentos, relatos y anécdotas) en la actuación del protagonista en el área de la Medicina Legal y desarrollo de la Bioética en nuestro medio. Servirán, de seguro, como material historiográfico para quienes se ocupen de estos temas en el futuro. Porque, digámoslo con todas las palabras, el Profesor Ríos fue desde siempre un luchador por la defensa de los Derechos Humanos. Causa que le costó grandes disgustos y percances en su vida. Referente a esto, quiero relatar dos anécdotas.

Solía decirme: **“Gateñito, cuando uno va a la guerra sabe que le pueden pegar un balazo: no hay que quejarse.”** Para él, la lucha por los Derechos Humanos era una guerra sin cuartel en la que estaba dispuesto a perder todo, si era necesario.

Hace ya más de 45 años, Ríos era invitado regularmente a las clases para Graduados en Cirugía y Especialidades que se dictaban en la vieja Cátedra de Medicina Operatoria (integrada después en el Departamento de Cirugía junto a las Cátedras de Patología Quirúrgica). Era clásica su exposición sobre “Implicancias médico-legales y éticas en el ejercicio de la Cirugía”. El año 1968, cursando yo como alumno de postgrado, después de una concisa y completa exposición de los aspectos médico-legales, nos dijo: **“Bueno. Ahora debo hablar sobre ética. Seguramente, a los que tengan conceptos claros: no les hace falta. A los que aún no los tengan ... no les va a servir para nada, porque ya son irrecuperables.”** Y a continuación nos dio una

clase precisa sobre Bioética. Muchos años después supimos, el Maestro y yo, que eso se llamaba BIOÉTICA.

El Autor también nos introduce en el mundo de la producción literaria en Narrativa del Profesor Ríos y nos regala una selección de sus cuentos. Escribía como hablaba: con pasión y veracidad, atrapando a quien lo escuchaba o leía. En este aspecto, no puedo dejar de evocar la respuesta de Miguel de Unamuno, cuando un alumno le preguntó cómo escribir. El ilustre personaje le contestó: “Piense lo que quiere decir y ... escríbalo”.

Debo agregar una faceta tal vez desconocida. Bajo el seudónimo de Matitiah Naharot, el Maestro publicó en el *Semanario Hebreo* una serie de Cuentos de temática judía, la mayoría a partir de hechos históricos a los que agregaba, en forma adecuada, la ficción tan de moda en las Novelas históricas. Muchos de esos cuentos, escritos hace décadas, aun nos emocionan hasta las lágrimas.

Para finalizar quiero rescatar el calificativo de HUMANISTA que el autor adjudica al Maestro Ríos. Porque nada de lo humano le era ajeno; porque todo lo del individuo y la Sociedad le tocaba en lo más íntimo de su ser, exaltando su espíritu fraterno y solidario, forjado en la lucha diaria –discreta y silente- por un mundo mejor y una Sociedad que constituya la corona de la Creación.

Todo lo humano le generaba la necesidad imperiosa de conocerlo, aprehenderlo para ver qué podía hacer para mejorar. Surgía así su enorme fuerza espiritual que lo empujaba a la acción positiva, discreta, sin alharaca. De todo esto, el autor reúne y documenta una gran cantidad de hechos vitales del Profesor Ríos.

Sirva esta obra para que las próximas generaciones conozcan a un Maestro y Humanista que tanto influyó en el momento histórico que le tocó vivir.

Que los hechos aquí relatados, siempre presentes en la memoria colectiva, sirvan más allá que el metal o el granito –que también se desgastan con el tiempo- para perpetuar su recuerdo y ejemplo para las generaciones venideras que no contarán con el privilegio de conocer a este Grande.

Dr. Nisso Gateño Yaffé
Junio de 2013

INTRODUCCIÓN

Guaymirán Arturo Ríos Bruno, es popularmente conocido como “*El Chumbo*” Ríos. Cirujano, Anatomista, Médico Forense, animador y creador de la Emergencia en el Uruguay. Pero por sobre todo, un hombre libre pensador que luchó por los derechos y la dignidad humana, en todo tiempo, y que constituyó un referente en ética médica para quienes lo conocimos.

Del homenaje realizado el 3 de diciembre de 2008 en la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, quedó en el ánimo de la Ac. Eva Fogel que había que publicar las palabras allí pronunciadas, que constituían diferentes miradas sobre una personalidad que marcó una época y quedó prendida del afecto de todos. Dejándonos a cada uno alguna huella.

Tanto en ocasión de esa evocación, como en la búsqueda de otros antecedentes, con el aporte de su esposa Aída Cresseri y su hija Natalia, se obtuvieron algunas fotos de diferentes épocas. También pudieron leerse los cuentos del *Chumbo*, escritos con un amigo, al final de su vida, reviviendo recuerdos. Como sus escritos sobre Dominique-Jean Larrey, el cirujano de Napoleón, que él tanto admiraba. O la semblanza que hizo de José Iraola, uno de sus maestros de la Cirugía y de la vida.

Con el paso del tiempo, la información acumulada fue cada vez más abundante. Los compañeros de su trayectoria vital, como alumnos, como *leucocitos*, como amigos, fueron incorporando recuerdos y testimonios que nos sorprendieron por su magnitud y calidad.

Aparecieron aspectos poco conocidos de su actividad, como su contribución a la fundación del Colegio Yavne y las memorables clases que dictó en Preparatorios a quienes con los años serían destacados médicos, en el país o en el exterior, inspirados en el descubrimiento que para ellos hizo de la Medicina *El Chumbo*. Allí se mostró como un Adelantado en materia de Pedagogía Médica, introduciendo a los estudiantes, desde el inicio de la

carrera, en el contacto con la clínica. Hecho que impondrían las Escuelas de Medicina más avanzadas, treinta o cuarenta años más tarde. Incluso en nuestro país a partir del año 2006. Tomando contacto temprano con el paciente y su sufrimiento.

Sus compañeros de guardia escribieron sus testimonios, o fueron entrevistados para rememorar aquellos tiempos.

Cada uno de esos aportes era, además de una demostración de afecto muy hondo, el aporte de anecdóticos y revelación de datos que ensanchaban las facetas menos conocidas de este personaje.

Logramos la recuperación de algún documento que mostraba su actuación en aquellos años difíciles, donde *El Chumbo* aportaba su sabiduría y capacidad de liderazgo para plasmar en informes que marcaban una época, como el que hiciera sobre el Narcoanálisis en interrogatorios policiales, de setiembre de 1970, junto a otros tres destacados colegas de diferentes disciplinas.

Pudimos recibir los reflejos de su actuación cotidiana en la actividad como Médico Forense, apoyado por un funcionario sobrecalificado para ser un escribiente, que le aliviaba el trabajo pericial. Relación que cimentó una profunda amistad y la contribución ulterior en la elaboración de algún artículo de Historia de la Medicina, como las circunstancias de la muerte de León Gambetta, un político liberal francés del siglo XIX.

Así pudimos ratificar lo que otros amigos habían comentado: *El Chumbo* había llevado a Armando Tommasino, cuando era Juez Penal (que luego sería Presidente de la Suprema Corte de Justicia a partir de 1985) a presenciar una intervención quirúrgica, desde uno de los observatorios del piso 18° del Hospital de Clínicas. Cuando salió, el juez, impresionado por la complejidad de la operación, manifestó que “*no se explicaba cómo no quedaban más oblitos en esas intervenciones complejas*”.

La reunión de esos elementos dieron, con el paso del tiempo, ocasión para reunirlos en este volumen. Que es a la vez recordación y sentido homenaje. Más que un elogio sobre su personalidad, valen las expresiones vertidas por él mismo sobre distintos temas que hacen a la formación y a la profesión del ser médico. Pero por sobre todo, esos rasgos que identifican a las buenas personas y que dan el sello de calidad que la sociedad espera de los que abrazan esta profesión. Donde no importan tanto los envases, como los contenidos.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y FORMACIÓN

Nació el 23 de noviembre de 1928, en Montevideo, hijo de un matrimonio constituido por su padre, el Coronel del Ejército Arturo Ríos, y su madre, la señora Ángela Bruno, cariñosa ama de casa. Su padre había enviudado de un matrimonio anterior, y tenía una hija, Sara, 4 años mayor que Guaymirán, y el nuevo matrimonio le dio otra hija, Florida, una Contadora Pública y docente universitaria diez años menor que el único varón.

Vivió su niñez en la casa de Estero Bellaco y Urquiza, en el barrio “La Blanqueada”, detrás del Colegio “Crandon” y cercano al Parque Central. Fue a la Escuela Pública de Estero Bellaco y Montecaseros; luego la familia entera empieza a viajar por el interior del país por el trabajo del padre, que por su profesión militar tenía destinos cambiantes.

CORONEL ARTURO BENJAMÍN RÍOS MARTÍNEZ

[Resumen Biográfico] Elaborado por el Departamento de Estudios Históricos, División Historia, Estado Mayor del Ejército, Comando General del Ejército, a solicitud del autor, con fecha 28 de noviembre de 2008, bajo la firma del Cap. (Eq.) Lic. José M. Olivero

Coronel Arturo Benjamín Ríos Martínez

Nació en Montevideo el 30 de marzo de 1896, hijo de don Juan María Ríos y doña Catalina Martínez.

Contrajo enlace el 19 de febrero de 1923 con la Sra. Lola Morador, ya viudo, en segundas nupcias el 11 de febrero de 1927 con la Sra. Ángela Ernestina Bruno. Hijos: Sara Úrsula (8/XI/1923), Guaymirán Arturo (23/XI/1928) y Florida Angélica (12/III/1938).

Ingresó como soldado en el Batallón de Infantería No. 15 el 26 de abril de 1911. Aspirante en la Escuela Militar, revistando todavía en el batallón antes referido el 15 de febrero de 1912. Cadete de la Escuela Militar todavía revistando en el batallón antes mencionado el 31 de diciembre de 1913.

El sobrenombre de “*Chumbo*” se lo puso su padre, don Arturo, porque cuando era un recién nacido era “*redondito como un chumbo*”. Se refería a su madre (doña Ángela) como “una gorda buena”, la que falleció cuando él era muy joven.¹

Por el destino de su padre, vinculado a la función militar, recorrió distintos lugares del país, entre los cuales las ciudades de Mercedes y Florida, de allí el nombre de la hija menor. Ríos Bruno tuvo un primer matrimonio con la pediatra Aída Oliwensztein, docente de la Clínica del profesor José M. Portillo en el Hospital “Dr. Pedro Visca”, del que nacieron tres hijos varones: Gonzalo, médico; Andrés, ingeniero en computación, residente en Nueva York, y Fabián, Ingeniero Químico, residente en Israel. Al enviudar tempranamente, contrajo tiempo después matrimonio con la Dra. Aída Cresseri, cirujana pediátrica, de cuya unión nació una hija Natalia Ruth, actualmente Química Farmacéutica. Falleció el 26 de septiembre de 2004, cuando le faltaban menos de dos meses para cumplir 76 años.

Egresó como alférez de Infantería en la Escuela Militar el 6 de agosto de 1917 (Orden General 2020). Revistó en el Batallón de Infantería No. 2 desde el 13 de agosto de 1917 (O.G. 2022).

Ascendió a teniente segundo en el mismo batallón el 30 de agosto de 1919 (O.G. 2306). Conformado en la misma unidad el 11 de septiembre de 1919 (O.G. 2313).

Pasó a la Escuela de Tiro el 9 de junio de 1920 (O.G. 2466) retornando al Batallón de Infantería No. 2 el 1 de febrero de 1921 (O.G. 2583). Pasó al Batallón de Infantería No. 3 con fecha 4 de mayo (O.G. 2619).

Ascendió a teniente primero, pasando a la Escuela Militar de Aplicación con fecha 2 de febrero de 1922 (O.G. 2708). Pasó al Batallón de Infantería No. 16 con fecha 22 de enero de 1924 (O.G. 2980). Por la misma O. G. se lo nombra profesor de la Escuela Militar de Aplicación. A partir del 2 de diciembre de ese año pasó a revistar en el Batallón de Infantería No. 5 (O.G. 3110). Ascendió a capitán pasando a la Escuela Militar de Aplicación el 18 de junio de 1925. El 4 de mayo de 1928, según O. G. 3675, pasó al Batallón de Infantería No. 4.

Entre las comisiones que cumplió en este período, el 20 de febrero de 1925 por O. G. 3146 fue designado profesor en la Escuela Militar de Aplicación y por Bol. Ejército 298 el 22 de junio de 1931 profesor de la Escuela Militar.

Ascendió el 30 de marzo de 1932 a mayor, siendo nombrado Segundo Jefe en el Batallón de Infantería No. 16 según Boletín Ejército 414. Permanecía en el mismo destino el 22 de noviembre de 1933 según Boletín de

1 Referencias de su hija Natalia Ríos Cresseri, del 12.11.2008.

Ejército 675. Pasó con el mismo cargo el 1 de abril de 1934 al Batallón de Infantería No. 11 según Boletín de Ejército 763. El 13 de marzo de 1935 según Boletín Ejército 924 prestó servicios en la Región Militar No. 3, siendo nombrado el 30 de marzo de ese año, según Boletín Ejército 926 Segundo Jefe del Batallón de Infantería No. 18. Pasó a revistar en el Estado Mayor General del Ejército el 10 de junio de 1935 según Orden Inspección General del Ejército 19, siendo trasladado al Ministerio de Defensa Nacional según el Boletín del MDN 97 el 5 de diciembre de 1935. El 29 de junio de 1936 según O.I.G.E. 115 al Batallón de Infantería No. 17.

Ascendió a teniente coronel el 19 de marzo de 1937 según Bol. M.D.N. 267 permaneciendo en el mismo destino como Jefe de la unidad. Por O.G.I.E. 480 del 19 de abril de 1939 pasó al Polígono de Tiro del Ejército.

Entre las comisiones cumplidas en este período se destaca la de director de la Lucha contra la Langosta en el Dpto de Florida según O.I.G.E. 306 desde el 30 de abril de 1938 y profesor titular en la Escuela Superior de Guerra según O.I.G.E. 480 desde el 18 de abril de 1939.

Ascendió a coronel según Bol. M.D.N. 910 el 17 de abril de 1941 con destino en la Inspección General del Ejército. Es nombrado para el Regimiento de Infantería No. 2 el 21 de diciembre de 1942 según Bol. M.D.N. 1271. Sub Jefe de la Región Militar No. 2 el 5 de abril de 1945 según Bol. M.D.N. 1717. El 4 de abril de 1946 designado Jefe de la Tercera División, Personal, del Ministerio de Defensa Nacional según Bol. M.D.N. 1945.

El 16 de agosto de 1946 pasó a situación de Retiro voluntario según Bol. M.D.N. 2617.

Falleció por síncope cardíaco el día seis de agosto de 1961.

El autor agradece la colaboración de los jefes y funcionarios de la División Historia, Departamento de Estudios Históricos del Estado Mayor del Ejército, por la información aportada.



RÍOS: ORIGEN Y SIGNIFICADO

Todos los datos existentes apuntan hacia la procedencia navarra de este apellido. En el valle de Aibar, en Navarra, hay un lugar llamado Río de Yuso y otro llamado Río de Suso. Según parece ambos pertenecían a un mismo señor, en cuya fortaleza o palacio se veían por armas dos ríos, por lo cual se lo denominó como el palacio de los ríos. A su dueño se le designó como el señor del Río, o de los Ríos, quedando este nombre como apellido en sus sucesores. Así pues el apellido tiene el origen lingüístico en el sustantivo “río”. TÍTULOS NOBILIARIOS RELACIONADOS Marqués de los Ríos: El 13 de julio de 1715 lo otorgó el Rey Felipe V a D. Francisco de los Ríos y de la Torre, General de Batalla. En 8 de enero de 1980 se expidió Real carta de sucesión a favor de D. Manuel de Sangrán Medina, Vizconde de los Ríos. Le fue concedido título de Marqués por el Archiduque Carlos de Austria en 1715, conservándose la concesión en el Archivo de Estado, de Viena.

LINAJE E HISTORIA En Galicia y concretamente en el valle de Soto Bermudo, cuyo señorío tuvieron los del linaje de los Gutiérrez, hay un paraje al que se llamó de los ríos, por cuyo motivo dichos señores los añadieron a su apellido, formando Gutiérrez de los Ríos. Con lo cual, los genealogistas, apoyándose en este dato, afirman que Gutiérrez y Ríos provienen de un mismo tronco. La cuestión es saber a qué tronco se refieren, si al navarro o al gallego. Es posible que ambos, que florecieron aproximadamente por la misma época, nada tengan que ver entre sí y formen los troncos de dos familias distintas con el mismo apellido. Porque resulta que además de los referidos señoríos, hubo un tercero, en este caso en el lugar de Proaño, en el valle de Cabuérniga y parece ser que se trata de un solar tan antiguo, o más, que los anteriores. Muy posiblemente existieron varios solares con el apellido Ríos en lugares alejados unos de otros y cada uno fue tronco de una familia distinta de este apellido. En lo que a nosotros respecta, entendemos muy aventurado aplicarles a todos un mismo origen. Los Ríos aparecen documentados en la obra “Apellidos y Escudos Sevillanos y Cordobeses que pasaron a Indias”. Así, figuran en padrones de nobleza desde 1500. Alonso fue Alguacil de los Veinte en 1530. Otro Alonso Ríos, Jurado en 1542. Gregorio Ríos fue Mayordomo del Real Seminario de Navegación de San Telmo durante el siglo XVIII. José Luis Ríos fue Caballero Veinticuatro de Sevilla y Alcalde de Estado Noble en 1742. Es apellido del Marqués de los Ríos, Conde de la Jimera de Libar, y Barón de la Vega de Hoz en distintas épocas. Que se sepa, los de este linaje emparentaron con otras casas nobles de España, entre ellas la de Aguacho, por el matrimonio de don Jerónimo Manrique de Aguayo con doña Leonor Méndez de Sotomayor y Ríos, hija de don Diego Gutiérrez de los Ríos.

ARMAS Las primitivas fueron; en campo de plata, cinco cabezas de sierpe, de sinople, puestas en sotuer. Luego trajeron: en campo de oro, dos ríos (fajas ondeadas) de azur; bordura cosida, de oro, con cinco cabezas de sierpe, de sinople, linguadas de gules.



PERSONAJES APELLIDADOS RÍOS

DESTACADOS EN LA HISTORIA Antonio de los Ríos Rosas: (1812-1873). Político español. De ideología liberal moderada, fue diputado por Málaga (1836), ministro de la Gobernación (1854 y 1856) y embajador extraordinario ante el

Vaticano (1859). Durante la I República fue partidario de Castelar. Fernando de los Ríos Urruti: (1879-1949). Político español. Miembro del PSOE, participó en la polémica de este partido contra los adictos a la III Internacional. Durante la República fue ministro de Justicia (1931), Instrucción Pública y Estado (1933). Durante la guerra civil fue embajador en EE. UU.

EL APELLIDO HOY El apellido Ríos está muy extendido en la comunidad de Navarra que, por cierto, es de donde procede. En otras provincias de España el apellido es minoritario, encontrándose preferentemente distribuido en las zonas rurales. El linaje es uno de los más frecuentes en Andalucía, destacando en las provincias de Córdoba y Sevilla.

BIBLIOGRAFIA: *Blasones de Armas y Linajes de España*, de Diego Urbina. *Blasones*, de Juan Francisco de Hita. *Estudios de Heráldica Vasca*, de Juan Carlos de Guerra. *Nobiliario de Aragón*, de Pedro Vitales. *Nobiliario*, de Jerónimo de Villa. *El Solar Catalán*, Valenciano y Balear, de A. y A. García Carraffa con la colaboración de Armando de Fluvià y Escorsa de la “Sociedad Catalana de Estudios Históricos”. *Apuntes de Nobiliaria y Nociones de Genealogía y Heráldica*. Diccionario Etimológico de los Apellidos Españoles. *Nobiliari General Català*, de Félix Domenech y Roura.¹

Se sabe que los Ríos tienen o tuvieron radicación, entre otros lugares, en:

- * Galicia.
- * Las Islas Canarias.
- * Asturias.
- * Extremadura.
- * Andalucía.
- * Aragón.
- * Portugal.

¹ <http://www.surnames.org/apellidos/rios.htm>

Bibliografía que recoge la historia y el escudo del apellido Ríos:

Repertorio de Blasones de la Comunidad Hispánica, del Cronista y Decano Rey de Armas Don Vicente de Cadenas y Vicent.²

También existe el apellido RÍOS entre la comunidad sefardí, tanto de origen español como portugués.³

Hay multitud de fuentes que traen las raíces judías sefardíes de apellidos tenidos como de cristianos viejos, para utilizar el lenguaje que fue empleado en tiempos de la Inquisición española.⁴ Lo cual a menudo sorprende de diferentes maneras a quienes los portan. En ocasiones ocultos o ignorados durante muchas generaciones.

DRA. AÍDA OLIWENSZTEIN DE RÍOS **4 de enero de 1929 - 29 de enero de 1981**

Aída Oliwensztein, nacida en Buenos Aires, Argentina, el 4 de enero de 1929, vino a Montevideo, con su familia, a los 2 años. Su madre, Hanna Bergazyn vivía en Sochakzev un pueblo a 150 km de Varsovia (Polonia). Eran seis hermanas y fue la única que se salvó del Holocausto. Su padre era Jaime Oliwensztein de Varsovia, Polonia cuya hermana y padres murieron en los campos nazis. Un hermano se salvó y vivió en Israel. Jaime era nieto de uno de los rabinos más importantes de Polonia. Aída se graduó en Montevideo, en diciembre 1956 y falleció en la misma ciudad el 29 de enero de 1981. Se dedicó a la Pediatría y especialmente a la Hemato-oncología, trabajando en el Hospital “Dr. Pedro Visca”, en tiempos en que poco se podía hacer, fuera del diagnóstico, por esos pequeños pacientes, afectados por leucemias y linfomas que eran generalmente fatales.

Palabras del Prof. Dr. Daniel Fonseca, en el homenaje a su memoria, realizado en el hospital “Dr. Pedro Visca”.⁵

Nos hemos congregado hoy aquí, en esta vieja aula del hospital “Dr. Pedro Visca”, en el primer día de clase, para rendir un emocionado homenaje a la que fue nuestra querida amiga y compañera, Aída Oliwensztein de Ríos. En este recinto, poblado de antiguos e ilustres ecos de la pediatría uruguaya, evocamos hoy con profunda congoja a una voz reciente, joven, actual, dulce, serena y sabia, que nos ha sido arrebatada implacable e injustamente en la plenitud de su trayectoria vital y de su transcurso académico, como una

2 <http://www.heraldicapellido.com/r5/Rios.htm>

3 TURNES, Antonio L.: Maimónides, el sabio sefaradí. Ediciones Granada, 3ª. edición, 2007, p.253-287, según las compilaciones de Harry Stein, que investiga la genealogía portuguesa y sefaradita, y la compilación completa del rabino Haim Levi, presidente de la IFMJ (Federación Internacional de Judíos Mesianicos).

4 <http://findmyheritage.wordpress.com/2012/01/30/judios-sefardies-y-ciertos-apellidos/>

5 FONSECA, Daniel: *Arch Pediatr Urug* v.52 n° 1-2, 1981 p.56-57.



Aída Oliwensztein, haciendo ballet, de niña.

campana que se hubiera quebrado en pleno tañido, en un radiante mediodía. Es justo y es necesario que nos congreguemos aquí, hoy, para recordar esa voz y para escucharla con nuestros corazones.

La inexpresable congoja que nos oprimió a todos ante la tragedia inesperada y absurda, sigue igualmente viva hoy en nosotros, pero la tristeza de las circunstancias nos inclina más bien referirnos a la persona viva y actuante, tal como la conocimos y tal como esperaríamos verla aparecer y reiniciar su ciclo en cualquier instante.

Los que hemos convivido con Aída la parte de su vida que ella dedicó a la atención de los niños en el hospital "Dr. Pedro Visca" y a la enseñanza de la Pediatría, sabemos bien de sus espléndidas cualidades personales, de su vocación profunda, de su amor por la profesión, de sus sacrificios en el trabajo, y de su altísimo rendimiento científico y docente. Parecería pues, innecesario, por su inmediatez, realizar una semblanza evocativa de esta bellísima persona con la que tuvimos el privilegio de convivir. Sin embargo, aunque todos los que frecuentamos el hospital la conocemos bien y aunque su presencia nos sigue envolviendo con el encanto de sus virtudes y cualidades, considero un ineludible deber el de presentar a todos, y en especial a las generaciones jóvenes, el perfil de la personalidad médica y científica de esta excepcional mujer.



Aida Oliwensztejn con su madre Hanna Bergazyn.

Su trayectoria de más de veinte años de actuación pediátrica en esta Clínica, fue fecunda y plena de realizaciones. Pasó con brillo los concursos de la Facultad y del Ministerio, y ocupó en plenitud de derecho los sucesivos cargos asistenciales y docentes de la carrera pediátrica. Una entrañable vocación por la enseñanza y por la educación clínica de estudiantes y de graduados, la llevó a adquirir un elevado y bien ganado prestigio como docente. Pero sus inquietudes no se limitaron a ello. Desde mediados del decenio 1960-70, ya formada sólidamente en la Pediatría General, comenzó a cultivar la rama tan atractiva de la Hematología infantil en la que descolló cada vez más, a través de publicaciones, secciones de libros, presentaciones, clases y, sobre todo, organizando e impulsando, en la Clínica del Profesor Portillo, un Consultorio Externo de Hematología, el cual sigue cumpliendo importantísimas y eficaces tareas dentro del hospital y de la Cátedra a nuestro cargo.

Aída, mujer de clara inteligencia, gran tesón y espíritu de sacrificio, fue también decididamente exitosa como conductora de un equipo de trabajo cuyos integrantes aquí presentes deben agradecerle, no sólo la iniciación y perfeccionamiento de su formación pediátrica y hematológica, sino también el impulso y el entusiasmo por la disciplina, entusiasmo que sigue palpitando y que ha de continuar en el futuro. Por mi parte, y como modesta contribución personal a su tan querida memoria, me esforzaré porque la



De izquierda a derecha: Florida Angélica Ríos Bruno, la hermana menor de *Chumbo*, su sobrina Cristina Ibarbourou Ríos (hija de Sara Úrsula Ríos Morador, su hermana mayor) y su esposa Aída Oliwensztein de Ríos Bruno, en el casamiento de Cristina (circa 1970).

labor de este grupo continúe, progrese y que sigan recogiendo los frutos de su fecunda siembra.

Compañeros de la Cátedra, amigos y amigas, médicos y practicantes, personal de enfermería y administrativo del hospital “Dr. Pedro Visca”, jóvenes estudiantes, no quiero terminar este brevísimo bosquejo de la vida médica de nuestra querida colega desaparecida, sin recordar que ella fue una esposa y una madre excepcional, dedicada con pasión a su hogar, en cuyo seno desarrolló todas las potencialidades y virtudes de las mujeres fuertes y luchadoras que nos presentan las Escrituras Bíblicas. Poseyó el difícil arte de ser médica y mujer de su casa sin desdoblar su personalidad y sin que una actividad fuera en desmedro de la otra.

No he querido ofrecer con estas palabras una oración fúnebre ni un elogio póstumo a nuestra amiga. Creo firmemente que ella vive ahora en el seno del Señor, y sé que también seguirá viviendo en el corazón de los suyos y en el de todos los que tuvimos el privilegio de conocerla y de ver crecer en nosotros un profundo afecto hacia su inolvidable persona.

*Dr. Daniel Fonseca.
9 de Marzo de 1981.*

Años más tarde, José María Portillo Olascoaga, que fue el titular de la Cátedra donde desempeñó su mayor tramo de carrera pediátrica, diría lo si-

guiente: ,a tercera época del Hospital “Dr. Pedro Visca”, que ya hemos dicho no trataremos por razones obvias, produjo brillantes pediatras que hoy figuran o han figurado a excelente nivel dentro de nuestra Pediatría: Fernando Mañé, Daniel Fonseca, Aída Oliwensztein de Ríos, José Grunberg, Rodolfo Maggi, Leopoldo Peluffo, Héctor García Roco, Gloria Ruocco, Lil Cardoso de López, José L. Peña, Líber Pérez, Antonio Nairac, etc.⁶

6 PORTILLO, José M.: Crónicas del Hospital Dr. Pedro Visca. Publicado en *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*, Volumen 6, 1987, pp.: 36-51. Corresponde a una conferencia dictada por el autor cuando era Miembro Titular de dicha Academia, en fecha que no se indica. En: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hosp-visca.pdf> (Consultada el 04.02.2013).

CAPÍTULO 2

EL ANATOMISTA

LA FACULTAD DE MEDICINA EN 1960

Lo conocí cuando ingresé a la Facultad en 1960. Una Facultad cuyo Decano era Juan José Crottogini. El Departamento de Ciencias Morfológicas, integrado por las cátedras de Anatomía Normal e Histología y Embriología, tenía un plantel importante. En Anatomía era el Profesor Alfredo Ruiz Liard, y sus colaboradores Luis A. Praderi, Oscar Pedemonte, Bolívar Delgado, Manlio Chizzola, Raúl C. Praderi, Jorge Nin Vivó, Líber Mauro, Deobaldo Febles Alfonzo y Guaymirán Ríos Bruno, entre los Prosectores; Milton Mazza, Alejandro Bozzolo, Juan Carlos Castiglioni, Agustín E. D'Auria, Rómulo y Franco Danza, Luis Bergalli, Edgardo Torterolo, Bruno Rinaldi, Francisco Crestanello, Carlos Gómez Fossati y Gonzalo Estapé, entre los Disectores. En Histología y Embriología, encabezaba el Profesor Washington Buño, acompañado por sus Profesores Agregados María Antonieta Rebollo y Gabriel Gerard.

Su figura recia y desgarbada, alto y robusto, con acentuada miopía, caminaba a grandes pasos oscilando el cuerpo lateralmente, acompañaba su discurso con gestos y ademanes elocuentes. Pelo negro lacio, con un gran jopo, sin mucho cuidado de su aspecto, nada atildado. Voz grave, potente, y una forma de expresarse que podía parecer petulante, como de hecho lo eran algunos docentes; pero era en realidad una defensa. Utilizaba con maestría el pizarrón, pero sobre todo mostraba en las piezas anatómicas los elementos de los que estaba exponiendo. Era entonces docente de Anatomía Normal, y daba unas clases fabulosas, por su didáctica, por su pasión, por su claridad. Por su humor, que es una de las condiciones esenciales para la resiliencia, o sea para tolerar y soportar las condiciones más adversas, sin doblegarse. En aquellos tiempos era un hombre joven, de 32 años, había nacido en noviembre de 1928, y luego de una carrera como Disector, Practicante Interno y Jefe de Clínica del Profesor Pedro Larghero, una de las cumbres de la Cirugía y Medicina en el Uruguay, ejemplo de pasión, técnica y

ética, todo junto, él nos transmitía conceptos fundamentales a aquellos estudiantes, entre esperanzados y sorprendidos, por haber ingresado a la famosa Facultad de Medicina, subiendo la escalinata entre las Cariátides, como si entráramos a un templo, imbuídos de ese aroma a formol que venía de las piletas del sótano de Anatomía, donde se conservaban los cadáveres que habríamos de disecar. Pero ya de entrada, nos espetó el *Chumbo* que había que *aprender a aprender*. Primera y única vez que un docente de la Facultad de Medicina dijo algo parecido. Algo especial tenía aquel hombre que así se expresaba. Circulaban toda clase de bromas entre los estudiantes, a medida que se acercaba el examen y había que ir alerta por las preguntas sorpresa que podían hacerse. Y entre otras, se corría la voz de una pregunta que habría hecho el *Chumbo* en un examen de Anatomía a una joven estudiante. “¿Cuál era el órgano que aumentaba 8 veces su tamaño, según la circunstancia?” Y la muchacha, entre nerviosa y avergonzada, respondió “El pene”. Y él le contestó: “Señorita, no sea optimista. Es el útero.” Esto pintaba el retrato de una personalidad singular.

UN CONCURSO HISTÓRICO

Por aquel año asistí a un concurso histórico, en el cual él disputó a Raúl Praderi un cargo de Prosector. La prueba que presencié fue para disertar sobre la Vena Cava Inferior. El concurso, lo contaría Praderi en el MSP en noviembre de 2003, lo ganó *El Chumbo*. Él, Praderi, le ganaría luego el concurso de Prosector de Medicina Operatoria, una materia que venía del Plan de Estudios de 1929 (Plan Navarro) y que finiquitó años después, para los que recibían su título de Médico-Cirujano, en lugar del de Doctor en Medicina, con que pomposamente nos bautizaron después, con el Plan García Otero de 1945. En octubre de 2003, la Asociación Médica Argentina y *La Prensa Médica Argentina*, junto a la Asociación Médica del Uruguay, en acto público realizado en el Salón de Actos del Ministerio de Salud Pública, le designaron a Guaymirán Ríos Bruno *Maestro de la Medicina Nacional*, junto a los también profesores Fernando Mañé Garzón y Jorge Maggiolo Walther. En esa ocasión decía Raúl C. Praderi¹: “Con el *Chumbo* Ríos nos sacamos chispas en los concursos. Él me ganó el de Prosector de Anatomía y yo el de Prosector de Medicina Operatoria. Los concursos eran la institución que forjó la grandeza de nuestra Facultad. Terminaban las pruebas y nos dábamos todos un abrazo, vencidos y vencedores. Era una especie de deporte. Con Ríos Bruno me ocurrió una coincidencia curiosa. En 1980 me invitan a dar dos conferencias al Congreso Italiano de Cirugía de Urgencia. Llego a Roma y en el Hospital *Umberto Primo* estaba Ríos operado desde varios días

1 EL DIARIO MÉDICO (Uruguay). No. 51: Noviembre 2003, pág. 9.

antes de una perforación de colon por el Cirujano que presidía el Congreso, que era Profesor de Clínica Quirúrgica, y amablemente me dijo: “*Professore: il malatto é vostro*”. El postoperatorio no fue sencillo y me tuve que quedar tres días después del Congreso, pero en Roma no se pasa mal. Ríos sobrevivió a estas y otras peripecias y espero que también del quebranto que lo afecta ahora por el cual no está presente.” Dijo Praderi que Ríos era un brillante cirujano y gran anatomista, representante de una época de oro.

Reproducimos aquí un artículo de Ríos Bruno que ilustra sobre la historia de la Anatomía.

BOSQUEJO DE HISTORIA DE LA ANATOMÍA UNIVERSAL²

A MODO DE JUSTIFICACIÓN

La publicación de este trabajo, no tiene otro motivo de que el lector repase los grandes momentos de la historia de la Anatomía y de sus principales cultores; nos excusamos desde ya por lo fragmentario que pueda parecer, porque un estudio exhaustivo de la Historia de la Anatomía sería una obra muy densa y siempre incompleta.

Deseamos al mismo tiempo que el lector, pase un momento agradable al leerlo y sepa a quiénes le deben su formación en uno de los aspectos fundamentales de su carrera de médico.

Para el autor, el análisis de la bibliografía y la investigación llevada a cabo, le hizo experimentar una mezcla de placer y profunda nostalgia al evocar una época feliz y formativa para su carrera quirúrgica en la que integró, como estudiante primero y luego por muchos años como docente la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de Montevideo y a la vez pudo volver a vivir, en el ocaso de su vida, su pasaje por las aulas de la querida Facultad, recordar a sus condiscípulos y maestros con profundo reconocimiento y afecto.

HISTORIA DE LA ANATOMÍA

1. INTRODUCCIÓN:

El acto médico es en esencia la acción por la que un hombre enfermo se entrega a otro hombre con conocimientos médicos para que lo alivie o cure.

Esto ocurre desde la época en que el hombre primitivo se agrupó en un clan o tribu, y hubo quien, por inclinación natural, instintiva, o por otros motivos, se encargó de curar a otros hombres aquejados de enfermedades o heridas.

2 *Rev Hosp Maciel* 2 (1): 48-8; enero-marzo 1997.

Este hombre-médico-sacerdote-hechicero tuvo sus privilegios y sus responsabilidades frente a la tribu. Hubo de luchar con los demonios, las brujerías, las influencias astrales, los humores, los miasmas y con las creencias de cada época, tratando de salir del oscurantismo y hacer del arte de curar una Ciencia.

El desarrollo de los conocimientos médicos en consecuencia no ha sido una línea recta sin interrupciones, dado que el pensamiento, la cultura y la medicina han estado en estrecha relación y sometidos a influencias mutuas.

Es seguro que la vida no le fuera fácil, porque muchas preguntas que se hacía quedaban sin respuesta; de ahí su búsqueda obstinada y permanente de la verdad científica. Ese afán de conocimientos que honra a nuestra profesión, continúa y continuará mientras el médico responsable cumpla su augusta misión. En esta larga búsqueda del conocimiento científico aparece como capítulo de fundamental importancia, la historia de la anatomía humana, en el que influirán, a veces en forma dramática, las ideas filosóficas y religiosas de la época.

Haremos un rápido *racconto* de la historia de la Anatomía para luego dedicarnos al desarrollo de la Cátedra de Anatomía en el Uruguay, en un artículo posterior ³.

2. ALGUNOS ASPECTOS DE INTERÉS HISTÓRICO:

Tal vez, y volviendo a nuestro hombre primitivo, cuando un garrote hundía un cráneo, o el colmillo de alguna fiera abría un vientre o arrancaba un miembro, se preguntaría de dónde salían esos líquidos y esas vísceras que se derramaban o quedaban al descubierto.

Siglos pasaron y la aparición de ideas religiosas que hablaban de un más allá donde debía viajar el difunto, trajo la puesta en práctica de maniobras de conservación del cuerpo que enseñaban a vaciar el cráneo, una cavidad abdominal o torácica, para rellenar el cadáver con resinas y especias, que permitieran su conservación, y es de creer que en el antiguo Egipto, donde se desarrolló y llegó a la cúspide el arte de embalsamar, muchos tendrían conocimientos más o menos completos de cómo estaba constituido el cuerpo humano.

La llegada de otras civilizaciones en Grecia, Mesopotamia, Roma, etc., hicieron avanzar lentamente los conocimientos médicos, pero el cuerpo humano cayó bajo la influencia de ideas religiosas que impedían su disección científica y se pasó al estudio de los animales, tratando de trasladar al hombre los conocimientos adquiridos, con las consecuencias que todos conocemos.

3 Esta intención no pudo concretarse. Al menos no se registra en publicaciones posteriores.

En China, los conocimientos anatómicos se basaban más en la especulación que en la observación. Confucio prohibió la disección cadavérica.

Así, repasando la obra de nuestros predecesores comprobamos que, en la obra Hipocrática no aparecen datos sobre disecciones humanas, aunque en su *Corpus Hippocraticum* describe el corazón, los nervios; a los que considera huecos y los confunde con ligamentos. No diferencia entre arterias y venas aunque reconocía que el raquis óseo estaba sostenido por discos, ligamentos y músculos.

Galeno hijo del ingeniero Licón (Pérgamo 130, Roma 200 dC) fue una autoridad médica máxima durante varias generaciones, disecó solamente animales y examinó un esqueleto humano que luego arrojó al río (descubrió el Ligamentum Flavum) y sentó principios anatómicos erróneos que costaron muchos años corregir.

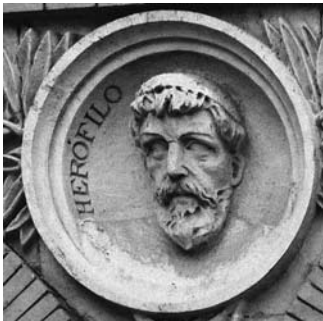


Galeno

A pesar de ello recordemos que demostró que las venas están conectadas con el corazón y que los nervios salen del SNC (Sistema Nervioso Central), descubrió el nervio Glossofaríngeo, la estructura de la médula espinal, los uréteres y en los huesos, las inserciones musculares. También los judíos, los árabes y los hindúes rechazaban la disección del cuerpo humano, basados en sus creencias religiosas. (Corán, Deuteronomio).

Es en Alejandría que se hicieron disecciones regularmente por primera vez. El enciclopedista romano Celso corre el rumor de que los anatomistas alejandrinos practicaban vivisecciones criminales, pero Galeno no lo menciona.

Herófilo (280 dC) discípulo de Crisipo y de Proxágoras descubrió varias zonas del cerebro, tubo intestinal linfático, el hígado, órganos genitales, el ojo en su estructura y el sistema vascular. Su afición a la disección, llevó a que Tertuliano le llamara “devora muertos”.



Herófilo

Pero como era lógico fueron surgiendo nombres inteligentes, razonadores y sobre todo valientes, que con su

esforzado trabajo fueron acercándose a la verdad científica; así el griego **Alcmeón de Crotona** en el 500 dC disecó un ser humano.



Alcmeón de Crotona



Federico II

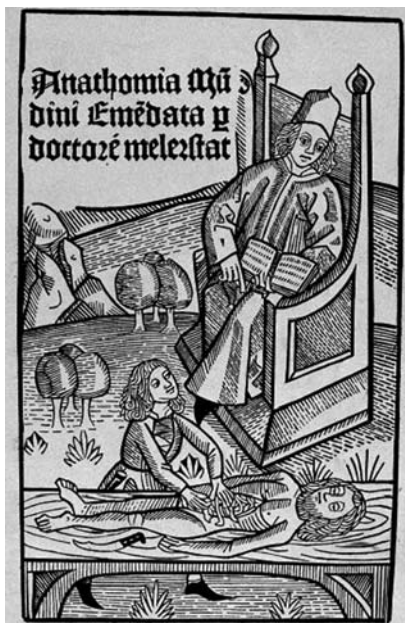
En el año 1238 el Emperador **Federico II** [Hohenstaufen (1194-1250)] permitió la disección de un cadáver cada 5 años; es la primera autorización de disección anatómica.

Queremos recordar a **Taddeo Andreotti de Bologna** (1260-1303), a **Henri de Mondesville** (1260-1320) y en especial a **Mondino de Luzzi** divulgador de los conceptos galénicos, pero que por orden de Federico II en Milán, diseccionó dos cadáveres de mujeres.

Mondino de Luzzi (ca. 1270 – 1326): su tratado de anatomía, escrito en 1316, puede considerarse como el primer libro moderno en la materia y a diferencia de otros autores de su tiempo, este libro está separado de conceptos quirúrgicos, como se usaba en esa época, versando solamente sobre conocimientos estrictamente anatómicos, de ahí su gran mérito; y agregó otro factor de gran importancia: comienza las disecciones personales. Con él se implanta el estudio de la anatomía en Bologna como disciplina universitaria regular, de ahí que tiene bien ganado su título de Restaurador de la Anatomía con que fuera designado.



Henri de Mondesville (c.1260-c.1320)

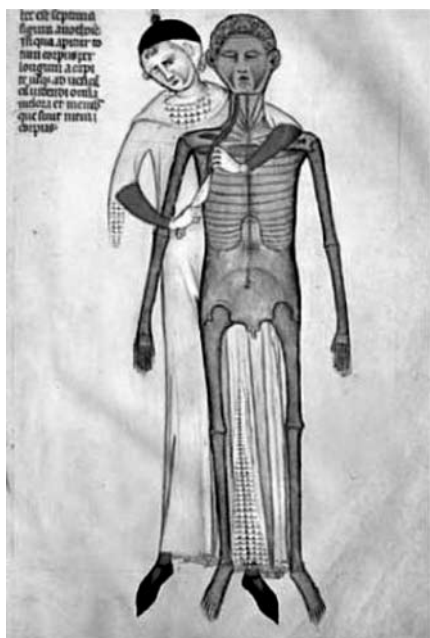


Mondino de Luzzi (ca. 1270 – 1326)

Es seguido por otro cirujano y anatomista famoso, **Guy de Chauliac** (1300-1368) que contribuye con su trabajo a esta magna obra; **Guido de Vijeivano** (1345) que escribió su anatomía; y se llega así al año 1500 que puede considerarse en verdad como el año del despegue de la Ciencia Anatómica, con: **Jacobo Berengario del Carpi** (1550) que fue el primer Anatomista independiente y además surge la gran figura del siglo, **-Andrea Vesalio de Bruselas** (1514-1564)-, del cual nuestro país se honra en poseer una de las obras biográficas más importante, escrita por nuestro ilustre colega el Dr. Velarde Pérez Fontana.



Guy de Chauliac



Guido de Vijeivano



Jacobo Berengario del Carpi (1460-1530)

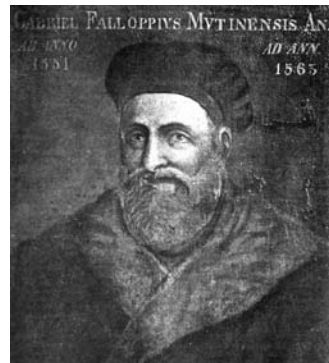


Andrés Vesalio

Es sucedido en 1551 por su discípulo **Gabriel Falopio** (1523-1562) como profesor de Anatomía en la Universidad de Padua y asistido en la tarea por Giovanni Calar discípulo del TIZIANO.

Fabricio de Acquapendente (1537-1619) fue discípulo de Falopio a quien sucedió. Describió las válvulas de las venas y estudió el oído interno.

El gran Vesalio junto a Guy de Chauliac y Mondino de Luzzi hicieron dar un enorme salto a la ciencia anatómica al unir con su tarea



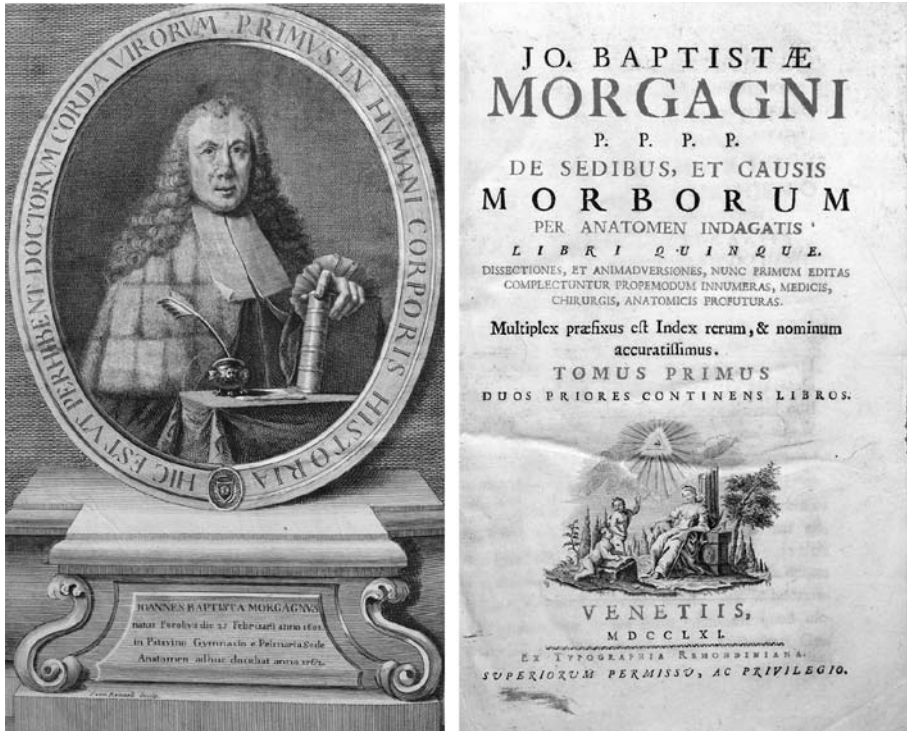
Gabriel Falopio



Girolamo Fabrizio d'Acquapendente
(Acquapendente, 1537 - 1619)

el *Homo Sapiens* con el *Homo Faber* y sentar para la posteridad la necesidad de la disección personal y cuidadosa del cadáver. Corrigieron con este método más de 200 errores cometidos por Galeno, entre ellos que el hombre y la mujer tenían diferente número de costillas, chocando así con los escritos bíblicos.

Alejandro Benedetti, (1460 - 1525) profesor de Anatomía a fines del 1400 publicó un tratado de Anatomía en cinco libros y reclamó el derecho a realizar disecciones en cadáveres humanos sin restricciones.



Giovanni Battista Morgagni (1682-1771)

Bernardo Siegfried Albinus (1697-1770) de Leiden fue uno de los más famosos anatomistas de su tiempo. Alcanzó tal popularidad que la gente convirtió en moda concurrir a sus clases.

Del Siglo XVII son: Wharton, Glisson, Graaf, Vieussens, Peyer, Wirsung, Cowper, Rioloano, Pecquet, Santorini, Stenon, Valsalva, Spiegel, Winslow de origen sueco que enseñó en París.

A fines del siglo XVII el estudio de la anatomía tuvo un gran desarrollo. **Giovanni Battista Morgagni** (1682-1771) profesor de Bolonia y Padua, seguido por el brillante francés Xavier Duval disecan gran número de cadáveres en busca de la causa de la muerte.

También del Siglo XVIII son Wrisberg, Scarpa, Soemmering, Monro (padre, hijo, nieto), Meckel (padre, hijo), Mascagni, Gimbernat, Haller.

En Inglaterra las figuras más destacadas en esa época en el estudio de la Anatomía humana fueron Thomas Willis (1621-1675), profesor de Filosofía Natural en Oxford (1660), quien publicó su famosa obra de Anatomía encefálica, *Cerebri Anatome* en 1664, donde describe el polígono arterial que lleva su nombre; los hermanos Hunter, [John y William] (1718-1783) fueron discípulos de Cullen [Williams 1710 - 1790] y formó la famosa escuela de anatomía de Great Windmill Street.



Antonio Scarpa (1752 – 1832)



Johann Friedrich Meckel (Halle, 17 de octubre de 1781 – 31 de octubre de 1833). Anatomista y embriólogo alemán, fue uno de los fundadores de la teratología.



Alexander Monro primus
Alexander Monro (1697 – 1767)



Alexander Monro secundus (1733 – 1817)

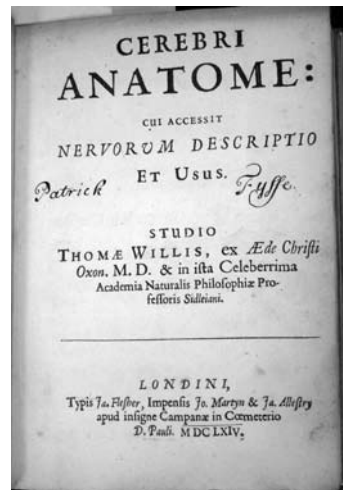


Alexander Monro (Tertius)
Alexander Monro III de Craiglockhart, (1773-1859)

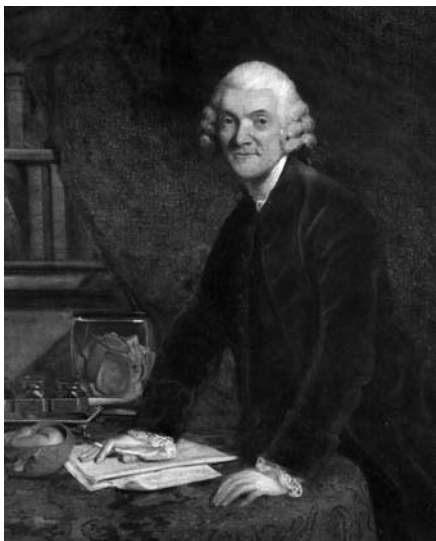


Antonio Gimbernat y Arbós (1734 - 1816)

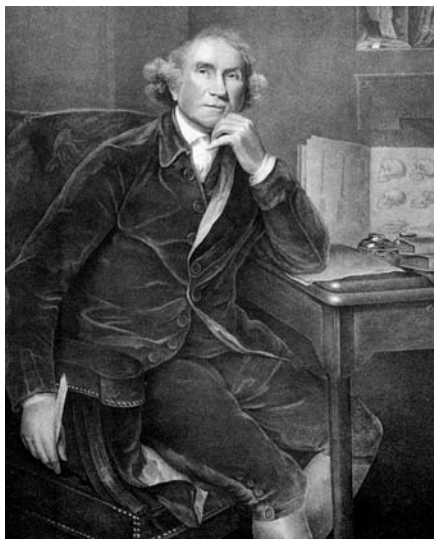
Antonio Gimbernat y Arbós (Cambrils, 1734 - Madrid, 1816) fue un eminente cirujano y anatomista español, conocido principalmente por su contribución a la descripción de la anatomía del canal inguinal y a la técnica de reparación de la hernia crural.



Thomas Willis (1621-1675)



William Hunter



John Hunter

Su hermano **John Hunter** (1728-1793) también se convirtió en un excelente anatomista.

Por esa época en Italia **Antonio Scarpa** (1752-1832) era el maestro de la anatomía.

Pero junto a los médicos anatomistas surgieron los artistas interesados en la forma humana y por ende en los estudios anatómicos. Citaremos por su importancia a artistas como **Miguel Ángel** quien durante más de 10 años

estudió y disecó cadáveres en una habitación del Convento del Santo Espíritu en Florencia; **Leonardo de Vinci** (1452-1519) efectuó numerosas disecciones en el Hospital de Santa María Nuova de Florencia, el Hospital Maggiori de Milán y en el del Santo Spirito de Roma. En 1517 el Cardenal de Aragón y su secretario que lo visitan en Cloux (Francia), le oyen comentar sobre más de treinta disecciones hechas personalmente. Diseccionaba la piel y el celular hasta llegar a los músculos; empleaba métodos de corrosión para mostrar arterias y venas y el esqueleto. Inyectaba sustancias colorantes en los vasos y cera derretida en las cavidades cardíacas y cerebrales con el objeto de hacer moldes de ellas.



Michelangelo Buonarroti (Caprese, 6 de marzo de 1475 – Roma, 18 de febrero de 1564), conocido en español como Miguel Ángel



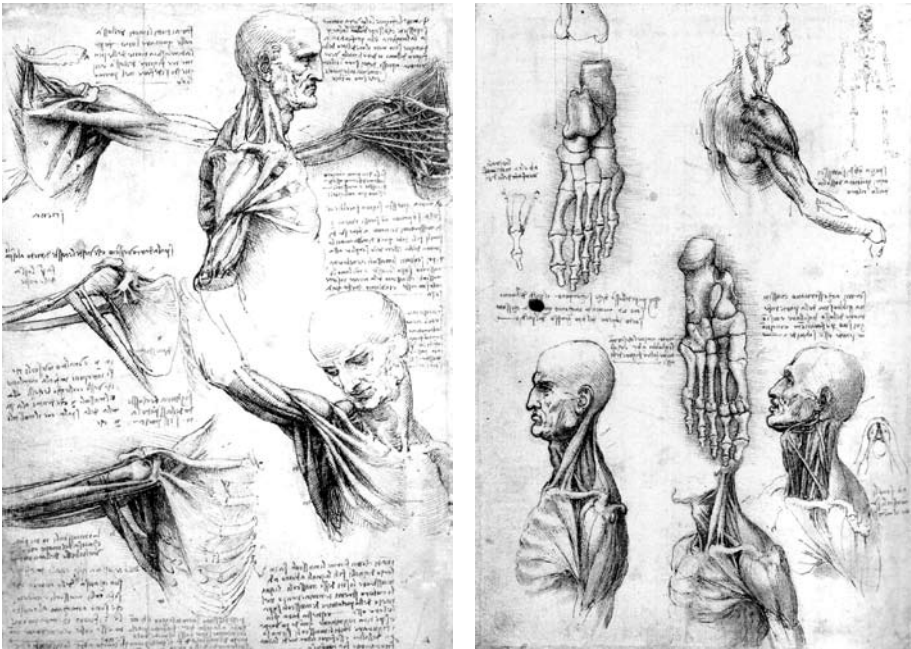
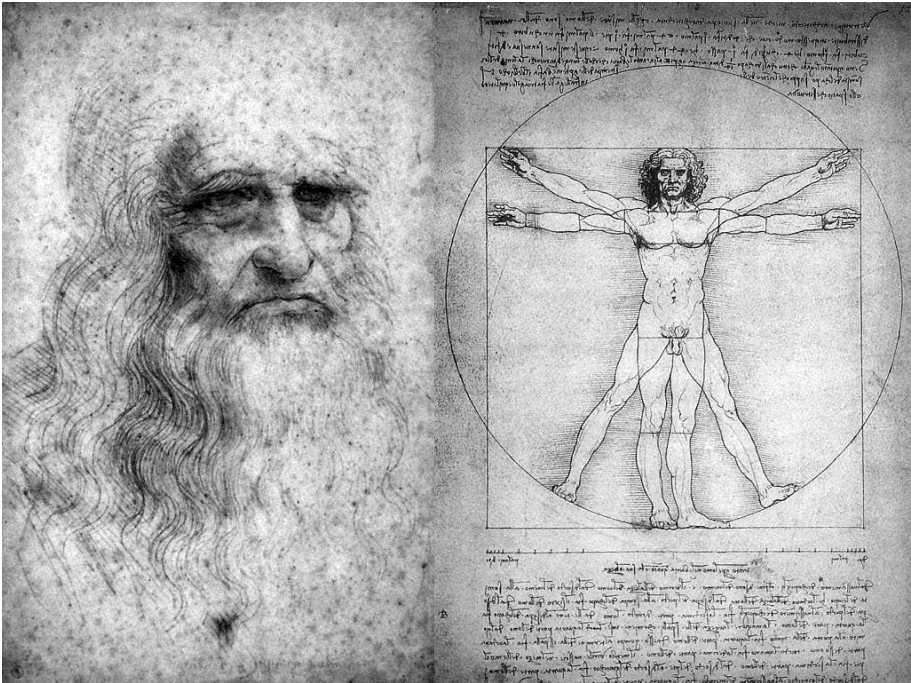
El David de Miguel Ángel
(realizado entre 1501 y 1504).



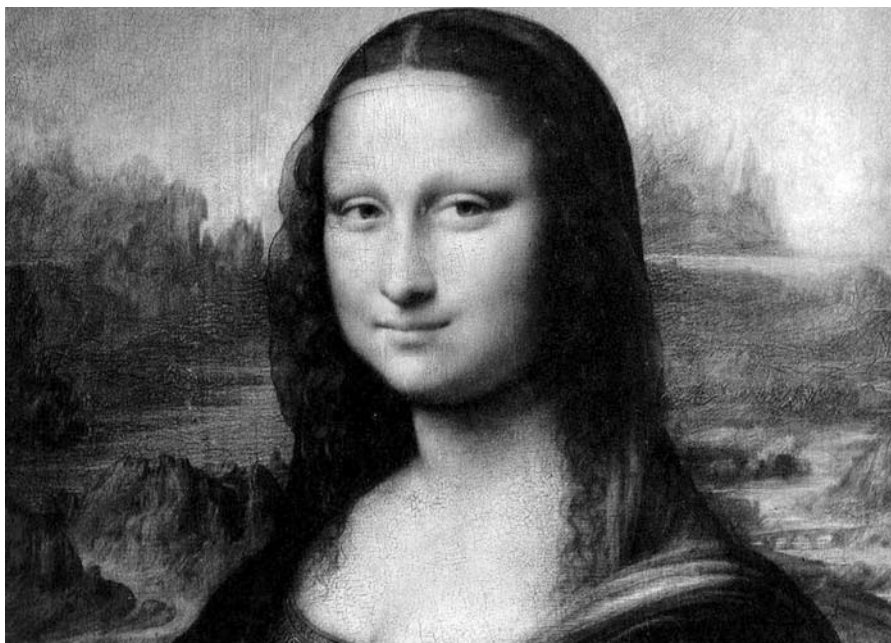
El Moisés de Miguel Ángel
(realizado en 1509)



La Piedad del Vaticano o *Pietà* es un grupo escultórico en mármol realizado por Miguel Ángel entre 1498 y 1499.



Leonardo Da Vinci y sus dibujos anatómicos



La Gioconda (Leonardo da Vinci, 1503 - 1519. Óleo sobre tabla 77 x 53 cm. Museo del Louvre, París.

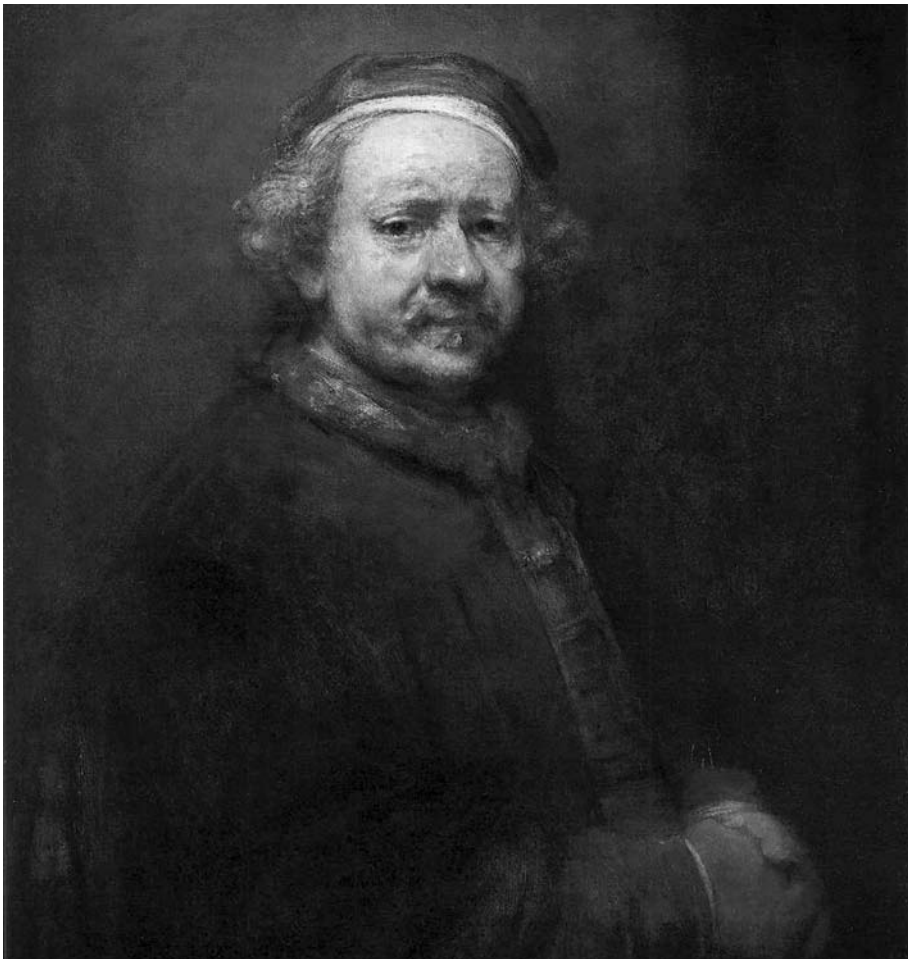


Ginevra de Benci (Leonardo da Vinci, 1474-1476. Pintura al temple y óleo sobre tabla 38,8 x 36,7 cm. Galería Nacional de Arte, Washington DC..

Hizo observaciones del cráneo, columna vertebral, esternón, costillas y huesos de las extremidades de la especie humana; describió los senos maxilares, los conductos lacrimales, las curvaturas del raquis, y las características que presentan las dos primeras vértebras cervicales y el sacro.

Disecó y dibujó en forma completa el cadáver humano. Sus dibujos sobre disecciones de niños y ancianos permiten apreciar las modificaciones impresas por los años en las distintas estructuras anatómicas. Incluso en 1503, investigó la causa de la muerte repentina de un anciano que pocas horas antes había estado hablando con él y posiblemente éste fue uno de los primeros exámenes *post mortem* de esta índole. Publicó un libro (incompleto) sobre Anatomía Humana: de *Figura Humana*, con encare mecanicista.

Rembrandt (1606-1669) pinta sus célebres cuadros sobre anatomía donde se aprecian detalles fruto de cuidadosas observaciones cadavéricas.



Rembrandt Harmenszoon Van Rijn



La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp (1632). Rembrandt. Óleo sobre lienzo 169,5 x 216,5 cm. La Haya.



Detalle del cuadro anterior.

Es a tener en cuenta la época que les tocó vivir a estos hombres y los serios problemas que se les plantearían para conseguir sus propósitos, la dificultad para la obtención de cadáveres dado las ideas religiosas vigentes.

A pesar de que la disección pública en el cadáver data de 1608, ya antes en Venecia se le autorizó. Años más tarde en Montpellier en el año 1575, Carlos VI ordenó la entrega de un condenado a muerte por año a la Escuela de Medicina (anticipándose a lo que años más tarde sucedería en París). En el año 1565 la Reina Elizabeth autoriza en Inglaterra la disección de criminales ejecutados.

Ante esta situación, totalmente insuficiente, las Corporaciones de Barberos Cirujanos reclamaron ante las autoridades por la escasez de cadáveres y lograron la adjudicación de 4 cadáveres anuales para su disección.

Es muy pintoresca la descripción que de estas disecciones hace Graham: *“las autoridades eclesiásticas y las corporaciones enviaban como representantes dos miembros cada uno, los que se dirigían a la cárcel y elegían un condenado a muerte joven y robusto. A primera hora era llevado a la explanada de la Universidad ante un numeroso y alegre público constituido por las máximas autoridades de la Iglesia y el Estado. Los nobles, los ricos comerciantes y mercaderes acompañados de sus esposas e hijos, muy orgullosos de haber sido invitados a tan interesante evento, entre charlas, risas nerviosas y galanterías que los estudiantes presentes efectuaban a sus bellas hijas, comenzaba un largo ceremonial en el que se ofrecían indulgencias espirituales para el alma del condenado en compensación por las “discretas molestias que sufrirá su cadáver”.*

Luego de esta parte ritual se retiraban los eclesiásticos y entraba en escena el verdugo quien rápidamente procedía a estrangularlo y lo extendía sobre la tabla de disección.

El cirujano mayor pasaba a ocupar su lugar en un alto sillón desde donde dominaba totalmente la escena, situado no menos de 4 metros de distancia del cadáver (ostentor); a sus pies un cirujano desarrollaba un pergamino y mientras leía su contenido (lector), un ayudante (disector) abría el cadáver y repetía lo que había dicho Galeno, a saber: Los cuatro músculos abdominales, el esternón multisegmentado, el hígado polilobular, el útero bicornue, etc., mientras el ostentor con una larga vara mostraba las partes descritas a esa multitud que desde lejos, sin luz y sin ver nada, entre desmayos, risas y náuseas, salía convencida de haber presenciado un acto trascendental.

El cirujano jefe y sus ayudantes se felicitaban por la excelente lección dada; a su vez los estudiantes perseguían a las hermosas damas algo perturbados por el alcohol que había corrido en forma abundante y discutían sobre la existencia del hueso de la luz, o la perdida costilla de Adán, mientras proseguían su discusión en las tabernas más próximas”.

En Edimburgo, los Cirujanos-Barberos consiguieron, además el permiso para monopolizar la destilación y venta del Whisky.



Otra lección de anatomía es la Lección de Anatomía del Dr. Willem van der Meer, debida al pintor holandés Michel Janzoon van Miereveld (1617). El artista, es considerado pionero en este tipo de género que floreció, en el siglo XVII, en los prósperos y protestantes Países Bajos. Son retratos colectivos o de conjunto en donde los retratados están más pendientes de su immortalización pictórica que del acto médico en cuestión. En el centro, y en primerísimo plano, se puede ver al Dr. Van der Meer en el momento en que finaliza la disección del cadáver. Esta pintura fue hecha por encargo del gremio de los cirujanos de la ciudad de Delft.

Se multaba con 5 libras esterlinas a aquél que llevara trozos de piel de cadáver con el objeto de curtirlo, o fabricar cinturones o carteras, que al decir de los entendidos, la piel de hombre era superior en calidad y duración a la gamuza; mientras que se rechazaba la de la mujer por ser demasiado blanda. La sustracción de una víscera o de un fragmento de cadáver para hacer disección a domicilio, se multaba con 10 libras esterlinas.

Eran deberes de los ayudantes de anatomía o *stewards* del Hall de Cirujanos-Barberos “colocar una alfombra en un lugar apropiado para que al cirujano no se le enfriaran los pies, proporcionar las varillas para señalar los tiempos de la disección, tener prontas las velas cuando se necesitaba una iluminación especial y transportar junto con los cirujanos el cadáver al Hall de la compañía, para que los representantes de la ley se hicieran cargo de él y le dieran sepultura”.

En realidad, en todo este trayecto el cadáver iba perdiendo (previo el pago respectivo a los que tenían por función su cuidado) fragmentos y órganos que terminaban en casa de estudiantes e interesados curiosos de aprender directamente sobre ellos.

Otro problema que se presentaba a veces era que el verdugo fallaba y el condenado volvía a la vida con gran disgusto de los asistentes, refiriéndose el caso que ante esta situación el cirujano jefe se dirigió al culto público asistente y ante la aprobación de éste se continuó con la disección, lo mismo sucedió en el caso de un criminal en Alemania.

Tal era pues, la situación de la Anatomía hasta que surgió el gran Vesalio (Andreas Vesalius, 1514-1564) para poner las cosas en su lugar y con su valor, dedicación y genio destruyó el falso andamiaje armado por Galeno y sus seguidores en su obra monumental: *De Humani Corporis Fabrica*, (Basilea 1543), por lo que tiene bien ganado el título de *Padre de la Anatomía*.

Poco a poco se fue desarrollando un tráfico ilegal de cadáveres en el que, como hemos dicho, malhechores, *guardianes de la ley*, estudiantes y cirujanos estaban implicados; esto llevó en el año 1710, a que el Colegio de Cirujanos de Edimburgo condenara la violación de tumbas del Cementerio de los Frailes Grises, y para tratar de calmar la indignación del público, agregó una cláusula al contrato de sus asociados por la cual, se prohibía violar sepulturas so pena de expulsión inmediata. Pero junto a la indignación popular también los criminales (posibles candidatos a la ejecución), y sus familiares asistían con horror a estas prácticas anatómicas y a la posibilidad de ser víctimas del robo de su cadáver; por lo que, cuando una ejecución era llevada a cabo, amigos y familiares velaban el cadáver para evitar lo que podría ocurrir. Hogarth [William Hogarth 1697 - 1764] ironizó en un dibujo esta situación, en que se mostraba cómo un cadáver iba perdiendo sus fragmentos y órganos a medida que se le transportaba al cementerio, y lo tituló *ved lo que le espera al malhechor*.

3. LOS RESURRECCIONISTAS

Es famoso también lo que le pasó a Dick Turpin después de ser ahorcado: para tratar de evitar el robo de su cadáver fue enterrado a varios metros de profundidad. A pesar de ello, los restos de su cadáver fueron encontrados en el jardín de un cirujano, obligándolo a enterrarlo por segunda vez en un foso de cal viva.

Empezó así la lucha contra el robo de cadáveres, pero ya los llamados *Resurreccionistas* se habían organizado en bandas para el robo de cadáveres y entre ellas se ponían de acuerdo sobre los territorios en que actuaban y en sus clientes, cirujanos y Escuelas de Medicina; formaban verdaderos *rackets* que nada tenían que envidiar, en organización y métodos, a lo que años más tarde sucedería en Chicago durante la Ley Seca.

Empieza entonces una lucha del público y el Estado para la defensa de sus muertos; y mientras unos usaban diferentes medios de cuidado, como colocación de rejas, tapas, mármoles, trampas, etc., alrededor de las tumbas y pagaban guardianes que las cuidasen; el Estado en 1771, ordenó entre

otras medidas asegurar a los ahorcados con cadenas para que no fuesen sustraídos.

Frente a estas medidas los *Resurreccionistas* ponían en juego ardides de todo tipo para conseguir sus propósitos, desde el uso de espías disfrazados de dolientes (en general mujeres) que acompañaban al difunto a su entierro; se encargaban del estudio del terreno, de las posibles trampas, de la situación de coronas, etc., hasta la compra (soborno) de los funcionarios encargados del cuidado del cadáver por parte de las familias, guardias de cementerio.

Es así, que a fines del siglo 18, los primeros *amateurs* dieron paso a verdaderos profesionales que aseguraban la adquisición de material cadavérico y cuyo precio alcanzaba de 2 a 8 guineas por pieza según el ejemplar que ofrecían y el cirujano que compraba.

Para tener una idea de la efectividad del sistema diremos que en un allanamiento hecho por denuncias, en la casa de un honrado habitante de la ciudad, la Policía descubrió más de 20 cadáveres guardados para su venta.

Otro detenido declaró que sólo en 1809 había vendido 305 cadáveres de adultos y 44 de niños a las Escuelas Médicas de Londres, a la vez que despachó 37 cuerpos a Edimburgo; y todavía le quedaban 17 en oferta.

Un detalle interesante era el respeto que los *resurreccionistas* tenían por las cosas del difunto, sobre todo la mortaja, lo que devolvían religiosamente a la tumba una vez extraído el cuerpo del cajón, en la creencia que robar el cadáver no era delito y sí era un robo sacar sus pertenencias.

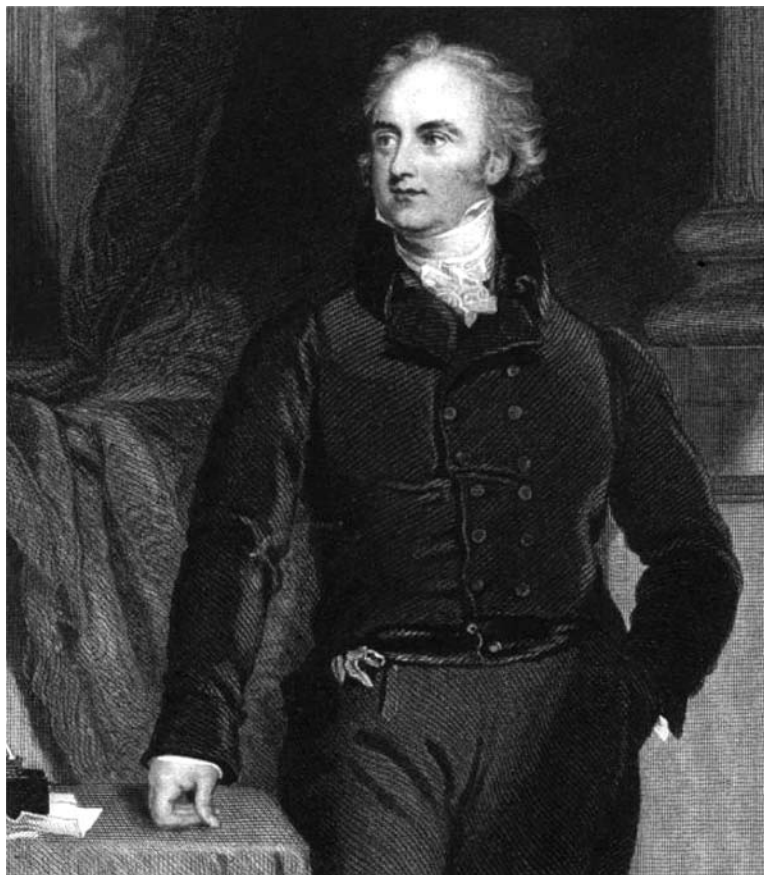
En 1788 se estableció la legislación sobre *la propiedad legal del cadáver*. Es de tener en cuenta que las autoridades conscientes en la necesidad de formar buenos médicos y sobre todo cirujanos por los conflictos armados que se sucedían, no hacían mayor hincapié en aplicar grandes castigos por estos robos, que muchas veces terminaban con una multa o un corto período de detención.

En ocasiones, cuando las cosas se les ponían difíciles, los *resurreccionistas* se trasladaban a otra ciudad y desde allí remitían su material convenientemente conservado en salmuera y en cajas que rotulaban: “repuestos de maquinaria agrícola”, “material para la industria”, etc., etc.; es así que se estableció un tráfico de cadáveres entre Edimburgo, Londres, Glasgow, Manchester, etc.

Por esa época sólo en Londres existían 12 Escuelas de Medicina con 700 estudiantes, ávidos de disecar cadáveres y que además un elemento muy importante para su prestigio era la posibilidad de hacer disección.

Algunos *resurreccionistas* de categoría recibían una asignación mensual que llegaba a 50 guineas (que para la época era de real importancia) por un correcto surtido de *material*; y cuando por algún motivo no se les pagaba, ocurrían diferentes *accidentes*, lo que hacía reconsiderar por parte de las autoridades de tales Escuelas la negativa a pagar dichos sueldos. Cuando se trata-

ba de un cirujano renuente al pago, era habitual que se originara un tumulto frente a su casa, con disfrazados dolientes que escenificaban verdaderos dramas que enardecían a la multitud, la que en ocasiones llegaba a romper vidrios, puertas y ventanas y prendían fuego al edificio. El pobre médico si podía salir corriendo por la puerta trasera, se consideraba satisfecho.



Sir Astley Paston Cooper, (1768 –1841) fue un cirujano y anatomista inglés, que realizó históricas contribuciones a la otología, cirugía vascular, la anatomía y patología de la glándula mamaria y testículos y la patología y cirugía de la hernia.

Como ejemplo demostrativo del momento, en una oportunidad Sir Astley Cooper trasladó tres cadáveres de su casa al Hospital de Santo Tomás; esto fue detectado por los vigilantes, los que hicieron la denuncia correspondiente, por lo que el [Alcalde] *Lord Mayor* de Londres acompañado en el procedimiento por Sir Astley intervino felicitando a los funcionarios por su dedicación y, aparte dispuso en secreto, que los cadáveres siguieran rumbo al hospital para su disección.

En vista que el problema iba en aumento, el Gobierno Británico dispuso una serie de medidas que hizo decir a Sir Astley (quien se jactaba de poseer la mejor brigada de *resurreccionistas* a sus órdenes, que le permitía tener el mejor material) que estas medidas sólo conseguían aumentar el precio de los cadáveres y no disminuir el número de sustracciones. Declaraba enfáticamente que: *con ellas o sin ellas no existía ninguna persona fuese cual fuese su posición que su cadáver no quedara disponible para sus lecciones*. Una encuesta judicial demostró que en esa época, en Londres solamente, había más de 200 personas dedicadas al negocio de la *resurrección*.

Para calmar los ánimos del público el Gobierno nombró una Comisión investigadora que se encargaría de solucionar el problema. Pero ocurrieron una serie de hechos que agravaron aún más la situación.

Ya se rumoreaba por entonces la posibilidad de que se estuvieran cometiendo crímenes con el fin de conseguir cadáveres para vender y Goethe, a través de su personaje Wilhelm Meister escribe: *...a usted amigo puedo confesarle que en esta ciudad se han cometido asesinatos para proporcionar a los anatomistas un material que necesitan de urgencia y que pagan a buen precio*.

Había llamado la atención a la policía y al público la desaparición de vagabundos y prostitutas en forma misteriosa y nunca aclarada; y un cronista de Glasgow escribía que era llamativo que la mayoría desaparecían misteriosamente sin dejar rastros.

Otro periodista relató el caso en que se vio envuelto un médico amigo, al que en el otoño de 1828 fueron a ofrecer en venta el cadáver de una mujer para su disección, pero que al desempaquetarla se le encontró parcialmente vestida y con el cráneo hundido a golpes, por lo que se negó a comprarla.

Se descubre entonces a Elena Torrence y a Juana Wladie, que luego de pasar un tiempo trabajando por su cuenta robando cadáveres, estrangulaban a un niño y vendieron su cadáver por 2 chelines y 6 peniques; fueron ahorcadas (ignoramos si sus cadáveres fueron a parar a la mesa de algún anatomista).

4. BURKE Y HARE

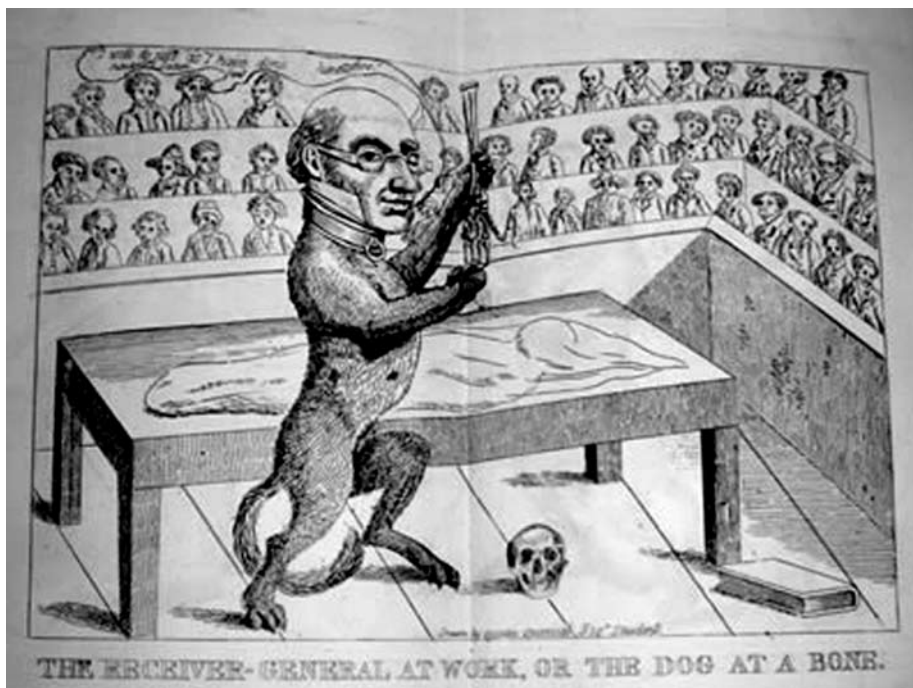
Vivía en aquel tiempo en una miserable casa de huéspedes de Edimburgo un tal Guillermo Hare. Era lugar frecuentado por vagabundos y prostitutas. En él murió (al parecer de muerte natural) un vagabundo (ex oficial retirado) con gran disgusto de Hare, al que debía 4 libras, que ya no podría pagar. Las autoridades parroquiales habían enviado un ataúd para el entierro, pero Hare, ayudado por un cómplice de nombre Thomas Burke y su amante Elena McDougal, sacaron el cuerpo y lo vendieron al Dr. Robert Knox, distinguido cirujano y profesor de Anatomía de Edimburgo, quien pagó por él 7 libras y 10 chelines. El Dr. Knox había heredado la Escuela de Medicina



Dr Robert Knox (1791-1862)

de Sir John Barclay, en la cual habían estudiado, entre otros, dos eminencias de la Medicina y de la época, los Dres. Liston y Syme; y se jactaba de tener siempre *la mesa bien servida*. Este dinero tan fácilmente ganado, despertó la codicia de los malhechores, quienes ansiosos de repetir el negocio y al ver que era difícil esperar la muerte natural de sus posibles candidatos, comenzaron a recorrer las calles y a recoger borrachos, viejos, y desvalidos para llevarlos a su casa, donde los emborrachaban, procediendo después a asfixiarlos por el procedimiento en el que Hare los sostenía sentado encima y Burke les tapaba la

nariz y la boca tratando de no dejar ninguna huella, pues sabían que el Dr. Knox al descubrirla llamaría de inmediato a la policía.

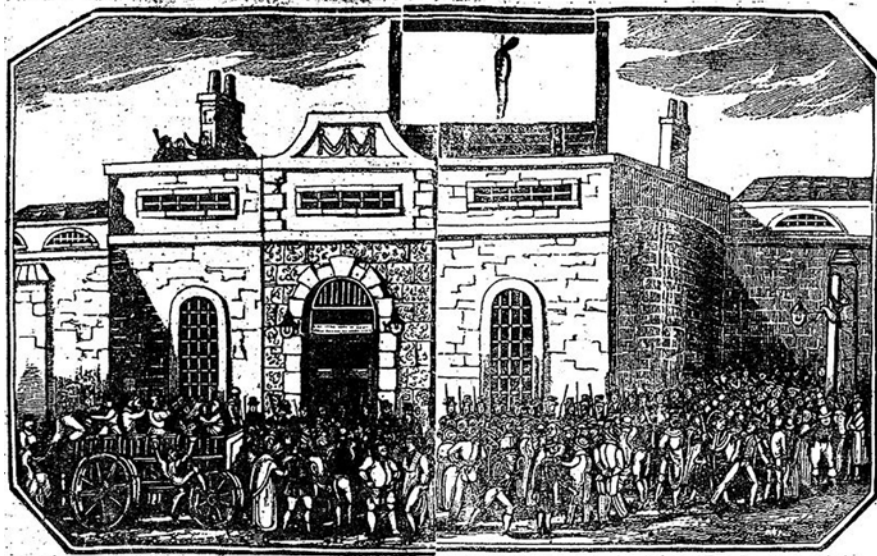




William Burke (1792 - 1829) y William Hare (nacido en 1792 o 1804 -?)

Execution & Confession of BURKE.

On Wednesday, January, 28th, 1829, for the West Port Murders, at Edinburgh,



Empieza así una larga lista de víctimas entre los que aparecen, un famoso borracho bien conocido en el ambiente, llamado Abigail Simpson; la vieja basurera Effie, una anciana irlandesa y su hijo de 12 años sordomudo, la vieja carbonera Gatherer que detenida por la policía por ebriedad y escándalo fue rescatada por el propio Burke; y en especial la lavandera Hostler que en plena borrachera cantaba acompañada por Burke la canción *Hogar, dulce hogar*. La lista continúa hasta llegar al caso de Mary Patterson.

Mary era una joven y hermosa prostituta de 18 años que recorría las calles de Edimburgo otorgando sus favores a cambio de dinero y era ampliamente conocida en el ambiente de la juventud *entendida*.

Una noche fue detenida por la policía junto con su amiga y colega Jannet Brown; en la madrugada son puestas en libertad y se trasladan a la taberna de un tal Swanton donde las encuentra Burke y las invita a seguir la fiesta en su casa. Les regala una botella de whisky a cada una y marchan los tres entre cantos y risas a la casa de Burke donde aparece en escena W. Hare. Luego de un rato de beberaje, Jannet Brown se va de la casa quedando Mary en coma alcohólico. Al otro día su cuerpo aparecía en la mesa de disección del Dr. Knox, quien la utilizó para dar una serie de conferencias sobre la belleza femenina, momentos que aprovechó un alumno asistente a ellas para trazar a lápiz un boceto del cadáver donde se aprecian una serie de hematomas del dorso, consecuencias sin ninguna duda del método aplicado por Hare y Burke para asesinar a sus víctimas. Entre los asistentes a las conferencias, había muchos conocidos y amigos de Mary, que por razones

obvias la conocían bien, por lo que comenzó así la sospecha sobre la causa de su muerte.

A este caso se agregó el de Margarita Campbell, que terminó con ellos y tal vez de algún modo, cerró este pintoresco y macabro capítulo de la historia de la anatomía.

Margarita Campbell era una señora irlandesa, que llegó a Edimburgo preguntando por unos parientes. Allí la conoce Burke quien, haciéndose pasar por primo lejano la invita a su casa y después de emborracharla según su técnica habitual, cantan juntos y bailan alegres canciones del terruño. Cuando cree que estaba lista, se echa sobre ella para ultimarla, pero la anciana se resiste ferozmente y comienza a pedir auxilio; es oída por los vecinos quienes llaman a la policía, pero al llegar, ya Burke la había ultimado y escondido el cadáver bajo una cama en un montón de paja; la policía no encuentra nada y se retira; Burke intenta sobornar a un vecino para sacar el cuerpo, pero aquel acude a la policía mientras Burke vende el cuerpo de la anciana al portero del Dr. Knox, quien paga como adelanto por ella la suma de 5 libras a cuenta, diciéndole que el Dr. le entregará el resto cuando revise el cadáver.

Hare y Burke junto con Elena McDougal fueron rápidamente detenidos y conducidos a prisión, con el riesgo de ser linchados por una enfurecida multitud, mientras que la casa del Dr. Knox era apedreada y casi incendiada.

El día de Navidad de 1828 se efectuó el juicio, en el que mientras Hare y Elena McDougal quedaban en libertad por haber actuado como testigos de la Corona, Burke fue condenado a la horca.

Próximo a morir pedía se le exigiera al Dr. Knox el pago de las 5 libras que se le adeudaban con el objeto de poder presentarse correctamente vestido en público cuando fuese llevado al patíbulo.

Una verdadera muchedumbre asistió a la ejecución y durante muchos años se exhibió su esqueleto colgado en el Museo de la Facultad de Medicina.

Tres años después se ahorcó en Londres a Elizabeth Ross (8 de enero de 1832) por la muerte de una anciana de nombre Catalina Walsh. Estos fueron los últimos casos de este capítulo tenebroso de la historia de la Anatomía, pues a posteriori se enmendaron las Leyes, permitiéndose el aporte de cadáveres en número suficiente para las Escuelas de Medicina, con lo que quedaron cesantes los *resurreccionistas* y liquidado su triste y trágico negocio.

Como recuerdo de la época, nos quedó la BALADA DEL FANTASMA DE MARY que circulaba en Londres y que reflejaba en forma satírica la situación y que estaba dirigida a su amado William:

*El brazo que en tu brazo se apoyaba
el Dr. Vyse se lo ha llevado,
y mis dos piernas de paseo se han ido
al Hospital Guy.
Mi mano fiel que juré entregarte
el destino lo impidió
y el Dr. Bell la tiene ahora
en un frasco con alcohol.
Y aquellos pies, mis piecitos,
que yo guardaba para ti,
Están uno en Belford Rowen
y el otro en la City.
A dónde ha ido mi cabeza?
Pregúntale a Carpues el gran doctor,
Mi tronco está empaquetado
en el coche del Dr. Pickford.
Al Dr. Partridge debieras ver
y de mi parte dejarle un recado,
que no me gusta el lugar
que a mis restos ha destinado.
El gallo canta, debo partir
William mío te digo adiós,
Tuya soy siempre aunque
Sir Astley posea mi corazón.*

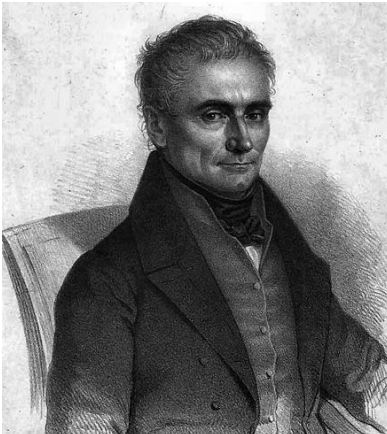
Después de este período se estabiliza la enseñanza de las Ciencias Anatómicas en el mundo y surgen la Escuela Alemana, Inglesa y sobre todo la Escuela Francesa, a la que nos vamos a referir en especial por ser el origen de nuestra escuela anatómica que brilló en todo su esplendor a fines del siglo XIX y comienzos del XX con los nombres de: Bichat, Beau, Bérard, Baillarger, Gatriolet, Broca, Ranvier, Rolando, Corti, Horner, Purkinje, Henle, Hyrtl, Kölliker, Merkel, Waldeyer, Ruffini, Magendie, Charpy, Roux, Béclard, Gerdy, Velpeau, Cruveilhier, J. L. Petit, Desault, Dupuytren, Malgaigne, Sappey, Farabeuf, Delbet, Sébilleau, Hovelacque, Gregoire, Paître y que culminaron con la publicación de los textos de Testut, Jacob, Latarjet, Poirier, Rouvière, Couinaud, Bismuth y Paturet, que sirvieron de base a la preparación de médicos uruguayos.



Marie François Xavier Bichat (1771 -1802)



Paul Pierre Broca (1824 - 1880)



Jan Evangelista Purkyně (1787 - 1869)



Dr. Louis Hubert Farabeuf (1841 – 1910)



Leo Testut (1849 - 1925) fue un médico francés, profesor de anatomía, célebre por su obra *Traité d'anatomie humaine*, referencia en dicha disciplina.



André Latarjet fue un anatomista francés (1877 - 1947) que colaboró con el anterior.



Henri Rouvière (1876-1952)



Jean Cruveilhier (1791-1874)



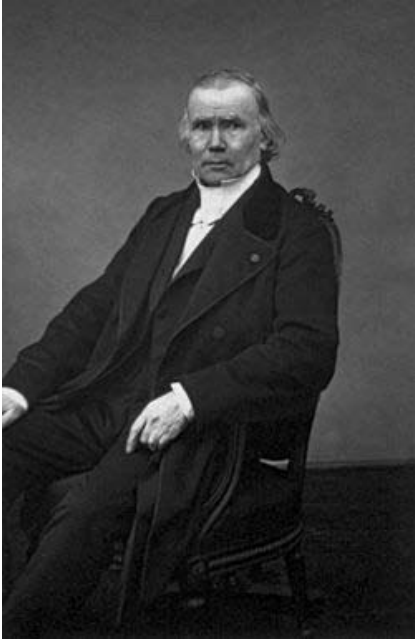
Baron Guillaume Dupuytren (1777-1835)



Friedrich Gustav Jakob Henle (9 de julio 1809, Fürth, Alemania - 13 de mayo 1885), fue un médico patólogo, anatomista y zoólogo alemán, descubridor del asa tubular de riñón que lleva su nombre.



Marie Philibert Constant Sappey (1810 – 1896)



Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau (18 de mayo
1795 – 24 de agosto 1867)



Pierre Delbet (15 de noviembre 1861 – 17 de julio 1957)



Alfonso Giacomo Gaspare Corti
(1822 – 2 de octubre 1876)



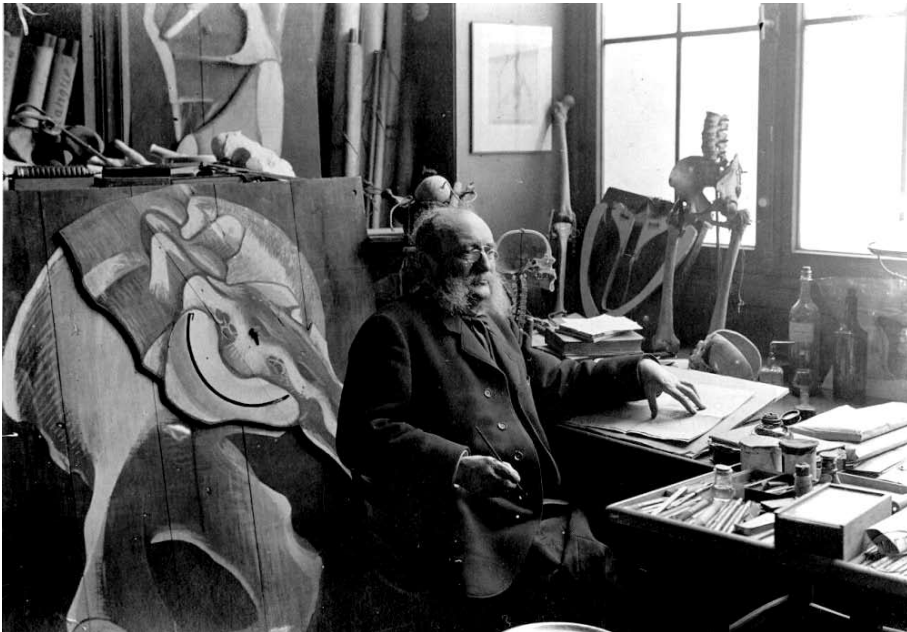
Henri Albert Hartmann
(16 de junio 1860 - 1 de enero 1952)



Louis-Antoine Ranvier (Lyon, Francia, 2 de octubre de 1835 - Vendranges, Francia, 22 de marzo de 1922) fue un médico, histólogo y anatomista francés, descubridor de la mielina (recubrimiento axónico lipídico) y los nodos de Ranvier, (estructuras subcelulares que recubren los axones de las neuronas y proveen más velocidad al impulso nervioso).



Pierre Sébileau, (1860-1953).



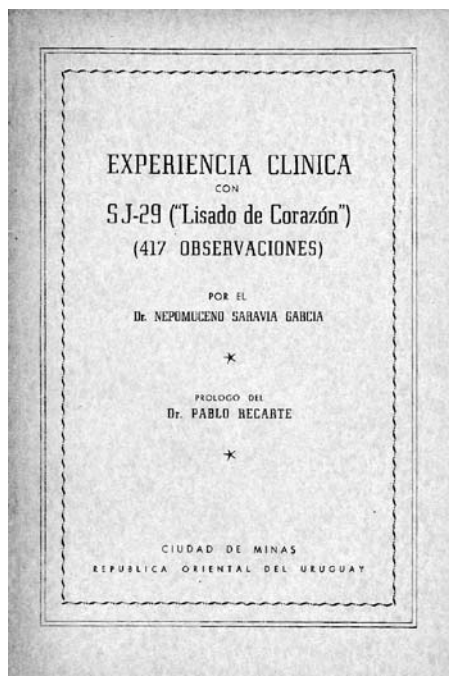
Farabeuf en su estudio, con sus piezas, láminas e instrumentos.

CAPÍTULO 3

EL CIRUJANO

EL LISADO DE CORAZÓN Y LA CIRUGÍA

Por 1960 había una controversia brutal respecto del *Lisado de Corazón*, que fabricaba en la ciudad de Rivera, el Químico Farmacéutico don Federico Díaz. Los enfermos, contaba Ríos, ilusionados por esa cura mágica, dejaban el hospital, del Servicio del Profesor Larghero, para ir a Rivera. Primero, se enteraban por sus parientes que tenían cáncer, cosa que en aquel tiempo no se acostumbraba revelar a los pacientes, porque todavía no había venido a incursionar la Bioética, y ellos tenían la esperanza de tener un pólipo, un adenoma, o alguna otra patología benigna. Pero ante el remedio milagroso, los parientes le decían: *Fulanito, o Fulanita, vámonos a Rivera, a tomar el Lisado de Corazón, que te va a salvar del Cáncer*. Y allá marchaban. Pasadas unas semanas volvía el paciente y su familia, hechos puré, a hacer lo que la Clínica Quirúrgica pudiera, que en general era muy poco. Entonces *El Chumbo* nos comentaba: *Se dan cuenta, ¡qué disparate! ¡Que haya un ministro que tolera esto!* Hasta que el Ministro cambió, ante las presiones políticas, y fue sustituido un Profesor de Cirugía (Carlos V. Stajano) por un abogado de Rivera, muy ladino, profesor de Derecho Administrativo, que terminaría siendo sirviente de dictadores y militares, el Dr. Apa-



Tapa y prólogo de una publicación de la época, promoviendo el uso del producto SJ-29 ("Lisado de corazón").

ricio Méndez. Que por supuesto, legalizó el Lisado de Corazón, permitió su fabricación y venta, cosa que todavía se mantiene, a pesar de haber tenido un Presidente Médico y Oncólogo al frente del Gobierno nacional. Y si no, vayan y pidan en cualquier farmacia del país, el famosísimo Lisado, que no sirve para nada, para curar el cáncer, el asma, ni cualquiera otra enfermedad, pero es un placebo de primera. Y Aparicio Méndez, que fue Presidente de IMPASA, descansará en paz en su sepultura, junto a Federico Díaz, revolcándose de la risa por el favor que le hizo. A su amigo y coteráneo riverense, y a todos los pacientes a los que mandó a la fosa.

PROLOGO

N. Saravia García nos ofrece en este trabajo su abundante experiencia personal respecto del empleo terapéutico del preparado "S. J. 29" (llamado corrientemente "lisado de corazón") descubierto por el Q. F. Sr. Federico Díaz de la Ciudad de Rivera (República Oriental del Uruguay) y dado a conocer en el último trimestre de 1960.

En forma ordenada y sencilla, presenta abreviadamente los casos clínicos observados, entre los cuales se destacan algunos (p. ej. números 17, 30, 43, 53 y otros) por el singular interés que revisten; y ofrece su evaluación de los resultados obtenidos.

Su opinión abonada por las numerosas observaciones personales que presenta, así como por la experiencia de otros colegas, es francamente favorable al empleo terapéutico del "S. J. 29" en los casos apropiados.

El autor se ha preocupado, a lo largo de más de un año y medio, por conocer directamente y en todos sus detalles los casos más significativos y relevantes observados por otros médicos; quizá muy pocos, o nadie, hayan podido reunir hasta el momento una tan amplia experiencia (propia y ajena) en la materia. Es elemental por tanto, agradecerle su decisión de darla a conocer, máxime teniendo en cuenta que es la primera de su género en aparecer.

Nos parece muy elogiable la forma en que Saravia García expone su opinión, desde un punto de vista general, en la Introducción de su trabajo (ver páginas 10 y siguientes); es a nuestro parecer un ejemplo de acuanimidad —que tanto se necesita acerca de este tema, en nuestro medio— viniendo de quien, como él, emite un juicio entusiastamente favorable sobre los méritos del "S. J. 29" en terapéutica. Es asimismo muy elogiable la forma en que destaca la necesidad de proceder sin demora a una detallada investigación científica.

Es notorio que, en nuestro medio, las opiniones profesionales divergen al respecto en forma a la vez lamentable y alarmante; van desde el rechazo más rotundo (en nombre de preceptos que habrían sido desoídos o violados, en lo referente a detalles de procedimiento y de presentación del producto), hasta las opiniones más favorables y los encomios más entusiastas (en nombre de los resultados efectivos, no rara vez sorprendentes según algunos observadores, que con él se obtienen).

Unos y otros ponen énfasis sobre uno u otro aspecto de la cuestión; jerarquizan de diverso modo la importancia relativa de los distintos puntos a considerar, sin tener mucho en cuenta —u olvidando simplemente— los alternos puntos de vista. De este modo, no están hablando en realidad de la misma cosa, aunque crean hacerlo; sino de aspectos parciales que, aunque ligados y relacionados entre sí, son —en esencia y en escala de valores— de naturaleza mutuamente irreductible.

Así, reclaman algunos —como paso previo al empleo terapéutico (cuya autorización oficial fue concedida inicialmente sin objeciones, modificada luego con restricciones expresas y más tarde en forma amplia) el cumplimiento de una serie de exigencias formales; entre ellas, la revelación total de los detalles de preparación y el ofrecimiento de garantías completas de identidad y patronización

El producto sigue tan campante aún hoy: figura en el *Farmanuario 2013*, páginas 275 y 656, ahora anunciado entre los coadyuvantes de la cicatrización y otros suplementos nutricionales (tónicos naturales), fabricados por Federico Díaz S.A. con el nombre original Lisado de Corazón S.J.29.

("estandarización"). Y mientras tales exigencias formales, a las que consideran irrenunciables e impostergables, no sean satisfechas, renuncian personalmente al empleo del producto y aún a tomar conocimiento de los hechos clínicos favorables que, de un modo u otro, se encuentran al alcance de su observación.

Otros dicen, muy sencillamente, que el sufrimiento humano no puede esperar; que no puede ser postergado, ni desatendidas sus esperanzas, por ninguna clase de formalidades, por muy justificadas que ellas sean o puedan parecer; que no puede mantenerse en plácida expectativa mientras otros pierden el tiempo en discusiones de todo género.

Que una vez que se dió comienzo, por los médicos de Rivera, al empleo clínico del producto y que se volvió notorio que beneficiaba o aliviaba a pacientes graves o desesperados en los cuales fracasaban los restantes recursos disponibles; y, por otra parte, que carecía de toxicidad, era inhumano denegárselo a otros pacientes que, encontrándose en similar condición, lo necesitaban y lo pedían. Que negarlo, implicaba sustituir el fin último y máximo de la medicina por finalidades que aunque razonables, son de esencia normativa y convencional y que, por tanto, en relación a lo anterior, son de corto alcance, secundarias y pequeñas; que anteponerlas a lo fundamental, a valores humanos, comporta una subversión de las motivaciones del pensar y un extravío funesto en cuanto al ordenamiento lógico de las finalidades que es justo servir.

Los primeros, exigen pues el cumplimiento de importantes formalidades previas; los segundos entienden que lo fundamental es servir desde ya y siempre que sea posible el alto interés del paciente, no negándole un eventual beneficio.

Quizá no sea todavía tarde para intentar una conciliación fecunda de puntos de vista superando el actual estancamiento del diálogo, en nombre de lo que haya de razonable y de respetable en cada posición.

Seamos optimistas a pesar de todo; aunque el espectáculo mundial de la hora en que vivimos parecería desalentarnos mostrándonos cuán ingenua es hoy la pretensión de cualquier forma de auténtico diálogo en la convivencia humana.

La verdad es que el hallazgo comportaba para nuestro medio una novedad sin precedentes; era algo radicalmente nuevo que venía a conmover la quietud del ambiente, a chocar con lo establecido, dado y aceptado. Hubo de traspasar la barrera de la inicial incredulidad general y de vencer toda clase de resistencias; hubo de vindicar su derecho a existir, abriéndose paso a fuerza de hechos. "No hay fuerza humana que pueda sobreponerse a la terrible impertinencia de los hechos".

Y es verdad también que —una vez pasado el momento inicial de expectativa— sobrevino una crisis de verdadera entidad, signada por ásperas formas de controversia en la cual se malgastaron energías dignas de mejor aplicación. Desde entonces prevalece una maraña de malentendidos, o lo que es peor, de voluntades empecinadas en no entender. El correr del tiempo ha traído, naturalmente, cierta calma, pero los residuos de esta breve historia son aun claramente perceptibles y tan funestos como en un principio.

Desde un punto de vista personal, entendemos que si bien corresponde extraer lecciones del pasado, no hay que encadenarse a él cuando es posible superarlo.

Efectivamente: ha llegado el momento de madurar posiciones, de superar actitudes en uno y otro campo. Hay que abrirse paso hacia adelante, hacia la confirmación y sobre todo hacia la ampliación del conocimiento ya existente; hacia el análisis científico detallado de toda la cuestión; quizá hacia el descubrimiento y demostración de nuevas verdades; quizá a descorrer el velo que oculta nuevos enigmas.

Decimos esto con toda la ecuanimidad de que somos capaces; y si algo no queremos hacer es halagar encomiásticamente a nadie. Sabemos bien que el halago, en todas sus formas, lleva consigo la desestimación o el desprecio. Diógenes Laercio nos trae las palabras de Antístenes: "Más vale caer entre cuervos que entre halagadores; aquéllos os comen solamente después que habéis muerto, éstos os despedazan en vida".

En este estado de espíritu, arriesgaríamos el siguiente esquema para entenderse y cooperar:

- 1) A través de la observación clínica acumulada en nuestro país hasta el presente, aun cuando ella —por motivos diversos— no haya sido conducida, al menos en parte, en la forma inobjetable, inmune a toda interpretación tendenciosa o preconicionada (fuera ella favorable o adversa) en que pudo y debió conducirse, entendemos que *el producto "S J. 29" ha revelado méritos y utilidad práctica que justifican ocuparse de él.*
Esto, nos parece evidente: las interpretaciones alternativas (autosugestión, contagio psicológico, efectos de la ignorancia o de la propaganda, etc.) se han desmoronado solas ante los hechos. Quienes, invocando principios científicos, exigen el previo cumplimiento de determinadas formalidades, deberían recordar que negarse a ver los hechos, rehuirlos, es lo más anticientífico de todo.
- 2) No se han observado efectos tóxicos apreciables, inmediatos o mediatos, resultantes de su empleo en las dosis acostumbradas —y aún en dosis mucho mayores— en muy diversas situaciones clínicas.
- 3) La información de que se dispone respecto de su composición, de ciertas etapas decisivas de su preparación y patronización, así como de su posible mecanismo de acción y de otros puntos importantes que sería fatigoso enumerar, *es hasta hoy insuficiente para una dilucidación completa y satisfactoria de todas las cuestiones conexas con su empleo.* Estimamos necesario y urgente avanzar en este terreno.
- 4) Se requiere, por tanto *poner en marcha un plan coherente de investigación*, capaz de esclarecer y definir todos los muchos puntos aún oscuros; él ha de conducir a una purificación o perfeccionamiento del producto y de todos modos a un empleo más racional y acertado del mismo; tal vez a desarrollos de importancia insospechada.
- 5) Esta investigación *deberá realizarse donde ella pueda ser conducida en alto nivel*, detallada y completa, con las mayores probabilidades de éxito.

- 6) Es deber y responsabilidad de todos, esforzarnos por interesar a científicos de los medios más cultos y capacitados, de mayor experiencia y de competencia reconocida. Un ambiente así, que orienta sus esfuerzos hacia el proceso básico de adquisición de conocimientos, constituirá un lugar apropiado para que el descubridor de la droga ofrezca allí cabal información sobre los procedimientos de obtención, esterilización, preparación y estandarización de la misma. Con ello, el trabajo de investigación dispondrá de un adecuado punto de partida.
- 7) Finalmente no podemos ni queremos creer que sea necesario que, más o menos independientemente, vuelva a hacerse todo, comenzando por el redescubrimiento, en otro lugar que en nuestro país, para que el desarrollo de los acontecimientos pueda seguir su curso normal a través de todas las etapas necesarias.
Dentro de las circunstancias que prevalecían se ha hecho aquí nada más que lo que se podía hacer; lo que no nos fue posible, deberá hacerse en otra parte.
- 8) Nuestra profesión está hecha, antes que de ninguna otra cosa, de espíritu de servicio y de amor. El paciente ocupará siempre el primer puesto y el más alto plano en nuestras preocupaciones; no hemos de desestimar por anticipado nada que le ofrezca alivio, beneficio o curación. No hay que sentirse atado a las incidencias del reciente pasado, ni perderse en la minúscula inmediatez de cuestiones pequeñas, insustanciales. Hay que mirar alto y lejos, reflexionar hondo, desprenderse de espurios lazos que indebidamente nos traban; abandonar actitudes rígidas; sentir, en fin, el gran compromiso con la humanidad, con su dolor de hoy de mañana; *sentir la necesidad de saber más acerca de aquello que está hoy disponible en nuestras manos para que otros sufran menos.*

Dr. Pablo P. Recarte

SU PRIMER MAESTRO: PEDRO LARGHERO



La última foto tomada en vida con el Prof. Pedro Larghero, a la izquierda, seguido de Guaymirán Ríos Bruno, Walter Venturino y Juan Carlos Castiglioni.

Reconoció dos Maestros, en el arte de la Cirugía: el primero don Pedro Larghero, formador de grandes cirujanos, profesor de la Facultad de Medicina, con una Clínica Quirúrgica ejemplar en el Hospital Pasteur. El segundo, don José Iraola. Junto a Jorge C. Pradines, Pedro Benedek, Walter Venturino y Felipe Vázquez Varini, hicieron la publicación de homenaje a Larghero: *“Pedro Larghero: Cirugía y Pasión”*,¹ que es un deleite leer para conocer la historia de una gran Clínica Quirúrgica, continuadora de la tradición de Alfredo Navarro.

LA AUTOPSIA

En su formación quirúrgica incorporó la necropsia (autopsia), siguiendo las enseñanzas de su Maestro Larghero. Nos cuentan sus autores en su libro estos detalles: *“La Necropsia (Autopsia): Constituía en el Servicio una verdadera institución; cuando se realizaba una, se suspendía toda la actividad docente programada para que el personal técnico en pleno y los estudiantes pudieran presenciarla.*

¹ BENEDEK, Pedro, PRADINES, Jorge C., RÍOS BRUNO, Guaymirán A., VÁZQUEZ VARINI, Felipe S., VENTURINO, Walter: *Pedro Larghero. Cirugía y Pasión*. Gráfica Industrial Uruguay, Montevideo, agosto de 2000, 176 páginas.



Clínica Quirúrgica del Profesor Larghero en el Hospital Pasteur (año 1953). Primera fila de izquierda de derecha: José Oscar Percovich, Heriberto Valdés Olascoaga, Pedro Larghero, Luis Alberto Gregorio, Héctor Cardeza, Segunda fila: Guaymirán Ríos Bruno, Luis María Bosch del Marco, Ignacio T. Carrera, Dante Cianciulli. Tercera fila: Folco Rosa, Roberto Rubio, Luis Zanzi, Luis Alberto Vázquez Rolfi. Cuarta fila: Enrique Barthe, Juan Alberto Folle, Alberto Fernández Chapela, Hugo Delgado, Walter Venturino. Última fila: Roberto Perdomo, Eneas Terra y Leo Rieppi.

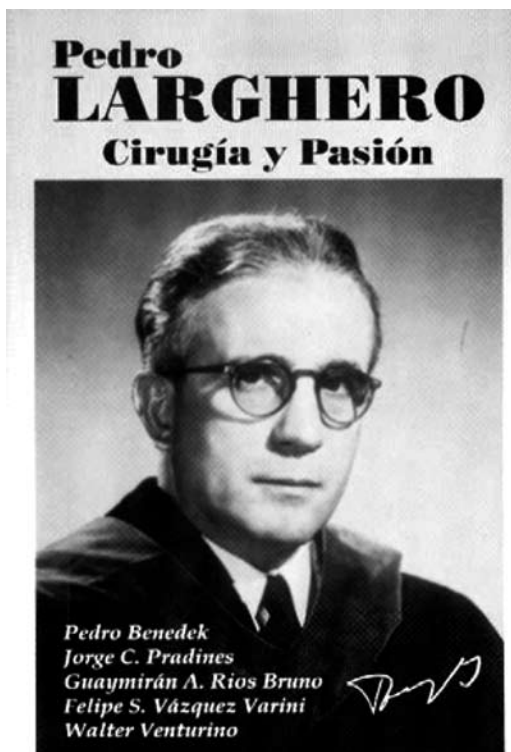
Las autopsias fueron realizadas a lo largo del tiempo por distintos Médicos Autopsistas: Dres. Castiglioni, Pradines, Ríos Bruno y Folle. Larghero afirmaba: “La necropsia constituye –después de la Cirugía– el acto docente más importante de un Servicio Quirúrgico y obtener la autorización para realizarla es una obligación moral del cirujano actuante!” Como demostración de la importancia que se le asignaba, recordemos que en la Clínica del Profesor Larghero se llegó a efectuar la autopsia hasta en el 80% de los pacientes que fallecían en el Servicio (y en el 100% de los fallecidos operados porque – por lo menos – se realizaba una necropsia parcial reabriendo rápidamente la herida operatoria). Afirmaba el Maestro: “La autopsia de un paciente que fallece luego de una operación, más que una técnica científica, constituye un acto de moral médica obligatorio para el Cirujano tratante”. La dedicación con que eran asistidos los enfermos seguramente facilitaba la anuencia de los familiares para la realización de este estudio”.²

Si grande fue la influencia que tuvo en su formación Pedro Larghero y su Escuela, en la que se desempeñó como Adjunto de Clínica entre 1956

2 PEDRO LARGHERO: *Cirugía y Pasión*; op cit, pp. 52.

y 1959, luego Colaborador honorario entre 1958 y 1961 y más tarde Asistente desde 1961 a 1964, no lo fue menos la influencia de José Iraola, en su Servicio del Hospital Maiciel, entre 1958 y 1964.

Permaneció Ríos Bruno más de seis años junto a Iraola, que le dejaría enormes enseñanzas, en la Cirugía y en su rica personalidad de humanista. *“En 1932 es designado Jefe del Servicio de Cirugía en la Sala Mateo Vidal y Larrañaga, en las que trabajó 35 años y donde tuvimos el honor y el placer de actuar como sus colaboradores desde el año 1958 a 1964 aproximadamente, cuando por razones de nuestra carrera docente tuvimos que abandonar con gran dolor, su servicio”.*



SEMBLANZA DE UN MAESTRO: JOSÉ IRAOLA³

Guaymirán Ríos Bruno

Recordemos al iniciar esta semblanza de José Iraola, que en 1912 se crea el Cuarteto de Urgencia: el 12 de febrero y son nombrados como cirujanos de guardia los doctores: Garibaldi J. Devincenzi, Manuel Albo, Domingo Prat y José Iraola. Y como practicante José May.

En 1960 en un homenaje tributado a estos maestros por la Sociedad de Cirugía del Uruguay y el Ministerio de Salud Pública, el Profesor Juan Carlos del Campo manifestaba:

...el que hay que hacer era la divisa, de ahí la acción franca, decidida, honesta, sin miedo al error diagnóstico, que era el precio a otras vidas salvadas y fuente emocional y científica de conocimientos y conductas futuras. Es de la del carácter que no admitía claudicaciones...

Los homenajeados de hoy integraban un cuarteto célebre. La cirugía de urgencia para todas las actividades, hospitalarias, mutuales y privadas se hacía en el Hospital Maciel. Y era credo de esa época que no era posible ser cirujano sin pasar por la escuela que al margen de la Facultad de Medicina funcionaba en ese hospital. Dijo también en esa ocasión Del Campo refiriéndose a Iraola:

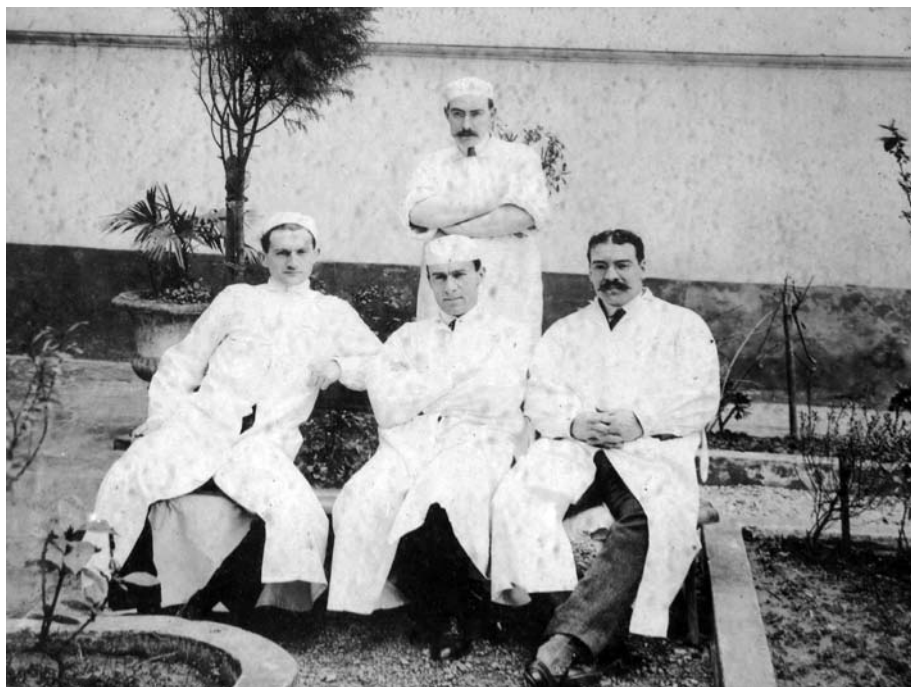
Iraola era un artista, sus operaciones sencillas, realizadas sin esfuerzo aparente eran de una belleza que subyugaba...

Ese era el cirujano Iraola del cual Víctor Armand Ugón nos ha dejado una hermosa semblanza.⁴ Hombre de campo que nació el 22 de abril de 1881 en Lascano, Departamento de Rocha, en cuya región era su padre un humilde hacendado y que se crió en las tareas rurales que forjaron su espíritu y su personalidad.

Se inicia como practicante durante la revolución de 1904, donde conoce a quien fue uno de sus más grandes maestros: Luis Pedro Lenguas; Practicante Interno de dedicada actuación se recibe de médico en mayo de 1909. Inmediatamente después viaja a Europa, a París, junto a su dilecto amigo

3 MAÑÉ GARZÓN, Fernando: El cuarteto de urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay 1902-1952. Ediciones de la Plaza, Montevideo, febrero 2005, 255 páginas; pp.: 112-115. La semblanza de José Iraola aquí trazada por Guaymirán Ríos Bruno, fue expuesta en una Jornada que tuvo lugar en el Anfiteatro Joaquín de la Sagra y Périz, del Hospital Maciel, el miércoles 8 de Julio de 1998, cuyo programa incluía una introducción y análisis del Servicio de emergencia del Hospital Maciel a cargo de Gustavo Bogliaccini; La Generación de 1909, por Fernando Mañé-Garzón; Semblanza de Manuel Albo por Jorge Nin Vivó; La actuación de Garibaldi J. Devincenzi, por Fernando Mañé Garzón; La personalidad de José Iraola, por Guaymirán Ríos Bruno; Domingo Prat y La Escuela Quirúrgica de Alfonso Lamas, por Raúl C. Praderi.

4 Armand Ugón, Víctor: José Iraola (1881-1967). Médicos uruguayos ejemplares T. I (1988), pp.: 131-132. Consultada el 24/3/2013 en www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/iraola.pdf



El "Cuarteto de Urgencia", en los inicios del Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Maciel (febrero 1912): de izquierda a derecha, sentados: Manuel Albo, José Iraola y Domingo Prat. De pie: Garibaldi J. Devincenzi.

Alberto Mañé, padre de nuestro ilustre maestro. Luego de trabajar y estudiar con los grandes maestros de la cirugía francesa entre otros el célebre *Eugène Lecène*, con el que además de su carácter de discípulo cultivó una profunda amistad que perdurará por el resto de su vida. Recorre varios países y luego vuelto al país en 1912 se destaca de inmediato por su correcta formación de cirujano y hombre de bien. En febrero de ese mismo año, es nombrado con Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi y Domingo Prat para integrar el legendario Cuarteto de Urgencia. Servicio que será mantenido durante veinte años y que como ya hemos dicho instituye la cirugía de urgencia, recientemente desprendida de la cirugía general en Europa y Estados Unidos y difundida entre nosotros por la obra de *Léjars*.

En 1932 es designado Jefe del Servicio de Cirugía en las Salas *Mateo Vidal* y *Larrañaga*, en las que trabajó 35 años y donde tuvimos el honor y el placer de actuar como sus colaboradores desde el año 1958 a 1964 aproximadamente, cuando por razones de nuestra carrera docente tuvimos que abandonar con gran dolor, su Servicio.

Iraola era un hombre que irradiaba bondad, noble, sencillo, sapiente y eximio cirujano, características que por otra parte son conocidas por todos los acá presentes. A modo de recuerdo personal tengo presente una hemicolectomía derecha efectuada por él en 45 minutos, de un paciente portador



En esta imagen dibujada por Miciano, a imitación de lo que hacían los profesores de Francia, se encuentran: De izquierda a derecha aparecen Augusto Turenne, Juan Pou Orfila, José Infantozzi, Manuel Quintela, (sentado) Albérico Isola, Brito Foresti, Elías Regules, Américo Ricaldoni, Arnoldo Berta, (uno de gorro blanco que desconozco), Alfonso Lamas, José Iraola (con boina vasca), Juan Francisco "Papá" Canessa, Bernardo Etchepare, Alfredo Navarro y Juan B. Morelli.

de un neoplasma que en otro servicio fue enviado a domicilio por haber considerado el caso inoperable y que fue dado de alta en perfectas condiciones a los siete días del postoperatorio.

Recuerdo que una mañana estábamos operando con Pedro Etcheverría, que luego fue un distinguido cirujano de Durazno, y que en ese momento trabajábamos juntos. Intervención de vías biliares muy difícil, la que teníamos grandes dificultades de reconocer el pedículo e individualizar sus elementos. Cuando llevábamos más de una hora en nuestro empeño aparece don José en traje de calle, cubierto con una túnica, en la sala de operaciones, se levanta la solapa con una mano para cubrirse la boca, pide un guante y se lo coloca en la mano izquierda, la introduce prácticamente sin mirar en el campo operatorio, y a los pocos minutos nos dice: *Bueno muchachos, sáquenla ahora...*

Asombrados, miramos el campo operatorio y allí estaba la vesícula, desprendida de los vasos, colgando sola de su pedículo. Así ayudados, procedimos a ligar el mismo y en pocos minutos la operación estaba terminada con todo éxito. Sin la intervención de Iraola hubiera sido un acto quirúrgico aún más prolongado y lleno de riesgos.

Resolvía Iraola toda la cirugía de su servicio hasta que llegamos Etcheverría y yo, luego de terminar nuestra jefatura clínica quirúrgica en el Servicio y Cátedra de Pedro Larghero. Veníamos llenos de energía y con gran generosidad haciendo confianza en nuestra formación inicial nos encargamos de gran parte de la cirugía de ese servicio pero con la seguridad que ante cualquier problema o dificultad allí estaba don José para sacarnos del apuro.

Es interesante recordar nuestro primer encuentro, ganado el concurso de oposición de Cirujano de Sala del Ministerio de Salud Pública; con Etcheverría llegamos al Servicio de Iraola no sabiendo en ese momento si vivía o era una reliquia del pasado o si solamente era un nombre en la chapa de la Sala *Larrañaga*.

El primer día de nuestra actuación comenzamos a pasar visita y al llegar a la cama 4 o 5 apareció un hombre maduro, serio, que se presentó como el Dr. Iraola, y nos estrechó la mano. Para mí fue un contacto mágico, porque a través de ese apretón, pude captar la firmeza de su carácter, la seguridad de sus actos y el afecto con el que nos recibía. De inmediato me di cuenta que estaba delante de un hombre que iba a ser trascendental en mi vida.

Durante esos 5 años no faltó ni un solo día al hospital. Gustaba de pasar visita y tratar siempre a los pacientes con amabilidad y cariño y prestando toda su atención a sus preguntas e inquietudes, a veces tolerando opiniones que para nosotros hubieran sido motivo de expulsión inmediata del paciente de la sala.

Recuerdo que un día ante las exigencias totalmente disparatadas de un paciente respecto a su tratamiento, que como es lógico demostraba su ignorancia y cuando yo ya estaba por contestarle bruscamente, Iraola me tocó el hombro y amablemente le dio una serie de explicaciones a ese marginal. Luego se dio vuelta y me dijo en francés: “*Ríes recuerde que la estupidez humana es incommensurable*” y siguió tranquilamente la visita.

Ese era Iraola, bueno, paciente y lleno de experiencias de la vida y de los hombres. A su lado nuestra vida cambió radicalmente. Pasamos de la disciplina del Servicio de Larghero donde éramos partes de una máquina precisa, efectiva y acelerada, donde no había lugar para comentarios o charlas extramédicas, a un ambiente donde con Iraola, dialogábamos sobre los pacientes, de la vida, de viajes, de religión, filosofía, poesía, literatura e historia. Cambiando así radicalmente nuestro sentido de la profesión médica. Acostumbraba a llevarnos a su casa, en la que tenía una formidable biblioteca, sobre todo de textos y revistas francesas y donde no solo comentábamos artículos científicos de cualquier tema, sino que hablábamos de sus obras de arte, pintura, y escultura sobre lo que tenía un profundo conocimiento.

Su cuarto de estudio era una verdadera *torre de marfil*, donde en medio de sus libros, pinturas y esculturas se sentía tan feliz. Para nosotros esas visitas tenían algo muy especial. Después de ellas nos sentíamos elevados espiritualmente e intelectualmente, aún hoy a pesar del tiempo, cuando paso por su hermosa casa de la calle Cuareim, siento una verdadera emoción al recordar esos momentos.

Todo alrededor de Iraola tenía un toque de exquisitez y de magia. Recuerdo que en una oportunidad un paciente ingresó por una grave hemorragia digestiva alta, debida a una úlcera gástrica sangrando, lo repusimos rápidamente y lo llevamos a la sala de operaciones, sala que pertenecía exclusivamente al Servicio de Iraola y que fue testigo de las innumerables

vidas que la cirugía magistral de don José contribuyó a salvar (sala que hoy desgraciadamente se transformó en un escritorio). Con Etcheverría le efectuamos una gastrectomía, lo que nos llevó sus buenas dos horas.

Al terminar la operación alrededor de las 11 de la mañana, salimos de la sala de operaciones a pasar visita, algo nerviosos por lo avanzado de la hora, cuando Iraola nos llamó desde su modesto escritorio, si así se lo podía llamar a ese rinconcito que no tenía más de 2 mts. cuadrados y donde acostumbraba a tomar el té en la mitad de la mañana y leer las revistas francesas de cirugía al igual que libros de literatura, y que estaba corredor por medio, frente a la sala de operaciones, y nos dice: “¿dónde van muchachos?” Al responderle nosotros que íbamos a sala a pasar visita a la vez que balbuceábamos una excusa por lo tarde de la hora, don José en lugar de hacernos alguna observación nos dijo: “*Esperen, ustedes acaban de salvar una vida, asuman este hecho y grábenlo en sus mentes y en sus corazones, acaban de cumplir su misión de médicos para la que han estudiado muchos años.*” Sorprendidos, nos miramos con Etcheverría y nos sentamos con don José, que nos invitó con una taza de té y sacando de su biblioteca un tomo de Baudelaire, se puso a leernos en francés *Les Fleurs du Mal*. Fue un momento que jamás olvidaré, esa taza de té y su voz recitando fue una experiencia que nunca había experimentado y que nunca volveré a experimentar y muestra lo que era Iraola, ese hombre que con su don de gente, propio de un espíritu superior, sabía penetrar en el alma y en el corazón de los hombres.

Han pasado cuarenta años y aún siento en esos momentos de depresión que todos tenemos, cuando vemos el mundo que nos rodea, siento el gusto del té en mi boca. *Les Fleurs du Mal* en mi oído y en mi corazón y me elevo espiritualmente al recordar ese episodio y la figura de Iraola sentado leyéndonos esos exquisitos versos...

Su cultura era impresionante. Cualquier tema que tocábamos en nuestras charlas se convertía, sin él quererlo, en la cátedra de un maestro frente a sus discípulos. Dominaba la historia de la medicina y quiero relatar una anécdota que lo pinta de cuerpo entero. El doctor Velarde Pérez Fontana, solía visitarlo en su escritorio. Recordemos que Velarde tenía muy pocos amigos y respetaba a muy pocas personas, una de ellas era Iraola por quien sentía especial respeto y consideración. Un día estaban discutiendo sobre el origen y la historia del aljibe del Hospital Maciel, cuando luego de retirarse Velarde le digo: “¿Don José cómo se lleva con Velarde, que es una persona tan especial?” Con una sonrisa me contestó: “*es un buen muchacho, algo fastidioso, al que a veces tengo que corregirlo con un tirón de orejas.*”

Se imponía con su autoridad moral y científica, tanto a los enfermos, personal de enfermería (y aquí mi cariñoso recuerdo para tantos enfermeros que me enseñaron una parte importante de la Medicina, entre ellos Estela, la vieja enfermera de la Sala *Larrañaga*) y colegas, sin levantar la voz y sin dejar de lado su sonrisa bonachona.

En una oportunidad le pregunté: “¿Cómo es que su hijo no siguió Medicina?” Me contestó: “Un día lo traje a la sala cuando era un adolescente y ví que ponía mala cara cuando se enfrentó con el olor del hospital y con esa miseria humana que llenaba el Maciel en esos momentos y me di cuenta que el que no puede amar a esos humildes no puede ser médico.” Impresionante recuerdo de su calidad de hombre y médico.

Pasaron los años y un día me llamó a su casa donde se encontraba enfermo en cama y me dijo “Ríos, sospecho que tengo una afección maligna y que me queda poca vida, le pido que no me deje llevar al sanatorio, quiero morir en mi casa entre mis libros y mis recuerdos”. Yo impactado emocionalmente se lo prometí, pero como es lógico en esos momentos yo era un joven cirujano, y al hacerse cargo de la asistencia de Iraola las personalidades médicas más relevantes de la época y dado la importancia del paciente por todos reconocida, fue trasladado al sanatorio, y yo no pude cumplir la promesa efectuada ante tan trágicas circunstancias.

Por eso es mi deseo que estas sinceras y emotivas palabras sean un cálido homenaje al hombre que fue para mí más que un Profesor, fue un verdadero Maestro en el sentido más amplio de la palabra.

* * *

DOS VISIONES SOBRE DON JOSÉ IRAOLA

RECUERDOS DEL DOCTOR IRAOLA⁵

Daniel Mautone Baras⁶

“Cito, tuto et jucunde”

Por amable y generoso encargo del Profesor Fernando Mañé Garzón, a quien agradecemos tal distinción, hemos escrito estos recuerdos del Dr. José Iraola, tratando de exponer los aspectos más importantes de su personalidad ejemplar. Este trabajo está en plural porque la experiencia que lo sustenta fue compartida durante un año entero (marzo 1954 a marzo 1955) con el Dr. Enrique Agorio, quien ha autorizado su mención y colaboración con el entusiasmo en las remembranzas evocadas.

Los 46 años transcurridos desde que conocimos a Iraola, ponen a prueba cualquier trabajo de memorioso, pero no es tanta la dificultad cuando su

5 MAÑÉ GARZÓN, Fernando: *El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay: 1902-1952*, Ediciones de la Plaza, Montevideo, Tradinco, febrero 2005, pp.: 116-122.

6 Ex Practicante Interno, Ex Médico Cirujano de los Hospitales de MSP y Ex Grado 3 (int) de Clínica Quirúrgica, Facultad de Medicina.

figura ha sido evocada en forma iterativa y frecuente durante una práctica quirúrgica continua, intensa y comprometida que ya va durando más de 42 años. Es decir que todo lo aprendido del Maestro en solo dos semestres ha estado presente en nuestra labor durante largo tiempo.

Nuestro relato no es una biografía de José Iraola, sino la descripción de una convivencia técnica, profesional y humana y un intento de sedimentación de enseñanzas y ejemplos obtenidos.

Lo encontramos a nuestros 26 años de edad, siendo internos del MSP en marzo de 1954, cuando Iraola disfrutaba aún del ejercicio de la cirugía. Era Jefe del Servicio de Cirugía de Mujeres, Sala *Larrañaga* del Hospital Maciel desde 1931.

Había pertenecido durante décadas al prestigioso grupo de Cirujano de Guardia de urgencia del Maciel, junto con los doctores Manuel Albo, Garibaldi J. Devincenzi y Domingo Prat.

Nosotros habíamos ganado las oposiciones del Concurso de Practicantes Internos del MSP del año anterior. Era una competencia para más de 200 aspirantes a solo 28 cargos, en la que los méritos contaban poco y las pruebas requerían una preparación prolongada y profunda en un contexto fuertemente competitivo. Se podía, en caso desfavorable, perder un año de la carrera. El consuelo era la imparcialidad impecable de los Tribunales de Concurso, y el premio era el ejercicio de un cargo que daba acceso al contacto cercano con los Jefes de Servicio y su staff. Se obtenía la oportunidad de aprender la medicina práctica bajo buena vigilancia, en un empleo remunerado y con responsabilidad asistencial.



Pedro Etcheverría Prieto, José Iraola y Guaymirán Ríos Bruno

Había que elegir destino según posibilidades y en orden: primero optaban los internos ganadores de los concursos de los años anteriores y al final nosotros. Los servicios de Cátedra de la Facultad eran los más codiciados y así, en general, los primeros semestres del internado se cumplían en los servicios del MSP y los últimos en los que correspondían a las cátedras, pero dentro de los hospitales del MSP, el Hospital de Clínicas aún no funcionaba y así era el panorama.

¿Por qué fuimos a dar a la Sala Larrañaga? Primero porque estaba a nuestro alcance, y segundo porque sabíamos que allí se podía ver de cerca cómo operaba y atendía su propio Jefe, con fama de ser *un caballero* y de haber sido un técnico de gran éxito y prestigio en la cirugía de urgencia del Maciel y en la sociedad montevideana.

En el ámbito quirúrgico docente, único que conocíamos hasta ese momento, habíamos captado un respeto generalizado por Iraola, pero también se le asignaba un airecito de reliquia algo así como *ya fue, no da ni daba clases, no publica trabajos científicos*. Con estas informaciones comentábamos entre nosotros: “¡suponete que no aprendemos nada!”, “¡nos queda siempre el recurso de ir todos los días a cumplir durante un ratito y *rebotar* a un servicio de la Facultad la mayor parte de la mañana!” Teníamos conocimiento de que la Sala Larrañaga era usada a menudo de esta manera. Y allá fuimos (*iallea jacta est!*)⁷

Llegamos al Servicio el 24 de Marzo de 1954 a las 8 de la mañana, con el fin de presentarnos al Jefe. Momentos después de llegar, nos condujeron al block quirúrgico: Iraola estaba operando y el doctor Orosmán Echevarría, su asistente habitual, lo ayudaba. La nurse Maidat anunció quienes éramos



Iraola en la biblioteca de su residencia en Cuareim 1220, (hoy Zelmari Michelini). Actual sede del CLAEH.

⁷ Expresión atribuida a Suetonio, quien a su vez la ponía en boca de Julio César, cuando partió a conquistar las Galias. Es una locución latina de uso actual que significa *se echó el dado, el dado fue echado o la suerte está lanzada* o, más propiamente en español, «la suerte está echada».

e Iraola nos miró (lo mejor que pudo, sin distraerse de su tarea) y nos dijo de muy buen tono: *“¡bienvenidos!, después conversamos.”*

Cuando terminó su operación, comentó con Echevarría lo conforme que se sentía con el trabajo realizado y con su humildad habitual manifestó a los presentes que la operada, seguramente iba a dejar de sufrir, mejorando su calidad de vida y sus posibilidades de trabajo. Aquel bulto yacía, despertando de la anestesia bajo los campos operatorios, estaba siendo considerado íntegramente como Ser humano... Luego se quitó los guantes, la mascarilla y la túnica y se volvió hacia nosotros, sus nuevos internos, tendiéndonos la mano.

Era un hombre alto, robusto, con anchos hombros y movimientos ágiles. Tenía una sonrisa amplia, acogedora y una mirada brillante. Demostraba un espíritu comunicativo y alegre impresionándonos como una persona en total plenitud, que gozaba de la reciente labor realizada con sus propias manos.

Más tarde se sentó en actitud de reposo y mientras bebía su *té postoperatorio de reposición* nos dijo muchas cosas totalmente inesperadas: *“¡miren muchachos!, la cirugía no es una actividad solo para privilegiados, es una ocupación necesaria para algunas personas enfermas que puede efectuar cualquier médico que aprenda el arte de operar y tenga ganas de ayudar al prójimo.”* Y agregó con entusiasmo: *“toda operación tiende al éxito o al fracaso, cuando hay éxito, uno queda contento pero debe ser modesto en sus manifestaciones. Cuando hay fracaso, la responsabilidad puede ser culpa de la enfermedad o del cirujano, pero para l’entourage todo corre por cuenta de quien operó al paciente. Cuando hay posibilidades de beneficio para el paciente, es obvio que hay que dar la cara y operarlo. Cuando se opera hay que dar lo mejor de la técnica, de los conocimientos y de los ánimos. Toda operación implica un examen de conciencia que debe hacerse antes de cerrar la pared. Hay que interrogarse: ¿Hice lo necesario? ¿Dejé algo sin hacer? ¿Hice algo de más, algún exceso?”* Y finalmente agregó con una sonrisa socarrona: *“el examen de conciencia termina con el recuento, ¡en serio!, de las gasas y compresas”.*

Prosiguió aconsejando: *“hay que ser prolijo, ver bien las estructuras, mantener el campo sin sangre que las oculte, manejarlas con respeto cuando están sanas y con agresividad cuando se procede a extirparlas. La segunda etapa de casi todas las operaciones es un tiempo de reconstrucción que debe hacerse con una mentalidad diferente, en cierto modo plástica y artística.”* Y se le iba terminando el té cuando nos mandó este mensaje inédito para nuestras mentes de novatos, que a esa altura ya estaban funcionando como grabadoras de alta fidelidad: *“en toda operación hay un ente dominante, el cirujano está dominando la situación o la situación está dominando al cirujano, ¡ya ven muchachos en qué lugar hay que tratar de ubicarse!”* Con este primer contacto de quirófano, aquel *man at work* de 73 años comenzó a conquistarnos. Ese hombre pleno, agradable y lúcido era también divertido y enormemente generoso al comunicarnos *prima facie*

los principios elementales de la actividad quirúrgica. En 15 minutos nos había dado una lección de contenido esencial sobre las bases humanas de la misma, y fundamentalmente, nos abrió un ancho camino cuando dijo que no necesitábamos llegar a ser genios iluminados ni semidioses para ejercer la cirugía. A continuación y en un aparte, comentamos sorprendidos: “*¡esto sí que es una bienvenida! ¡Este hombre no será un académico pero es un sabio!*”. Nunca sentimos tantos deseos de aprender y trabajar como en esos momentos. Luego nos dirigimos acompañando al Jefe a lo largo de los antiguos corredores hacia la Sala *Larrañaga*, llenos de satisfacción y reconocimiento.

La Sala era limpia, ordenada, todo estaba bien pintado, la ropa de cama lucía impecable y el aspecto de las pacientes internadas demostraba muy buenos cuidados. La nurse y las enfermeras presentaban extrema pulcritud y un trato muy amable. Era evidente el respeto, la admiración y el cariño por su patrón, y ellas mismas en su conversación con nosotros, se encargaron de guiarnos en nuestro trabajo, que, básicamente no sería mucho: historias clínicas breves, escribir las indicaciones de tratamiento, controlar diariamente los pre y postoperatorios en compañía del Jefe, avisar en caso de faltar algún día. Pero también nos dijeron que en general los internos estaban un ratito y luego se iban a servicios de Facultad y que la mayoría no concurría al quirófano a ayudar en las operaciones que Iraola realizaba con su asistente habitual. Prácticamente nos dieron a entender que allí se convivía pacíficamente con aquello que dimos en llamar *instituto del rebote*.

Nos correspondía pasar un semestre muy particular, porque nuestra sala era la única de cirugía de mujeres en funcionamiento, pues la del servicio de la Facultad (Cirugía B) estaba en pintura y reparaciones, por lo tanto, teníamos doble demanda en el número de ingresos. Se hacía cirugía de elección tres días por semana, pero dadas las circunstancias era muy habitual que operáramos todos los días.

Nosotros habíamos decidido concurrir a todas las operaciones y ayudar uno a otro, alternativamente. Visto lo bien que se nos trataba habíamos coincidido en dar lo máximo de nuestros esfuerzos.

Iraola operaba siempre tranquilo, seguro y de manera eficiente. Exponía claramente las estructuras anatómicas, sus aspectos patológicos quirúrgicos y asimismo nos demostraba sus procedimientos técnicos con generosidad, soltura y elegancia. Nada nos parecía ni difícil ni misterioso en el desempeño de este hombre. Nunca presenciamos ni sufrimos el maltrato a los ayudantes, cosa a menudo experimentada en muchos distinguidos ambientes quirúrgicos. Lo más fuerte que escuchamos reclamar a Iraola fue: “*¡a ver, una mano piadosa que me separe esto!*”

Viene a nuestra memoria, el caso de una mujer de unos 28 años, que fue intervenida con diagnóstico de litiasis biliar. Expuesta la región, apareció una formación globulosa muy grande, llena de cálculos y bilis, y no había

vesícula biliar. Iraola reconoció rápidamente una malformación rarísima: dilatación idiopática del colédoco. Así como la reconoció y sin la menor duda, evacuó el contenido y practicó una derivación bilio-entérica *de lujo*. El postoperatorio fue normal y el alta en pocos días. El postoperatorio alejado, lo realizamos los internos, una noche, a los pocos meses, en un cabaret de la Ciudad Vieja conocido como *El Molino Rojo* y por mera casualidad, uno de nosotros bailó con una morocha elegante que le agradeció los cuidados dispensados en Sala *Larrañaga*, y que resultó ser la paciente referida. Recordamos claramente otra intervención por rotura de diafragma evolucionada, en que la maestría en el abordaje tóracoabdominal más la habilísima restitución de las vísceras abdominales a su lugar normal y la reparación super prolija de la brecha diafragmática, nos dejó sinceramente admirados. Pero además captamos la satisfacción del gran cirujano que nos quedó grabada inolvidablemente por la imagen de un Iraola magnífico, radiante, feliz con su operación y diciendo en italiano una locución totalmente ajustada al momento: “*Cito, tuto et jucunde*” lo que significa: “con rapidez, seguridad y alegría”.⁸

Cuarenta años después y con motivo de la evocación del Maestro Iraola, hemos averiguado que con esta fórmula describía el modo de hacer las intervenciones quirúrgicas, Aulus Cornelius Celso, enciclopedista médico romano de comienzos del siglo I dC (ca. 25 aC-50 dC), quien por otra parte describió los cuatro signos elementales de la inflamación y enumeró las condiciones que debía tener el hombre que cura con sus manos:

Un cirujano debe ser joven o de edad cercana a la juventud, con mano fuerte y firme, que nunca tiemble, y siempre debe estar listo para usar tanto la mano izquierda como la derecha; debe tener visión neta y clara y espíritu sin dudas, pero lleno de piedad, sintiendo el deseo de curar a su paciente. No debe dejar que se perturbe su acción por las quejas y gritos del mismo ni por sus pedidos de apurarse o de cortar menos de lo necesario. Siempre debe trabajar sin que las quejas de dolor le emocionen.



Aulus Cornelius Celso

8 “*Cito, tuto et jucunde*” (Pronto, seguro y alegremente) (Aforismo médico de Celso, lema de los verdugos españoles).

Esta experiencia nos confirmó el hecho de que después de haber efectuado esas magníficas operaciones, nuestro jefe entraba en un estado especial de placer y bienestar. Pero también nos mostró la punta de un hilo que llevaba a un recinto insospechado: la cultura humanística de don José Iraola. Más tarde nos enteramos, que cotidianamente leía autores clásicos, y era entendido en artes plásticas tales como pintura y escultura.

Todo siguió transcurriendo en buen tono durante nuestro trabajo en Sala *Larrañaga*, tiempo bien empleado, aprendizaje sólido y directo y muy buenos consejos. Por ejemplo, un día nos dijo que había que abrirse a la literatura quirúrgica angloamericana y se confesó lector y admirador de Frank Lahey, famoso profesor de Boston. Nos relató cómo Lahey efectuó con éxito una complejísima re-operación de vías biliares a Mr. Anthony Eden, ministro de Relaciones Exteriores de Gran Bretaña, en plena segunda guerra mundial y con muy buen resultado para este país y su ministro. También nos aconsejó que leyéramos en inglés, porque las publicaciones llegaban antes y eran menos costosas que las traducciones.

A esta altura debemos relatar episodios que nos hicieron ganar su confianza y su afecto. Uno de ellos es que alguna vez nos encontró en su sala fuera de horario, a la tardecita, controlando evoluciones postoperatorias, cosa que lo volvió muy afable y conversador. En otra ocasión, en una de esas visitas hallamos a una señora operada por la mañana, en plena descompensación cardio-respiratoria y la sacamos del problema con ayuda de un apreciado Jefe de Clínica Médica que andaba por allí cerca y nos dio una mano, creemos recordar que era el doctor Gonzalo Lapidó [Díaz]. Al día siguiente Iraola la encontró bien sentadita, compensada de sus desequilibrios y contenta. La alegría del *patrón* se le salía para afuera.

Habíamos ayudado a una anciana operada, que además de contemporánea era coterránea de Lascano, y conocida del jefe. En pocas palabras, por nuestra asiduidad, por nuestra entrega y nuestro respeto nos ganamos el favor de un *patrón* sencillo y justiciero. Y así nos llegó el *Grand Prix* que llevamos a la anécdota.

Un día, pasado un par de meses en nuestro trabajo, llegó y nos preguntó “¿Qué tiene la muchachita de la cama 8?” Le contestamos bromeando, que la canarita (procedente de chacras de Canelones) se había auto-diagnosticado *porotonitis* pero que según nuestro examen, el cuadro no correspondía a una peritonitis pero sí correspondía a una apendicitis aguda con indicación operatoria en el día de la fecha. Iraola se rió del asunto, aprobó lo actuado y casi nos desplomamos cuando ordenó enérgicamente: “*¡la opera uno de ustedes, el otro le ayuda y yo los miro!*” Y así efectuamos nuestra primera laparotomía, bajo la mirada aprobatoria o su corrección cariñosa. *Así no se hace tal cosa, chambón!*

Esta corrección en clima distendido nos hacía reír por muchos días, pero realmente nos mejoraban la técnica operatoria. Posteriormente, a medida que crecía su confianza y disminuía nuestro número de “chambonadas” nos ordenó operar muchos pacientes de complejidad creciente. Realmente nos sentíamos muy bien, hasta que... y acá viene otra anécdota, una mañana, cerca del mediodía, comenzamos una apendicectomía y encontramos por error de diagnóstico, un hemoperitoneo importante; agrandamos la incisión de Mac Burney, que quedó como una S itálica y tuvimos que agregar una incisión mediana sub-umbilical complementaria para acceder al anexo izquierdo, fuente de la hemorragia. Al día siguiente preguntó: “¿cómo les fue?” *Bien, contestamos. El hombre levantó la curación, miró las dos incisiones, frunció el seño y repreguntó “¿Y esto qué es?”* Nuestra respuesta fue: *se trata de una doble incisión de necesidad que hemos denominado incisión en S.I. lo que significa Servicio Iraola*; la hilaridad no era una manifestación muy frecuente en el *patrón*, pero esa vez isí que le vimos reír con ganas!

El ritmo de nuestras operaciones se mantuvo y tanto los manuales franceses de cirugía como el atlas americano de técnica quirúrgica formaban parte de nuestro guardarropa, ya que a veces la necesidad y la ocasión requerían información urgente. Así pasó el semestre, Iraola nos llamaba *jóvenes apendicólogos* y una vez nos sorprendió comparando los tiempos de nuestras intervenciones y nos dijo: que debido a los progresos de la anestesiología, no había que preocuparse tanto por las velocidades operatorias como en los años en que él fue cirujano de urgencia, y que junto con el Dr. Manuel Albo habían obtenido verdaderos récords en cuanto a tiempo se refiere debido a la sincronización extraordinaria de sus decisiones y a la acción coordinada de sus cuatro manos.

Nuestras habilidades se hicieron conocidas en el ambiente. Parece que la mayoría de los internos que pasaron por Sala *Larrañaga* no habían tenido oportunidad de que los dejaran operar. Alguien nos dijo en un encuentro de café: “*¡no me digan que Iraola los deja operar! Yo pasé por esa Sala un semestre y nunca tuve oportunidad.*” Nosotros le preguntamos si alguna vez había ido de tarde o de noche y si alguna vez estuvo más de media hora seguida en el servicio, y como contestó que no, le respondimos que en verdad no habría merecido que le enseñaran a operar. Nuestra fama de *operadores experimentados* redundó en que nos tomaron confianza los cirujanos de urgencia, y en las guardias nos confiaron operaciones bajo su vigilancia. Terminamos el semestre con cierta experiencia y manualidad en muy buena relación con un jefe agradecido y cordial que parecía que nos miraba con orgullo. Cuando llegó la nueva rotación de cargos re-elegimos la Sala *Larrañaga* y al día siguiente cada uno le presentó a Iraola a su compañero como *nuevo* interno del Servicio. Esto le hizo reír cálidamente demostrando además de emoción importante al haber sido re-electo. En el segundo semestre siguió mejorando nuestro aprecio mutuo, a tal punto que llegó a confiar en nuestras manos la realización de una biopsia de mama en una señora francesa de su amistad.

Desgraciadamente la biopsia fue positiva para cáncer invasivo y la evolución fue rápida y fatal. El pesar de don José fue *de plomo* durante largas semanas, revelándonos su delicada sensibilidad. En este semestre sucedieron acontecimientos también tristes, ya que un día don José, en plena operación, tuvo un desvanecimiento por lo cual se acostó en el piso. Echevarría prosiguió la operación mientras nosotros lo atendimos; había sufrido una lipotimia de la que se recuperó rápidamente, se levantó, tomó un té, y se fue de la sala caminando en compañía de su chofer. Pocos días después nos comunicó que debía someterse a una operación por adenoma prostático y nos enseñó todos los detalles de la técnica operatoria. Luego fue operado y durante nuestra visita, al advertir que los líquidos de lavado vesical salían muy rojos, avisamos discretamente al equipo responsable y esa noche fue re-operado con éxito.

Cuando estábamos llegando al final del semestre volvió al hospital ya repuesto y animoso, para despedirnos con todo afecto y reconocimiento. Nosotros sentíamos, y así se lo expresamos, que nos íbamos con la certeza de que en ningún otro lado nos iban a tratar mejor y a proporcionarnos tan sólida enseñanza y tan buenos ejemplos.

De Iraola hemos aprendido no solo técnica y táctica quirúrgica. Nos enseñó además que cirugía bien hecha es realización y felicidad. Que la cirugía honesta y cabal, de buenos resultados, gratifica y paga en satisfacción personal y crecimiento de la autoestima, lo que ciertamente es un gran estímulo para seguir adelante. Nos enseñó también a informarnos más allá de la literatura quirúrgica francesa habitual, en los autores angloamericanos. Aprendimos del hombre José Iraola, que es bueno tener curiosidad extramédica de índole humanística. Pero fundamentalmente, nos dio su ejemplo de un modo de vida útil para el prójimo y gratificante para quien se pone al servicio de esa *deidad grave y austera que se llama Cirugía*. Del mismo modo, con su ejemplo nos volvió reacios a los homenajes y oropeles que sirven de sostén al cirujano taumaturgo. Nos inculcó la certeza de que la cirugía paga por sí misma a quien la realiza con amor, aunque la vida de un cirujano transcurre también por un camino lleno de dificultades y asperezas.

Cerramos nuestro relato con la recomendación a los lectores de que no omitan leer la carta de Iraola al Dr. Víctor Armand-Ugón, declinando un homenaje en vida en el año 1932. Solicitamos se nos excuse la subjetividad subyacente a estos escritos y asimismo la omisión por pérdidas en el tiempo de muchas cosas que hubieran enriquecido este relato.

Quisiéramos llegar al fin de nuestra jornada, sintiéndonos como alguien aunque sea remotamente parecido a Iraola, como persona, como médico, como cirujano y como ser humano, sensible, palpitante ante las cosas positivas y o negativas de la profesión y de la vida.

José Iraola
Heridas penetrantes del vientre
(*Rev. Hospitales*, 1913, 6: 161-175)

- I. 25 años. Herida penetrante del vientre (puñalada)
Herida de la base anterior del estómago.
Laparotomía a la 1 ½ hora. Curación.
- II. 23 años. Herida penetrante del vientre (puñalada)
Herida del estómago. Hemorragia considerable.
Laparotomía a las 4 horas. Curación.
- III. Herida de bala penetrante del vientre. Doble perforación intestinal. Laparotomía a las 10 horas. Curación.
- IV. Herida penetrante del abdomen (arma blanca) Herida del estómago. Gastrorragia considerable. Laparotomía a las 12 horas. Muerto.
- V. Herida penetrante del abdomen (arma blanca). Herida del epiploon. Laparotomía a las 23 horas. Curación.



Caricatura de José Iraola por Miciano.

SEMBLANZA DEL DOCTOR JOSÉ IRAOLA⁹

Pedro M. Etcheverría Prieto

Mon verre est petit, mais que je bois dans mon verre.

La especial circunstancia de la forzosa ausencia del Dr. Ríos, me confiere el doble honor de participar en este homenaje a los fundadores de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay, en particular a la figura de José Iraola, y la de sustituir a mi entrañable amigo Guaymirán. En honor a esa amistad y por el hecho de haber compartido más alegrías que tristezas al lado de Don José, me he permitido tomar párrafos enteros de los apuntes que mi amigo había preparado para este evento.

Habíamos ambos terminado nuestra jefatura de Clínica Quirúrgica y en virtud de un concurso del Ministerio de Salud Pública accedimos a dos cargos de médico ayudante en el Servicio de Iraola.

Nosotros, formados y criados al mundo médico en el Hospital Pasteur, no sabíamos si José Iraola era un mito viviente o simplemente el nombre de una sala en el Hospital Maciel.

El primer día de nuestra actuación comenzamos a pasar visita, y al llegar a la cuarta o quinta cama, un hombre anciano, pero bien plantado se presentó como el doctor Iraola. Era un hombre más bien bajo, de recia estructura, con anchas espaldas y amplia frente, ojos pequeños y penetrantes, cara angulosa de expresión seria pero afable.

Al principio Don José, nos miró con cierta justificada desconfianza. Habían pasado tantos por su servicio, que era justificable que pensara: “¿quiénes son estos dos jóvenes, a quienes no conozco y que caen a mi “servicio” como “peludo de regalo?””, según su propia expresión. Pronto se rompió esa desconfianza para dar paso a un sincero afecto.

Este hombre de casi 80 años (había nacido en Lascano en 1881), fue practicante de medicina a comienzo de siglo, en una época en que se operaba o en el Hospital Maciel o en la propia casa del paciente y en la que el practicante debía preparar una sala de operaciones, habitualmente en el comedor de la casa y compartir con los cirujanos de la época (Luis Pedro Lenguas fue su maestro) las vicisitudes y los riesgos de una cirugía naciente y por añadidura a domicilio.

En 1909 parte a París en compañía del doctor Alberto Mañé, padre de nuestro ilustre amigo el doctor Fernando Mañé Garzón. Esa estancia en París lo marcó para siempre. Fue discípulo y amigo del Profesor Paul Lecène, pero ávido de conocimientos visitó también las clínicas médicas, como

9 MANÉ GARZÓN, Fernando: El Cuarteto de Urgencia. Historia de la Cirugía de Urgencia en el Uruguay: 1902-1952, Ediciones de la Plaza, Montevideo, Tradinco, febrero 2005, pp.: 108-111.



las de Hutinel o la de Vaquez por quienes guardara gran admiración toda su vida.

Ese París de principios de siglo, exultante de ciencia, arte y poesía, impregnó el espíritu de Don José, que vibró al unísono con esas expresiones superiores del espíritu. Y esa vibración penetrante y prolongada nos llegó a nosotros en los últimos destellos de su vida.

En 1912 se crea el Servicio de Cirugía de Urgencia y comparte responsabilidades con los otros tres homenajeados del día de hoy.

Para comprender lo que significaba esa tarea, basta recordar que toda la cirugía de urgencia de

Montevideo se hacía en el Hospital Maciel. Pero además, los trenes, único medio de transporte en la época, venían recogiendo en su pasaje por las ciudades, los enfermos que necesitaban atención y los volcaban todos en el Hospital Maciel (el más temible era el tren de Rivera). Era pues una tarea muy dura. Del Campo decía al respecto: *“...el que hacer era la divisa, de ahí a la acción franca, decidida, honesta, sin miedo al error diagnóstico, que era el precio a otras vidas salvadas y fuente emocional y científica de conocimientos y conductas futuras. Escuela de carácter que no admitía claudicaciones.”*

Era credo en esa época, que no era posible ser cirujano sin pasar por la escuela de cirugía de urgencia, que al margen de la Facultad de Medicina, funcionaba en este hospital. En 1932 al fallecer su maestro José Pedro Lengua, es designado jefe del servicio de éste, salas *Mateo Vidal* y *Larrañaga*, cargo que siguió desempeñando, más allá de su retiro de la práctica privada, prácticamente hasta su muerte.

Sabemos por referencias que fue un cirujano de depurada técnica tal como lo describe con precisas palabras el profesor Del Campo, que decía: *“Iraola era el artista, sus operaciones sencillas, realizadas sin esfuerzo aparente, eran de una belleza que subyugaba.”* Como el adagio latino que gustaba decir con frecuencia el propio don José: *“cito, tuto, et jucunde”*. Lo estético, expresado a veces como elegancia, fue una constante en la vida de Iraola, y no como un adorno, superfluo, sino como sello propio de la acción del hombre superior.

No es de extrañar pues, el asombro que manifestaron colegas argentinos discípulos del gran Ricardo Finochietto, viéndolo operar un bocio. Atónitos

se preguntaban: “¿Cómo es posible que este hombre aislado en un rincón del Ma-ciel, opere tan bien o mejor que nuestro maestro?”

A tal grado llegaba su preocupación estética que bien vale recordar cuando entramos por primera vez al block para chequear el material existente, nos sorprendió el hecho que no existieran casi instrumentos curvos. Cuando le preguntamos la razón de tal particularidad nos contestó: “*Con instrumentos curvos no se puede hacer cirugía con elegancia*”.

Frecuentemente concurría a sala de operaciones, que estaba frente a su despacho. No a operar, pero sí a mirar operar a sus dos jóvenes colaboradores, a quienes cariñosamente y con fina ironía había bautizado a uno como *Balthazard*, en alusión por la medicina forense y al otro como *Jeune Maître*. Pero cuando había alguna dificultad se vestía, como decimos los cirujanos, para darnos una mano.

Dos breves anécdotas lo muestran claramente. En una oportunidad en que estábamos operando unas vías biliares, en las que encontramos mucha dificultad en reconocer el pedículo e individualizar sus elementos, cuando llevábamos más de una hora sin ver nada, aparece Iraola en traje de calle, cubierto con una túnica, se levantó con una mano la solapa para cubrirse la boca, pide un guante y se lo colocan en la mano izquierda, la introduce prácticamente sin mirar en el campo operatorio y a los pocos minutos nos dice: “*Bueno muchachos, sáquenla ahora...*” Asombrados miramos el campo operatorio y allí estaba la vesícula liberada colgando solo de su pedículo.

En otra oportunidad tuvimos que abordar un proceso inflamatorio, en una muchacha de vida alegre de la calle Piedras. Debo recordar aquí que en esa época la sala *Larrañaga* era la preferida por esas mujeres, porque sabían que allí encontrarían no solo quien las curara, sino comprensión y afecto, dado que este hombre bueno profesaba por ellas un particular respeto.

Nosotros veníamos de una clínica quirúrgica general, pero con poca o ninguna formación ginecológica, y una situación como esa era desconocida por nosotros. Ahí aparece el maestro con mano diestra, suave, sin esfuerzos, libera y anatomiza la pelvis como por arte de magia, dejando todo pronto como para que pudiéramos hacer la exéresis sin dificultad. Recuerdo que en esta incidencia don José sufrió una lipotimia. La circulante, que lo conocía bien estaba parada a sus espaldas, lo tomó por las axilas y lo depositó suavemente en el suelo. Cuando nos invadía un sentimiento de culpa y



Victor Balthazard (1872-1950)

remordimiento, él se recuperó y nos tranquilizó diciéndonos: *“no se asusten muchachos, siempre me pasó esto, lo heredé de mi madre”*. Se irguió de nuevo y continuó dándonos indicaciones hasta el final de la operación. Esto nos muestra otra faceta de Iraola, el coraje y el firme carácter que le permitió sobreponerse durante toda su vida a un inconveniente que desanimaría a cualquiera.

Don José llegaba 8:30 a 9:00 de la mañana sin fallar un solo día. Iba a la sala, se ponía su túnica blanca, y con una toalla de granité, que eran comunes en el hospital de ese entonces, improvisaba una golilla que lucía en su cuello con gardeliana reminiscencia. Pasaba entonces visita meticulosamente.

Me parece verlo parado, mirando con aire nostálgico por las ventanas que daban a la calle Maciel. Por el pretil de la casa de enfrente se paseaba un cuervo negro, como el del cuento de Poe, que contestaba siempre nuestro saludo matinal. Tal vez recordara aquella otra ave parlanchina y verde que la historia oficial la sitúa en el almacén que estaba haciendo cruz con el cuarto médico de guardia. Dicha ave molestaba con un contracanto burlesco los intentos líricos de don José. Fue abatida de un certero tiro de revólver.

Los fantasmas del pasado, que sigilosos se pasean por los corredores del viejo Hospital Maciel, nos contaron que el loro en cuestión pertenecía a una finca de la hoy desaparecida calle Yermal, en donde don José cantaba a dúo nada menos que con don Domingo Prat. En una concurrida velada, molesto don José por las interferencias del loro, mató a éste de un certero balazo. Detenidos por este hecho, el dúo recobró su libertad porque don José exhibió, ufano, un permiso de caza que lo autorizaba a cazar cotorras (los fantasmas también crean fantasías).

Luego de la visita entraba a su despacho, si así se le podía llamar a una pequeña piecita donde tenía su escritorio y sus libros predilectos: libros de técnica quirúrgica y sobre todo su colección de poetas franceses finamente ilustrados, los que leía con unción religiosa, diariamente mientras lentamente tomaba su taza de té. Por sus manos desfilaban en incansable procesión Rimbaud, Verlaine, Mallarmé o Baudelaire, cuando no las memorias de los hermanos Goncourt. Este rito fue realizado durante años en ese rincón apartado de la planta alta del hospital, donde recibía escasas visitas. Una de ellas era la de un hombre áspero, pero de amplia erudición, que semanalmente venía al servicio trayendo algún libro antiguo, cuando no un manuscrito, tal vez un incunable, y hablaban largamente de historia, de filosofía, de libros, pues ambos padecían de esa buena enfermedad que es la bibliofilia. Ese hombre iconoclasta y renegón que admiraba y respetaba a don José como a nadie, era el profesor Velarde Pérez Fontana.

Ese mundo y esos ritos herméticos nos fueron abiertos a nosotros, que veníamos muy ufanos por haber pertenecido a una clínica tan prestigiosa como la del profesor Larghero, pero donde éramos simples partes de una

máquina precisa, efectiva y acelerada, donde no había lugar para comentario o charlas extramédicas y mucho menos para leer poemas de los simbolistas. Esto significó un cambio radical en nuestras vidas y en nuestra concepción de la profesión médica.

A Guaymirán le gusta recordar la vez que operamos una hemorragia digestiva alta en una enferma muy grave. Terminada la operación que fue laboriosa y larga, salimos exhaustos pero presurosos a pasar visita. Don José nos detuvo, nos hizo pasar a su escritorio y nos dijo: “*Ustedes han cumplido con una buena faena, ahora siéntense*” y tomando un volumen de su biblioteca comenzó a leernos un poema de *Las Flores del Mal*. Al conjuro de la simpatía, la inteligencia, el



Velarde Pérez Fontana (1897-1975)

mensaje y la facundia de Guaymirán los internos no rebotaron más. Lo mismo sucedió con los externos, a esos se agregaron algunos otros externos que no encontraban en otras clínicas, respuestas a sus inquietudes y por fin aparecieron simplemente estudiantes que venían en busca del trabajo directo con el paciente. Aparecieron también nuevos colaboradores médicos como la doctora Violeta Sosa [Junca], como el doctor Beneditto [Correa, Víctor Hugo], hoy en Salto y muchos otros más.

El bullicio que esto significó no alteró la dinámica de su rito y siguió con su té, sus poetas preferidos y las visitas eruditas de Velarde o la ocasional visita de amigos franceses, que venían, para sorpresa nuestra, a escuchar el magnífico francés que hablaba, cuando no a reírse de algunos chistes en *argot* que dominaba como nadie. Por último sobre el fin de la mañana una pequeña charla con nosotros sobre asuntos del Servicio y si había tiempo una pequeña excursión histórico literaria por el mundo mágico de sus recuerdos.

Tenía escrito en algún lugar del servicio esta frase: *Mon verre est petit, mais je bois dans mon verre*, expresión cabal del sano orgullo con una pizca altanera de los vascos.

Cuando tuvimos que alejarnos, por razones de la carrera docente, para Ríos y yo por mi radicación en Durazno, sentimos una gran pena y un gran vacío. Comprendimos que habíamos sido privilegiados invitados a beber en ese pequeño vaso, el selecto espíritu de don José Iraola.

Es probable que la distancia del tiempo idealice a las personas buenas y a los hechos gratos del pasado y haga aparecer estas palabras demasiado

intimistas o personales. Son, sin embargo, nuestro cálido homenaje a quien fue más que un *patrón* y un amigo: un verdadero maestro en el sentido más amplio de la palabra.

EL CHUMBO COMO CIRUJANO

La actuación del *Chumbo* como cirujano fue muy amplia, tanto en el ámbito de la Facultad de Medicina y su Hospital de Clínicas, en los hospitales Maciel, Pasteur y Policial, así como en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. En su relación de méritos, títulos y trabajos impresa en 1964 se da rendida cuenta de sus importantes servicios en este campo.

Entre sus nutridos méritos, Ríos Bruno destacó que era miembro del American College of Surgeons.

La denominación FACS (Fellow del American College of Surgeons) que a veces utilizan algunos cirujanos, es un título que se emplea para indicar que la educación del cirujano y su formación, calificaciones profesionales, competencia quirúrgica y conducta ética han pasado por una rigurosa evaluación, y se han hallado consistentes con los altos estándares establecidos y exigidos por el citado Colegio. Con el fin de solicitar la adhesión, un cirujano general debe ser certificado por un miembro de la Junta de la American Board of Medical Specialties. Pocos cirujanos uruguayos han alcanzado tal distinción. **Ver anexo II.**

American College of Surgeons¹

El American College of Surgeons fue fundado en 1913 por Cirujanos de los Estados Unidos y Canadá. Con los años fue incorporando miembros extranjeros, todos ellos cirujanos calificados en sus respectivos países. El reconocimiento de esta calidad, encerrada en la sigla FACS (*Fellow del American College of Surgeons*) es un sello de distinción, que habilita a quien lo posee a incorporarlo a su título. Sin duda le confiere prestigio internacional. Pero como puede verse, en la nómina de los cirujanos uruguayos de mayor prestigio, vivos para aquella época, eran muy pocos los que tenían esa membresía.

Al incorporarse como FACS, se adoptaba un compromiso de honor, que decía de los principios profesionales y éticos que el nuevo miembro asumía.



1 American College of Surgeons, Directory, 1965, 925 páginas. Chicago, Illinois, USA

Este es el texto del Compromiso de Miembro para incorporarse como FACS:

Reconociendo que el American College of Surgeons (ACS) procura ser un ejemplo del desarrollo de las más altas tradiciones de nuestra profesión, por la presente me comprometo, como condición de la pertenencia al College, a vivir en estricta conformidad con todos sus Principios y Reglamentos. Me comprometo a practicar la cirugía con honestidad científica y de poner el bienestar de mis pacientes por encima de todo; de avanzar constantemente en el conocimiento; y estar dispuesto a prestar ayuda a mis colegas, cuidando sus intereses profesionales, y buscar su consejo cuando tenga duda sobre mi propio juicio. Declaro por mi honor que no voy a practicar la división de honorarios, directa o indirectamente. Prometo asimismo que mis honorarios serán acordes a los servicios prestados y con los derechos del paciente. Además, prometo tratar a cada paciente como desearía ser tratado yo si estuviera en su lugar. Finalmente, me comprometo a cooperar en la promoción y extensión de los principios e ideales del American College of Surgeons.

Para ese año de 1965, en Uruguay eran Miembros del ACS los siguientes médicos: **José Agustín Aguerre** (Obstetricia y Ginecología, desde 1954), **Justo M. Alonso** (ORL, desde 1923), **Hermógenes Álvarez** (Obstetricia y Ginecología, desde 1963), **Román Arana Iñiguez** (Neurocirugía, desde 1954), **Héctor A. Ardao** (Cirugía, desde 1963), **Víctor Armand Ugón** (Cirugía, desde 1943), **Rogelio Belloso** (Ginecología, desde 1963), **Oscar Bermúdez** (Cirugía, desde 1963), **Emilio A. Bonnecarrere** (Urología), **Luis M. Bosch del Marco** (Cirugía, desde 1953), **Roberto Caldeyro-Barcia** (miembro honorario, desde 1960) (Obstetricia), **Juan E. Cendán Alfonzo** (Cirugía, desde 1954), **Abel Chifflet** (Cirugía, desde 1948), **Juan Carlos del Campo** (Cirugía, desde 1954), **Frank A. Hughes** (Urología, desde 1948), **José Iraola** (Cirugía, desde 1925), **Martín Miqueo-Narancio** (Cirugía, desde 1946), **Julio Nin y Silva** (Cirugía, desde 1920), **Eduardo C. Palma** (Cirugía, desde 1947), **José A. Piquinela** (Cirugía, desde 1963), **Alejandro Pou de Santiago** (Ginecología, desde 1946), **Jorge C. Pradines Reca** (Cirugía, desde 1963), **Julio C. Priario** (Cirugía, desde 1963), **Elías Regules Jr.** (ORL, desde 1923), **Guaymirán A. Ríos Bruno** (Cirugía, desde 1963), **Folco Rosa** (Cirugía Pediátrica, desde 1958), **Américo Stábi-le** (Obstetricia y Ginecología, desde 1963), **Carlos Stajano** (Cirugía, desde 1923), **Walter Suiffet** (Cirugía, desde 1956), **Ernesto Juan Tarigo** (Ginecología, desde 1923), **Walter Venturino** (Cirugía, desde 1963), **Pascual Vero** (ORL, desde 1935), y **Eduardo Vigil Sónora** (Cirugía, desde 1955).

CAPÍTULO 4

LA EMERGENCIA

EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS UNA VISIÓN HISTÓRICA

EN LAS páginas 355-357 del libro *Hospital de Clínicas de Montevideo: Génesis y Realidad (1887-1974)*, publicado en noviembre de 2011, puede leerse¹:

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

El Servicio de Emergencia, cuyo objetivo era asistir pacientes con urgencias médicas y quirúrgicas, fue inicialmente encarado como un apéndice de las clínicas con internación en el Hospital, y su asistencia se limitaba a 12 horas.

Las distintas clínicas médicas y quirúrgicas (inicialmente dos clínicas médicas y dos quirúrgicas) se distribuían los días de la semana para que el personal de la clínica hiciera guardias en el Servicio de Emergencia. Durante los primeros años estuvieron encargados del Servicio de Urgencia (o de Puerta, como también se le conocía por analogía con otros hospitales) los Dres. Juan E. Cendán Alfonso, José Pedro Ibarra y Abel Proto, en forma interina. Este sistema, indudablemente poco efectivo por la discontinuidad de la atención y la falta de coordinación entre los servicios y entre sus propios integrantes, luego de un largo proceso de discusión y de estudio de un proyecto elaborado por el Director Hugo Enríquez, se modificó para configurar un Departamento de Emergencia. En 1958 Guillermo Almenara presentó una propuesta de requisitos para la selección de un médico jefe del Departamento, que fue aprobada por la Comisión Directiva, y se llamó a la provisión de los cargos de Emergencia. Este Departamento contaba con

¹ WILSON, Eduardo, NOWINSKI, Aron, TURNES, Antonio L., SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad y SIERRA ABBATE, Jorge: *Hospital de Clínicas de Montevideo: Génesis y Realidad (1887-1974)*, 768 páginas, Tradinco, Montevideo, noviembre 2011.

un Director y un plantel de médicos que incluía diariamente dos médicos de guardia (un Profesor Adjunto –Grado 4- y un Asistente –Grado 3), dos cirujanos de guardia (un Profesor Adjunto y un Asistente) con la exclusiva función de atender el Servicio, y con seis practicantes internos del Hospital. Médicos, cirujanos y practicantes hacían guardias de 24 horas semanales con domingos rotativos.

A ellos se agregaban colaboradores honorarios de los médicos, de los cirujanos y de los practicantes, conocidos éstos en la jerga hospitalaria como *leucocitos*.

Luego de un período de dirección interina se nombró al primer director titular del Dpto. de Emergencia, que fue el Prof. Agdo. Walter García Fontes. En 1971 fue sustituido por el Prof. Agdo. José Pedro Cirillo.

El Departamento estaba correctamente equipado para atender cualquier situación urgente. Tenía varios consultorios convencionales, dos consultorios para curaciones, pequeña cirugía y procedimientos invasivos, otro ginecológico, y salas de internación para observación. También disponía de dos salas de operaciones que nunca fueron utilizadas, salas de estar para médicos y practicantes y salón dormitorio para médicos y practicantes de guardia en la misma planta y en el Piso 19 sector sur. También contaba con sala de espera, local para radioscopias con equipo apropiado y local para archivero clínico y vigilante. La dotación del personal de enfermería era mayor que la de las salas de internación, contando con una Nurse Supervisora, una Nurse por turno, y varios Auxiliares de enfermería.

Disponía de una Dietista, una Asistente Social y un camillero destinados en exclusividad al Servicio de Emergencia.

Cumplía funciones docentes además de las puramente asistenciales, organizando cursos de Medicina y Cirugía de urgencia. Eran frecuentes los encares de historias clínicas sobre temas de urgencia, extracurriculares, destinados a quienes preparaban el concurso para practicante interno. Todo el personal de guardia, incluyendo los honorarios, tenía acceso al comedor donde se servían 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena, en horarios determinados. Era frecuente, a la hora del almuerzo, la coincidencia en el comedor del personal de guardia y del Director y sus Asistentes, lo que a veces llevaba a charlas informales en las que los directores tenían información directa y de primera mano sobre hechos acaecidos en la guardia hospitalaria.

El número de camas para internación provisoria fue variando: a las primitivas 6 camas se agregaron 12, en abril de 1956, y 10 más en mayo del mismo año. En 1958 se suprimieron 22, quedando solamente 6. El cuadro 3 muestra el movimiento de enfermos en el Departamento de Emergencia en los primeros 20 años.

PACIENTES ASISTIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		
AÑO	TOTAL DE PACIENTES	PROMEDIO DIARIO
1954	4.308	12
1955	10.030	27
1956	14.805	41
1957	20.723	56
1958	22.540	61
1959	13.198	36
1960	12.396	33
1961	10.832	29
1962	14.085	38
1963	21.953	60
1964	25.781	70
1965	27.635	75
1966	31.796	87
1967	31.256	85
1968	33.255	91
1969	42.718	117
1970	40.799	111
1971	39.162	107
1972	35.824	98
1973	36.799	101
1974	37.421	102

Cuadro 2.- Pacientes asistidos en el Departamento de Emergencia de 1954 a 1974.

PROYECTO DE ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA DE EMERGENCIA EN LA REPÚBLICA O. DEL URUGUAY

Departamento de Emergencia Hospital de Clínicas

Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno
Montevideo – Uruguay

En una publicación de 84 páginas, impresa por Barreiro, que carece de fecha de edición, salvo una orientación indirecta, se publicó este proyecto de organización para un Sistema de Emergencia del Uruguay, cuando Guaymirán Ríos Bruno asumió como Director del Departamento respectivo.²

Sus autores según consta fueron el propio Guaymirán Ríos Bruno, los Profesores Agregados Dres. Julio Mañana Cattani, Celso Silva, Jorge Urres-tarazú y Eva Fogel de Korc y los Profesores Adjuntos Dres. Nelson [B.] Varela, Francisco Crestanello, Narciso Olarreaga, José Trostchansky y Gonzalo Maquieira.

El trabajo formó parte de un conjunto de contribuciones allí reunidas en ese volumen, presentadas al 1er. Congreso Rioplatense Médico Quirúrgico de Urgencia; 3er. Congreso Argentino de Patología de Urgencia y 1er. Congreso Uruguayo Médico-Quirúrgico de Emergencia. La fecha puede inferirse porque el último trabajo de la serie se titula Nuestra experiencia en situación de desastre en un Hospital del Interior, del que fue autor el Dr. Néstor César Campos Pierri, Cirujano de Guardia del Hospital Regional Norte-Salto-Uruguay, y lleva por fecha: Montevideo, 24 al 27 de agosto de 1978.

La publicación reúne diversos aportes:

- Proyecto de Organización de un sistema de emergencia en la República Oriental del Uruguay
- Mesa de “Desastres”
- CONTRIBUCIONES:
 - o Dirección Nacional de Bomberos. El gran incendio como desastre.
 - o Plan permanente de operaciones de emergencia.
 - o Organización Panamericana de la Salud.
 - o Plan de emergencia en un Hospital de mediana complejidad.
 - o Nuestra experiencia en situación de desastre en un Hospital del Interior, ya mencionada.

2 Tuve acceso a dicha publicación, por cortesía de nuestro apreciado colega y amigo Dr. Juan Ignacio Gil y Pérez, ya que estaba en la Biblioteca de su padre, el cirujano carmelitano Dr. Orlando Gil Solares, a quienes mucho agradezco la gentileza de acercármelo.

**PROYECTO DE ORGANIZACION
DE UN SISTEMA DE EMERGENCIA
EN LA
REPUBLICA O. DEL URUGUAY**

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
HOSPITAL DE CLINICAS
PROF. DR. GUAYMIRAN RIOS BRUNO



MONTEVIDEO - URUGUAY

Proyecto de organización de un sistema de Emergencia en la República O. del Uruguay. Cortesía de los Dres. Orlando Gil Solares y Juan Ignacio Gil y Pérez.

AUTORES

PROF. DR. GUAYMIRAN RIOS BRUNO
PROF. AGDO. DR. JULIO MAÑANA CATTANI
PROF. AGDO. DR. CELSO SILVA
PROF. AGDO. DR. JORGE URRESTARAZU
PROF. AGDA. DRA. EVA FOGEL DE KORC
PROF. ADJ. DR. NELSON VARELA
PROF. ADJ. DR. FRANCISCO CRESTANELLO
PROF. ADJ. DR. NARCISO OLARREAGA
PROF. ADJ. DR. JOSE TROSTCHANSKY
PROF. ADJ. DR. GONZALO MAQUEIRA

Las dos primeras, el Proyecto de Organización y la Mesa de Desastres, abarcan las 65 primeras páginas del folleto.

En el primer capítulo: Introducción y Concepto, establece:

La Emergencia debe de funcionar como Sistema en todo el territorio Nacional.

Desde la atención subprimaria hasta la atención cuaternaria.

De la Emergencia periférica al traslado de los centros de asistencia, deben encararse como una secuencia dentro de un Sistema coherente. Estos eslabones del Sistema deben de tener, de ser posible, igualdad de eficacia dentro de su nivel de asistencia. Cada una de estas unidades pertenece a un todo, por separado, pueden no ser adecuadas pero integrando el Sistema logran alto nivel de asistencia.

Un sistema de Emergencia implica que el paciente de Emergencia pueda entrar rápidamente en un programa secuencial previsto para garantizarle una óptima chance no sólo para sobrevivir sino también para ser reintegrado a la normalidad y a una vida productiva.

Para que estas secuencias sean perfectamente entendidas, se debe someter a una amplia información a todo nivel, con intensa difusión e importante publicidad. Todos los habitantes del país deben de saber lo que tienen, o a quién tienen que recurrir frente a un caso de Emergencia.

Se debe de establecer parámetros para evaluar los servicios Hospitalarios que prestan Emergencia. Luego de establecidas las mismas serán tomadas como guías para categorizar los distintos Hospitales.

La categorización Hospitalaria es el paso fundamental, para la racionalización de la medicina de Urgencia.

A) CATEGORIZACIÓN DE LOS CENTROS DE EMERGENCIA. FUNDAMENTOS.

La categorización está basada en la capacidad de suministrar cuidados médicos de Emergencia efectivos para aquellos individuos que estando en su domicilio o vía pública, son traídos al Hospital, por haber presentado un hecho patológico súbito que puso en grave riesgo su vida.

La identificación de un Hospital en materia de Emergencia, es la capacidad útil de tratar en forma expedita a los enfermos críticos. Categorizar la capacidad de un Hospital puede motivar el cierre del Servicio de Emergencia por ser obsoletos o por no tener área de asistencia regional adecuada; hay que evitar que exista sobrepoblación de Centros Asistenciales en un área y falten en otros. Necesariamente no tienen que estar ubicados según la densidad de la población.

Para Emergencia existe una etapa previa al Centro Asistencial que es la Emergencia periférica y el traslado al Centro Asistencial de asistencia primaria, al que seguirá el traslado de un paciente de un Centro de Asistencia primaria a un centro de asistencia secundaria o terciaria, ya que se debe prestar asistencia eficaz y permanente en el lugar del accidente y durante el traslado, debiendo estar perfectamente intercomunicado con el Centro de Asistencia cualquiera sea la categoría de éste.

Como dijimos debe evitarse por todos los medios que en una misma área existan Departamentos de emergencia que presten iguales servicios. Esto es lo que encarece y hace irracional la asistencia.

Por lo tanto; primero limitar las áreas; para ello saber qué superficie terrestre abarca la población estable y flotante, las industrias, las instituciones agrarias y pecuarias, las rutas que surcan su superficie, las condiciones climáticas, etc., los Centros Asistenciales de Asistencia primaria, secundaria y terciaria que posean los recursos tanto materiales como personales; los cargos en desempeño y las vacantes para su distribución. ¿Qué comunicaciones tienen entre ellos, con el resto del país e internacionales las corrientes que se establezcan entre los Centros de un área? debe ser de doble flujo, en los dos sentidos, de la asistencia primaria a la terciaria y de ésta a la primaria. Para nuestro país creemos que debe existir un Centro de Asistencia de cuarta categoría Central en la capital de alta complejidad que sólo tendría que recibir los pacientes enviados de los Centros de tercera asistencia, y sólo de éstos, con corriente de doble flujo hacia dichos Centros. La categorización por áreas debe ser siempre preferida a la regional o estatal, porque repito la aglomeración de las distintas industrias, ocupaciones o vías de rutas de alta velocidad como zonas turísticas, hacen áreas diferentes e incluso con patologías distintas.

Se deben desarrollar un conjunto de líneas guías para categorizar la capacidad de emergencia de los distintos Hospitales, para refinar y mejorar la asistencia según las áreas. Lo dicho conduce a racionalizar la emergencia para lograr un mejor beneficio en una asistencia de emergencia para toda la comunidad y poder así efectuar evoluciones y ajustes periódicos del sistema. Sólo una cierta cantidad de Hospitales deben categorizarse para prestar Asistencia de Emergencia.

Esto implica que algunos Servicios Asistenciales de Emergencia dentro de un área, deban cerrarse, otros ampliarse y crear nuevos. Para las nuevas creaciones deberán tenerse en cuenta las comunicaciones y las equidistancias de los distintos Centros primarios, secundarios, etc.

Las líneas de Guías deben ser publicitadas, y perfectamente conocidas por todos los que integren el Plan de categorización. Debe de existir una educación a todos los niveles:

Público
Maestros
Profesores
Policía Bomberos
Rotarios
Leones
Sociedades Científicas
Comisiones de Vecinos

Líderes Escolares, Liceales, Universitarios, Boy Scouts, etc., etc., para que sepan no sólo qué hacer frente a una emergencia sino adónde recurrir.

Esto hace más cercana la creación de una Comisión de Emergencia Nacional, la que controlará las comisiones de Emergencia Regionales, Locales e Intrahospitalarias.

Guías de categorización

Un Centro de Emergencia debe tener:

1. Historias.
2. Centro de Toxicología: Plan determinado para diagnóstico y tratamiento de drogadictos y alcohólicos. Centro de Información toxicológica.
3. Programa de Educación continua.
4. Auditoría y revisión: Comisión de Historias Clínicas. Morbilidad. Comisión de muertos y autopsias. Mortalidad.
5. Inspección de Servicios:
 - a. El Conjunto de ellos
 - b. Auditoría de Enfermería.
 - c. Ambulancias.
 - d. Bomberos.
 - e. Auditoría médica.
6. Plan de Desastre.
7. Información esquemática, rápida pero completa de:
 - a. Tétanos.
 - b. Quemados.
 - c. Envenenamientos.
 - d. Maniobras.
 - e. Textos de consulta.
8. El Departamento debe ser accesible a recibir y despachar fácilmente a los pacientes. Debe tener transporte aéreo y pista de aterrizaje de helicópteros.

Luego de establecidas las guías y suficientemente publicitadas, el Uruguay debe ser dividido en zonas sanitarias y sobre ellas se van a moldear las atenciones de emergencia.

B) ÁREAS.

El Uruguay debe tener de cuatro a cinco áreas con 400.000 a 500.000 personas por área. El Ministerio de Salud Pública hizo un estudio previo del área sur-oeste de nuestro país integrada por los Departamentos:

	Superficie	Población	Camas
Colonia	5.682 hect.	109.889 hab.	328
Flores	9.519 hect.	24.684 hab.	100
San José	6.963 hect.	89.310 hab.	235
Soriano	9.828 hect.	80.305 hab.	340
Río Negro (extremo sur-oeste, desde Nuevo Berlín, Río Uruguay por el oeste y al Río Negro por el Sur)	364 hect.	22.569 hab.	65
TOTALES	32.356 hect.	326.757 hab.	1.068

3 camas cada 1.000 habitantes

Estudiando el mapa de estos Departamentos y a manera de ejemplo: Ecilda Paullier, Colonia Valdense y La Paz, tendrían que ser Centro de Asistencia primaria, interconectados con Rosario con corriente de doble flujo que sería Centro de Asistencia secundario, y éste a su vez, interconectado con Cardona que sería Centro de atención terciaria. ¿Por qué Cardona? Porque está en el Centro del área sobre la ruta 2 que es la ruta interna más importante de estos Departamentos.

Se podrá objetar a esta manera de pensar que una población actualmente de 4.000 habitantes pueda tener un centro de tercera categoría frente a la ciudad de Mercedes con 34.667 habitantes y más si pensamos que Fray Bentos a unos 30 km. de Mercedes tiene 19.000 habitantes se debería instalar en ese lugar el Centro de Asistencia terciaria.

Pero Cardona está en el centro de la región distante a unos 80 kilómetros promedio de todos los puntos de la región, cruzada por dos rutas importantes: la 2 que de la ruta 1 recoge los que vienen desde Rincón de la Bolsa hasta Colonia, pasa por Rosario y llega a Cardona. Del Norte recoge de Nuevo Berlín, Fray Bentos y Mercedes, es cruzada por la Ruta 12 que viene de San José por el Este y Nueva Palmira por el Oeste. Pero la Ruta 23 baja de Trinidad hasta esta ruta y a través de Ismael Cortinas se llega perfectamente a Cardona.

Se podría objetar que no tiene un Hospital adecuado para una asistencia terciaria, pero como dijimos que un Plan de Categorización contempla la creación de unos, la ampliación de otros y el cierre de terceros, sería necesaria la creación de un Centro Piloto de esta área Centro de la Región.

El flujo es obligatorio que se haga en la forma antedicha, no pueden (salvo reales urgencias) saltar las categorías de asistencia de Emergencia y sólo un Centro de 3ª. categoría o con previa autorización de éste puede interconectarse con Montevideo con el Hospital de Clínicas que sería el Centro de asistencia cuaternaria.

Probablemente deban en esta área clausurar algunos Centros de Emergencia por inadecuados o por cercanías con otros. Clausurar no quiere decir liquidación de sus técnicos y equipos sino que deberán ser distribuidos más equitativamente y racionalmente; esto brinda economía y redundancia en mayor eficacia.

Hay que estipular que las distancias comprendidas hasta 60 km el vehículo ideal es la ambulancia, que de 60 a 120 km debe hacerse con helicópteros; por arriba de 120 km a 300 en avioneta y por encima de estas distancias en avión.

Dado la extensión territorial de nuestro País no se hace necesario otro tipo de transporte.

Las comunicaciones deben ser de las más completas siempre con varias vías, telediscado y usando diversos tipos de comunicaciones.

- Radio trasmisor de alcance limitado.
- Radio trasmisor de onda corta.
- Teléfono.
- Telediscado
- Telégrafo
- Télex.

En las zonas que hacemos referencia existen unos 35 cargos del Ministerio de Salud Pública.

Si vemos que la relación médico paciente debe ser de 800 a 1.000 habitantes por médico debería existir unos 326 médicos. Existen en la región 215 médicos. Creemos que faltan médicos en esta zona.

Cuadro de Médicos por Departamento y especialidades. Censo 1976.

Departamento de Colonia.

Anestesiología Analgesia	1
Cardiología Electrocardiografía	1
Cirugía general	11
Cirugía infantil	1
Neurocirugía	1
Dermatología y venéreas	1
Gastroenterología	1
Laboratorio Clínico	1
Medicina General	51
Medicina Interna	1
Ginecotocología	8
Pediatría	12
Proctología	1
Radiodiagnóstico	2
Reumatología	1
Traumatología y Ortopedia	1
	95

Departamento de Soriano

Anestesiología Analgesia	1
Cirugía general	10
Cirugía Plástica	1
Diabetología	1
Medicina General	26
Ginecotocología	5
Oftalmología	1
Otorrinolaringología	1
Psiquiatría	1
Pediatría	6
Radiodiagnóstico	2
Traumatología y Ortopedia	1
Urología	1
	58

Departamento de San José

Anestesiología Analgesia	1
Administración Sanitaria	1
Cardiología Electrocardiografía	3
Cirugía general	3
Medicina General	28
Neurología	2
Ginecotocología	3
Psiquiatría	1
Pediatría	5
Radiodiagnóstico	1
Traumatología y Ortopedia	1
	48

Departamento de Flores

Cirugía general	4
Medicina General	6
Ginecotocología	2
Pediatría	1
Radiodiagnóstico	1
	14

NIVELES DE ASISTENCIA

Este capítulo no se expondrá en forma teórica sino basándonos en nuestra realidad. Para lo cual hemos establecido contacto con médicos del Interior en oportunidad de diversos Cursos y nos manejamos a manera de modelo con la Región Suroeste del país. Que la Organización Panamericana de la Salud en el año 1975 a través del Ministerio de Salud Pública quiso establecer como posible.

Creemos que debe de haber para Emergencia 6 niveles de asistencia.

- Emergencia Periférica
- Traslado de Pacientes.
- Emergencia Subprimaria.
- Emergencia Primaria.
- Emergencia Secundaria.
- Emergencia Terciaria
- Emergencia Cuaternaria.

A) EMERGENCIA PERIFÉRICA

La enfermedad acecha al hombre en cada momento de su vida, sea cual fuese su etiología puede abatirse bruscamente sobre él y matarlo antes de poder ser atendido por el personal especializado.

En nuestro país muchas personas mueren en estas circunstancias, 25% de politraumatizados, gran número de infartos de miocardio, 80% electrocutados y ahogados fallecen antes de llegar a un hospital.

Sin embargo muchos de ellos pudieron ser salvados si se hubieran puesto en marcha algunas sencillas técnicas de Reanimación por parte de la persona que lo asistió en el primer momento.

El otro hecho a tener en cuenta es que otro grupo de pacientes mueren o agravan sus lesiones durante un traslado inadecuado.

Debemos tener presente que el hecho patológico agudo ocurre generalmente en el domicilio, la fábrica o la calle; de ahí que la primera persona que actúa excepcionalmente es un técnico, generalmente es el familiar, el compañero de trabajo, el agente de policía o el bombero, de donde surge la necesidad de llevar al conocimiento popular una serie de maniobras básicas fundamentales que permitan en la práctica mantener con vida al paciente hasta que llegue el auxilio técnico. De nada vale el Departamento de Emergencia mejor montado si no llegan a él pacientes con vida y eso constituye el primer concepto fundamental que debe imponerse: “Es necesario mantener con vida al paciente hasta su llegada a un Centro especializado”.

La segunda premisa a tener en cuenta es que se debe manejar el paciente en forma tal que durante las maniobras de Reanimación y transporte no se agraven las lesiones que presenta ni se produzcan otras en especial, esto vale en los politraumatizados con lesiones raquídeas en las que una maniobra intempestiva puede terminar con una lesión medular definitiva iatrogénica.

Aclarado el concepto podemos llegar a una definición de lo que entendemos por **Emergencia Periférica** (E. P.).

“Se trata de una etapa dentro de la asistencia en Emergencia que permite, poniendo en práctica maniobras elementales, por parte muchas veces de personal no técnico, mantener el paciente con vida hasta la llegada de auxilio técnico o su transporte a un centro asistencial”.

La organización de la E. P. es una de las fundamentales tareas de un Departamento de Emergencia y para llevarla a cabo debe en primer lugar cumplir una amplia tarea a nivel popular.

Es fundamental para que se consigan los resultados deseados tener en cuenta dos aspectos:

- 1º) Temario a desarrollar y
- 2º) Grupos humanos a instruir.

1º) En lo que refiere al temario consideramos debe ser preciso y elemental con pocos temas pero simples y fáciles de dominar y es así que hemos propuesto como temas bases los siguientes:

- 1.1 Paro cardio-respiratorio con dos aspectos:
 - a) Diagnóstico clínico elemental y
 - b) Tratamiento: con enseñanza de la respiración boca a boca y el masaje cardíaco externo.
- 1.2 Control de una hemorragia externa.
- 1.3 Inmovilización de una fractura.
- 1.4 Nociones elementales de transporte.

2º) En cuanto a los grupos a instruir, creemos aconsejable la enseñanza a dos niveles: en una primera etapa, seleccionar a: policías, bomberos, salvavidas, profesores y maestros, los que una vez capacitados pueden a su vez enseñar en sus respectivos ambientes, pero además debemos llegar al público y en ese sentido la TV Educativa tiene un lugar de primer orden. Para tener un ejemplo, en los Países Escandinavos estos cursos se están haciendo a nivel escolar con total éxito.

Consideramos que es muy importante al mismo tiempo que enseñar LO QUE SE DEBE HACER enseñar LO QUE NO SE DEBE HACER y en este sentido creemos que debe instruirse para:

- 1º) No intentar manipular miembros fracturados.
- 2º) No tratar de introducir los órganos exteriorizados a través de una herida.
- 3º) No dejar al paciente inconsciente boca arriba.
- 4º) No obligar a un accidentado a adoptar una posición contra su voluntad en especial los traumatizados faciales.
- 5º) No intentar arrancar nunca los cuerpos extraños que hayan penetrado en el tórax o el abdomen, etc.

El ideal es que la E. P. iniciada por una persona no técnica sea seguida por personal capacitado con el material necesario y que el transporte se efectúe por medio de ambulancias especialmente preparadas no sólo para el fin de transportar un paciente (única función que cumplen actualmente) sino para brindarle un tratamiento a un nivel superior que el de la E. P.

B) TRASLADO

UNIDAD MÓVIL EN LA ASISTENCIA DE EMERGENCIA

En el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas consultan más de 100 personas diariamente, de los cuales 17 ingresan. De éstos se opera 1 de cada 10. Es el Departamento de mayor movilidad hospitalaria. Como razón menor por ser el único que funciona todo el día; pero y sobre

todo por trabajar con enfermos muy graves como lo demuestra su alta mortalidad. Aproximadamente 1 de cada 15 ingresados fallece. El alto número de autopsias médico-legales permite concluir que muchos llegan muertos o en estado desesperante. Nuestra obligación es abatir esa mortalidad, mejorando el Servicio de Emergencia, y entendiéndolo fuera del paciente grave agudo en el sitio donde él se encuentre, continuarla durante su traslado correcto, y resolverla con las mayores posibilidades de éxito en una unidad central equipada y concebida con criterio funcional actual.

El empleo de ambulancias – aéreas o terrestres – comunicadas o dependientes del hospital, provistas del material e instrumental necesarios y conducidas por personal responsable, capaz, bien entrenado en lo que debe hacer, y con la modestia de consultar por radio la oportunidad y eficacia de los métodos que emplea, permitió descender en 1/5 la mortalidad extrahospitalaria en 1973 en los Estados Unidos, estimada en 45.000 muertes callejeras por accidente traumático, y en 365.000 por paro cardíaco. Unos 82.000 sobrevivientes anuales; más o menos la población de Paysandú.

La juventud de la mayoría de los traumatizados de ruta es un factor de recuperación total una vez superado el trance si no hay amputaciones o lesiones del sistema nervioso. Y el hecho de que 1 de cada 4 infartos fallezca en las primeras horas por trastornos del ritmo que gracias a la monitorización hoy se sabe no repiten, justifican esfuerzos y gastos para disminuir una pesada mortalidad que con cifras de catástrofe se repite proporcionalmente en estadísticas de otros orígenes.

En consecuencia cómo deben ser y qué deben llevar las ambulancias para resultar útiles.

Ambulancia: Vehículo destinado al transporte de heridos y enfermos, y de los elementos de cura y auxilio destinados a aquéllos. Real Academia Española, diccionario de la lengua española. Madrid, 1970.

Sin embargo, debe ser una extensión extrahospitalaria de las salas de guardia. Porque los cuidados médicos empiezan donde alguien se accidenta o enferma. Y todo lo que se haga desde entonces, debe servir para mejorar o curar, y no debe tener consecuencias irreversibles por morbilidad o mortalidad.

Con el ideal de conducir al paciente vivo y en las mejores condiciones al hospital, desde la casa, la calle o donde sea que esté, se precisa un servicio de ambulancias. Esto, el servicio de ambulancias, comprende desde el vehículo, a los materiales de cura e inmovilización, los elementos de diagnóstico, el personal capaz de hacer maniobras de salvataje, y sobre todo la comunicación con el hospital que dará las direcciones y el apoyo imprescindibles para: salvar la vida, prever nuevas injurias y hacer el transporte seguro y correcto del enfermo.

Con el propósito de crear un servicio de ambulancias nos ocuparemos de:

- I) VEHÍCULO.
- II) EL EQUIPAMIENTO.
- III) LA DOTACIÓN HUMANA.

I) EL VEHÍCULO

Las características físicas de un vehículo, están determinadas por las necesidades de su uso, y por las exigencias a que puede estar sometido.

Debe poseer un chasis fuerte, con rodado grande de 900 x 20, o mismo de 1.000 x 20, tracción en las 4 ruedas, y una buena amortiguación por la necesidad de conservar el confort aún cuando pase por caminos malos, mismo a campo traviesa, o tenga que subir cordones, o vadear 60 centímetros de agua manteniendo seco el compartimiento.

Podrá arrancar y parar 3 veces en 6 minutos; acelerar de 0 a 130 kilómetros en 6 minutos y mantener esa velocidad durante dos horas. En la práctica no son necesarias las velocidades señaladas, que más parecen una exigencia técnica sobre las capacidades del motor. En general, una ambulancia no debe sobrepasar los 50 kilómetros horarios.

Para llegar a 80 debe pedir permiso al radio operador. Una ambulancia a velocidad excesiva para la zona donde transita, revela la angustia del personal mal preparado; y por aquellos factores: angustia y velocidad excesiva, puede producir nuevas víctimas en accidentes.

En resumen, debe poseer un motor – que sin necesidad de reabastecimiento – sea capaz de asegurar el funcionamiento de todos los elementos eléctricos y mecánicos por 8 ó 10 horas, o por 300 kilómetros, pues su radio de acción debe estar dentro de esos límites. A mayores distancias, en casos de emergencia debe sustituirse por helicópteros o aviones. De esto deriva que en nuestro país, y en la mayoría de las provincias litorales argentinas, o estados brasileños vecinos, debe preverse en el plan de catástrofes, la creación de hospitales escalonados, cada 200 kilómetros, en las rutas, capaces de recibir y asistir a los enfermos con los refuerzos de material y personal necesarios.

En el bien sobre entendido, que la ambulancia queda sometida a las disposiciones de tráfico, debe – sin duda – diferenciarse de los otros vehículos para facilitar su desplazamiento. Su color tradicionalmente blanco, debe mantenerse. Llevará 2 luces azules en los ángulos superiores del frente, y también será azul, alternando con blanca, la luz intermitente del techo. La luz azul es de gran penetración, aún en la niebla, y es imposible de confundir con las luces verdes, amarillas y rojas de los semáforos o de señalización de calles y carreteras.

Es muy discutida la utilidad de la sirena; para algunos es factor de confusión, desorden y falsa seguridad.

De las otras características mecánicas y técnicas – como diámetro de viraje de 0 m 22, tanto a derecha como a izquierda, por cada metro de longitud, frenos potentes de discos, o paragolpes montados sobre topes hidráulicos, a la manera de los ferrocarriles, y destinados a aliviar las consecuencias de los accidentes, sólo hacemos mención, pues pertenecen a una especialidad, la ingeniería mecánica, que desconocemos. Reclamamos, sí, que todo sea sencillo y conocido por la tripulación, la que será capaz de solucionar rápidamente pequeñas fallas.

Nuestro interés está en *el compartimiento*. Sobre un vehículo cuyas dimensiones máximas serán de 6 metros de largo por 2.50 metros de ancho y 1.40 metros de alto, se armará un compartimiento que como mínimo tendrá: 2,80 metros de largo por 1,85 metros de ancho y 1,40 de alto de manera de permitir el alojamiento cómodo de 2 camillas, con una separación mínima de 0,60 metros en la cabecera y 0,40 metros en los pies; de tal manera que los espacios permitan la cabida fácil de todos los materiales, que luego enumeraremos, y de 2 personas; de las cuales una, en cuclillas sobre el enfermo, sea capaz de hacer masaje cardíaco, y la otra la asistencia respiratoria sin molestar entre ellas.

La altura está determinada por la necesidad de un desnivel de 1,30 m para la caída de las infusiones intravenosas que se colgarán en soportes desde el techo.

Los accesos serán por el fondo, como es lo habitual. Es muy discutido si debe haber otros accesos o si puede accederse desde la cabina.

Cualquiera sea la posición de las puertas se abrirán fácilmente desde dentro y afuera.

El interior será liso. Se eliminarán todos los resaltos por pasadores, asas o manijas, y todos los elementos – incluyendo las camillas – quedarán fijos una vez instalados. Obviamente, para evitar golpes en curvas e irregularidades del camino. Por este mismo motivo el balón de oxígeno deberá reponerse desde fuera en un ajustado receptáculo especial.

Esta pequeña sala, bien iluminada por vidrios opacos y 2 focos interiores de 100 bujías, debe aislarse del exterior para evitar la polución y contaminación, conservando la aireación natural a través de filtros. No hay inconveniente en agregar aire acondicionado, supliendo el aumento de corriente, y recordando la necesidad de circular a más de 50 metros de vehículos con mala carburación o quemadores de aceite por la posibilidad de introducir monóxido de carbono en un local cerrado. Por la misma posibilidad de intoxicación, el servicio de mantenimiento detectará las perforaciones de los caños de escape de gases, que, en un vehículo tan largo, pueden hacerse

debajo de la habitación. No olvidemos que la ambulancia puede marchar en fila durante 3 horas en casos de catástrofes.

Se dispondrán dos tomas de corriente – una en la cabecera y otra sobre una pared lateral, para asegurar la monitorización de ambos enfermos, o cambiar las conexiones en casos de fallas.

II) EL EQUIPO

Cada ambulancia llevará un equipo de radio en circuito cerrado con 2 canales. Uno en comunicación con el radio operador de la Central, habituado a la clara dicción, repetición y control de comprensión. El otro canal, conectará el monitor con la sala de guardia del hospital, desde donde un médico con experiencia dará las indicaciones terapéuticas.

CONDICIONES Y EQUIPAMIENTO DE UNA AMBULANCIA

Espacio para 2 camillas y 2 personas más. Radiotransmisor en circuito cerrado con la Central por problemas de ruta y tráfico. Y con el Hospital para control del enfermo. Equipos para perfusión con soportes en el techo. Equipos para resucitación cardio-respiratoria. Elementos para curación e inmovilización. Inyectables y medicamentos en menor cantidad pero igual que en el Hospital.

EQUIPO DE RESUCITACIÓN CARDIO-RESPIRATORIA

Estetoscopio y tensiómetro, osciloscopio y desfibrilador, marcapaso externo, aspirador, máscaras para oxigenoterapia para lactantes, niños y adultos, tubos de Mayo para lactantes, niños y adultos, laringoscopio (4 hojas 18 a 24 sin manguito), sondas laringo traqueales (18, 34 y 38 con manguito), válvulas unidireccionales Narcosul D 400, pinza [de] matill [Magill], introductor y mordillo, caja para traqueostomía, resucitador AMBU.

Además de los sueros, inyectables, monitor-desfibrilador, férulas, caja de partos, material de pequeña cirugía, sondas oro y naso-traqueales, detallados en los esquemas; en algunos medios se agregan elementos para el rescate y extracción de los accidentados. Tales materiales, como sierras, llaves inglesas, pinzas para cortar cables o romper armazones metálicas, en nuestro medio son usadas por bomberos, patrulleros y Policía Caminera, quienes están muy bien entrenados en la recuperación de enfermos atrapados por diversas circunstancias. El personal encargado de proteger la salud, debe conocer su uso, y sobre todo los principios de las técnicas de rescate: 1) Salvar la vida; 2) Aliviar el dolor; 3) Dar comodidad al enfermo y 4) No movilizar jamás a una persona hasta no tener la seguridad de su total liberación sin atascamiento de los miembros o de cualquier otro sector del cuerpo.

III) LA DOTACIÓN HUMANA

Para que la ambulancia sea una real extensión extra-hospitalaria de los servicios de emergencia, el chofer y el enfermero – que podrán intercambiar sus tareas – deben haber recibido una prolija instrucción, preparación y entrenamiento en los mencionados servicios.

Mostramos una modificación adaptada a nuestro medio, del plan de exigencias mínimas aprobado en U.S.A. por la asociación de entidades oficiales y para-oficiales dedicadas a la enfermería.

NEUROLÓGICAS	DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMOS GRAVES AGUDOS
CARDIOPULMONARES	
VÍA DE AIRE	
TRAUMÁTICAS	
ABDOMINALES	
OBSTÉTRICAS	
PSIQUIÁTRICAS	
TOXICOLÓGICAS	

Cuando decíamos lo anterior recordábamos a un gran maestro de la cirugía nacional, fallecido hace pocos días, el Prof. Juan Carlos del Campo, quien nos enseñaba que cuando algún enfermo se muere o se agrava alguien tiene la culpa: el enfermo, la familia, el médico o la enfermedad. Tratamos de darle una ayuda inmediata para evitar descuidos y cubrirlo de maniobras o medicaciones hechas por profanos, le brindamos los cuidados médicos más adecuados, de manera que si algo le ocurre sea sólo por su enfermedad.

C) EMERGENCIA SUBPRIMARIA

Entendemos la que se debe de prestar en poblaciones por debajo de los 500 pacientes.

Ejemplo: Mal Abrigo – Población 289 habitantes, se encuentra a 25 km. de Cufre con 430 habitantes y se encuentra a 18 km de Nueva Helvecia; ésta tiene 8.596 habitantes.

Mal Abrigo y Cufre deben ser modelos de atención subprimaria. Consideramos que no deben tener ninguna unidad de Emergencia ni Personal Universitario. Debe la Policía, personal estable de la localidad asumir funciones de T.E.M. (Técnica en Emergencia Médica) e instruirlos en este sentido; dotados de una Camioneta ambulancia para su pronto traslado al Centro de Asistencia primaria. En este caso Nueva Helvecia.

Deben mejorarse las comunicaciones y las rutas.

Deberá contar con teléfono, radiotransmisor de alcance limitado y radiotransmisor de onda corta.

D) EMERGENCIA PRIMARIA

Aproximadamente arriba de 2.000 habitantes.

Ejemplo: Nueva Helvecia, 8.000 habitantes.

Debe existir una Unidad de Emergencia adecuada a un Hospital de recursos limitados. Esta Unidad debe estar planificada más para el traslado de pacientes que para tratarlos definitivamente. Por lo tanto como el Hospital de atención secundaria está generalmente entre 40 a 60 kilómetros debe poseer ambulancia con equipo y personal adecuado. Los equipos de Emergencia para el traslado de enfermos deben estar regidos por las normas internacionales de traslado de pacientes y por personal T.E.M. (Técnicos de Emergencias Médicas).

Estos T.E.M. – Son personas que viven en el lugar, choferes e idóneos que recibieron una educación curricular en el Departamento de Emergencia de Montevideo, y con título expedido por la Facultad de Medicina y autorizado por el M.S.P.

Esta Unidad de Emergencia tendrá:

1) PERSONAL

- 1 Médico en domicilio conectado por doble vía con el Hospital, radio trasmisor de alcance limitado y teléfono. Radio Señal. Radio llamada.
- 1 Enfermera con entrenamiento en enfermos de emergencia con horario limitado en la Unidad y con tiempo completo restante en el domicilio. Intercomunicada con la Unidad por doble vía telefónica y radio trasmisor de alcance limitado.
- Personal T.E.M. preferiblemente autóctonos, que recibieron en un Hospital Escuela entrenamiento en Emergencia. Este personal hará guardia y cubriría la jornada completa.
- No debe tener sala de internados.
- Debe tener un local y anexo, un escritorio que comparten enfermera y médicos.

Los equipos que tendría la Unidad, serían para:

- Asegurar.
- Aspiración.
- Ventilación.
- Lavado gástrico.
- Stock de sueros.
- Botiquín.
- Electrocardiógrafo.
- Desfibrilador.

No tiene Banco de Sangre.

La sangre aportada del Centro de Atención Secundaria.

Servicio de Laboratorio.

Técnico de laboratorio no universitario (preferible del lugar) que realiza los exámenes generales, y electrolitos.

Servicio de Radiología; un aparato de radioscopía y radiografías, manejado por técnico no universitario.

Sala de operaciones de pequeña Cirugía, para tratar heridas, infecciones superficiales y maniobras de emergencias, descubiertas, PVC, toracentesis, etc.

Enfermera registrada (anestesista).

Auxiliares (instrumentista).

Personal de servicio. Están en domicilio y concurren al llamado salvo que tienen jornada limitada para trabajar en el centro de materiales.

El Hospital tiene perfectas comunicaciones, tres vías; telefónica, radio llamada, y onda corta.

Ambulancias provistas con el material que se ha expuesto en el capítulo de traslado.

E) EMERGENCIA SECUNDARIA

Ejemplo: Rosario 8.302 habitantes.

Similar al anterior la Unidad pasa a ser un Centro.

LOCAL

Sala de consultas y sala de enfermos en tránsito:

Los enfermos en tránsito son todos los enfermos de emergencia. En el Centro se establece el destino definitivo. Pasan a otro Hospital, ya a área de internación o consulta externa, son operados de urgencia y/o se estudia diagnóstico primario y pasan a domicilio. Dos o tres camas. Oxígeno y aspiración centralizada.

Sala de cuidado integral del accidentado.

PERSONAL

No tiene especialistas

Médico con entrenamiento en emergencia en la casa 24 horas del día.

Enfermera registrada con entrenamiento con emergencia 24 horas en el Centro y personal de salud 24 horas en el Centro. Este personal de Salud realizó el Curso de T.E.M. y preferiblemente debe ser del lugar.

EQUIPOS

- Vía aérea.
- Aspiración.
- Ventilación manual ambú y mecánica.
- Electrocardiógrafo.
- Desfibrilador.

- Equipo de Cateterismo y P.V.C.
- Stock de Sueros.
- Lavado gástrico.
- Botiquín.

HOSPITAL DEL CENTRO PERSONAL

- Médico y cirujano.
- Ginecólogo y Pediatra.
- Traumatólogo.
- Anestesista.
- Enfermeras registradas.
- Auxiliares registradas. Instrumentistas.
- Personal de la Salud. Preferibles personas del lugar que reciben instrucciones sobre enfermería y servicios generales.
- Laboratorio.
- Personal Universitario; Laboratorio General, pH y electrolitos.
- Radiología.
- Personal.
- Técnico Universitario.
- Radiología General y Radioscopía.

El Centro de Emergencia de este tipo de asistencia secundaria depende mucho de dónde esté ubicado, imaginemos que sea Rosario en la ruta 2 y cerca de la ruta 1 turística, los accidentes carreteros son frecuentes por lo tanto aquí debe existir un especialista que es un traumatólogo y una sala de traumatología. Anexo al Centro de Emergencia. Configurando pequeña sala de cuidados integral de politraumatizados.

Debe de tener un Banco de Sangre, pequeño.

Ambulancias.

Y comunicaciones con doble o triple vía – telefónica – radiotransmisor de alcance limitado y radio transmisor de onda corta.

Los Centros de atención no deben de ubicarse su nivel de asistencia de acuerdo a la densidad de su población, esto lo único que distribuye es el número de camas y de especialistas, no la complejidad de la asistencia.

Los Centros de niveles de superior asistencia. Dependen de la ubicación geográfica, vías de comunicación, posibilidades de construcción o ampliación de locales ya existentes. Puede un nivel de asistencia secundario estar ubicado en una población de densidad menor que uno de asistencia primaria lo mismo vale para los demás niveles de atención.

F) EMERGENCIA TERCIARIA

Ejemplo: Cardona 4.126 habitantes.

Debe ser un Departamento de Emergencia Completo.

El personal debe ser completo excepto algunos especialistas para cuidados definitivos. Ejemplo: Cirugía Cardíaca. Neurología. Unidades de Diálisis renal (discutida). Microcirugía de Reimplante, etc.

Director *full time*.

Médicos, cirujanos y enfermeras registradas con entrenamiento en Emergencia.

EQUIPOS

- Vía aérea.
- Aspiración.
- Ventilación.
- Monitor.
- Desfibrilador.
- Marcapaso.
- Cateterismo venoso.
- P.V.C.
- Stock de sueros.
- Lavado Gástrico.
- Botiquín Completo.

PLAN PREDETERMINADO PARA TRANSFERIR A OTROS HOSPITALES

- Local del Departamento de Emergencia.
- Escritorio del Director.
- Escritorio de Enfermera Jefe.
- Sala de enfermos en tránsito. 6 camas, aspiración y oxígeno centralizado.
- Sala de paro-cardio-respiratorio.
- Sala de cirugía reparadora (heridas).
- Sala de operaciones sépticas. (Policlínica séptica infecciones superficiales).
- Sala Tratamiento integral del politraumatizado.
- Pequeño Centro de toxicología.

EL HOSPITAL DONDE ESTÁ EL CENTRO

Personal: debe de tener todos los especialistas.

Principalmente:

- Cardiólogo
- Urólogo

- Cirujano Reparador.
- Oftalmólogo.
- Psiquiatra.
- Neurólogo
- Anestesiistas (Médicos).
- Cirujano vascular.
- Traumatólogos.

Estos especialistas estarán en domicilio pero deberán atender el llamado del Departamento de Emergencia durante las 24 horas del día.

LOCALES

- Banco de Sangre en las inmediaciones del Departamento de Emergencia.
- CTI en las inmediaciones del Departamento de Emergencia.
- Laboratorio. Atendido por médicos uno de guardia las 24 horas del día, debe realizar gases en sangre, pH – electrolitos.
- Radiología, en las inmediaciones del Dpto. de Emergencia con equipo móvil y equipos fijos. Estar equipados para radiología contrastada.
- Debe poseer un equipo de angiografía con radiólogo competente en la casa al llamado.
- Block operatorio completo, con salas de traumatología anexas.
- Banco de Prótesis, para cirugía vascular periférica.
- Unidad de reanimación postoperatoria adyacente a la sala de operaciones.
- Unidad de reanimación respiratoria.
- Unidad de reanimación de falla renal.
- Unidad de reanimación politraumatizado dentro del Departamento de Emergencia.
- Equipo de Comunicación completo.
- Teléfono.
- Radiotransmisor de frecuencia limitada.
- Radiotransmisor de onda corta.
- Ambulancia.
- Ambulancia aérea, helicóptero y avioneta.

El doble flujo se hace del Centro de Asistencia Secundario y al Centro de Asistencia Cuaternario.

Plan de Desastre.

Información completa sobre envenenamientos: tétanos, quemados y maniobras, sala de quemados pero no Departamento de Quemados.

G) EMERGENCIA CUATERNARIA

División de Emergencia.

Ubicado en el Hospital de Clínicas – Hospital Asesor de otros Hospitales.

La División Emergencia, consta de dos sectores: la División propiamente dicha y un Departamento de Emergencia completo, equipado para asistir las emergencias tanto mayores como menores.

Comencemos por el Departamento de Emergencia.

Personal.

Deben ser todos *full time*

Todos sus integrantes con más de 2 años de entrenamiento de emergencia no serán asistentes sino adjuntos, agregados y Directores, éste es el personal estable. Existirá otro personal asistentes e internos no estables que cursarán un entrenamiento en Emergencia que oscile entre un año y tres años. Todos los especialistas.

Algunos de ellos con guardias de 24 horas.

- Cirugía.
- Neurocirugía.
- Ginecotocología.
- Cirugía Reparadora.
- Oftalmología.
- Medicina.
- Toxicología.
- Psiquiatría.

Enfermeras registradas con entrenamiento especial en emergencia.

Auxiliares de enfermería registradas con entrenamiento especial en emergencia.

Servicios generales.

Vigilantes.

Telefonistas permanentes.

Mensajeros.

Recepcionistas con entrenamiento en relaciones humanas.

Ecónomo.

Ayudante de Ecónomo.

Visitadoras Sociales las 24 horas del día con entrenamiento en Emergencia.

Oficina de Recaudación las 24 horas del día; es un Servicio que consulta cualquier tipo de paciente y pertenecen a distintos estratos sociales. Debe de cobrarse la consulta.

Oficinas de Registros médicos: las 24 horas del día con historias protocolizadas.

Policía, bomberos, choferes, camilleros, mensajeros, etc.

Debe tener personal de registros médicos con posibilidad de rastrear y seguir los pacientes que abandonan el Departamento para evaluar resultados, de las pautas de conducta y tratamiento.

La capacidad del Departamento debe ser completa para atender en forma expedita cualquier tipo de enfermo crítico, ya sea recibido, asignado o delegado de otro lado o de los Centros de Asistencia Terciarios.

EQUIPOS

- Vía aérea.
- Aspiración.
- Monitor.
- Desfibrilador.
- Marcapaso.
- Ventilación.
- Aspiración.
- Electrocardiografía.
- Bomba de inyección.
- Cajas de Cateterismo.
- P.V.C.
- Traqueostomía.
- Punción vesical.
- Punción Lumbar.
- Toracentesis.
- Equipo de inmovilización completo.
- Stock de sueros.

LOCALES

- Escritorio del Director.
- Escritorio para el Staff superior.
- Escritorios para Administrativo, Ayudantes de Clase, Archivo propio.
- Servicio de Vigilancia.
- Policía, Bomberos.
- Recaudación y Registros Médicos.
- Local de Recepcionistas y Visitadora Social.
- Consultorio psiquiátrico.
- Depósito en las inmediaciones de la puerta de material de sillones rodantes y camillas.
- Consultorio de admisión de pacientes.
- Consultorios de atención.
- Sala de Paro cardio-respiratorio.
- Sala de recuperación integral del politraumatizado.

- Para la asistencia quirúrgica ver lo escrito para el U.T.Q.I.
- La parte quirúrgica se estudia en profundidad en U.T.Q.I.
- Sala de pre-admisión donde los pacientes esperan que se complete su estudio para darles destino.
- Sala de enfermos en tránsito. Ya vista en atención terciaria. Acá tendrá 12 camas y será tipo de cuidados intermedios.
- Centro de toxicología con C.I.A.T. y aislamiento para alcohólicos y drogadictos.
- Sala de aislación del asmático.
- Sala de difusión expedita sobre tétanos, envenenamientos, alcohólicos, drogadictos, maniobras y textos de consulta sobre emergencia.
- Central telefónica en comunicación con números directos con toda la República, con grabación de las consultas.
- Pistas de aterrizaje de helicópteros.
- Ambulancias con sus respectivos choferes y camilleros todos con el curso del T.E.M. (no pertenecen al hospital sino al Garage Central [M.S.P.] pero parten del Hospital). Tienen estas ambulancias todo lo que se dijo sobre traslado y con radiotransmisor portátil de alcance limitado. Camioneta para mensajería y traslado de pacientes.
- Banco de Sangre en las inmediaciones.
- Servicio de Laboratorio, que funcione las 24 horas del día pero que tenga capacidad de informe rápido de los más variados exámenes que se le soliciten.
- Servicio de Radiología completo adyacente al Departamento, capacitado para las más diversas angiografías y todas las técnicas contrastadas.
- Sala de operaciones pronta para el Departamento, completa, grande, espaciosa. Anestesista de guardia en el Departamento que asiste de inmediato a su paciente, es decir, toma contacto con el paciente posible de solución quirúrgica cuando ingrese.
- Cirugía Cardíaca y Vascular completa.
- El Departamento debe de disponer en materia de Cirugía la Unidad de tratamiento intensivo.

El Hospital debe ser completo.

UNIDAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INTENSIVO (U.T.Q.I.)

Existen dos principios fundamentales: 1) Emergencia es tratar el accidente patológico agudo que puso en grave peligro la vida de una persona y exige asistencia inmediata y 2) la acción del médico en Emergencia está determinada por el siguiente aforismo:

Paciente que llega vivo al Departamento de Emergencia tiene que salir vivo de él. Por consiguiente hay que montar una política que permita tratar al accidente quirúrgico bajo las premisas antedichas.

El sistema que nos permita llevar a cabo esta política, tendrá como objetivo final la creación de una unidad de tratamiento quirúrgico especial que el paciente que tenga la oportunidad de ingresar a ella tenga las más amplias garantías de salir vivo de la misma.

Esta Unidad de Tratamiento tiene que ser adecuada a nuestro medio, Hospital; recursos económicos, a la movilidad regional asistida, etc.

Nuestro medio es una sociedad en vías de desarrollo y por consiguiente va a estar comprometida la calidad de la Unidad. El Hospital, en nuestro caso el de Clínicas ya está construido y tenemos que ajustarnos a su planta física.

Los recursos económicos son escasos, esto dificulta la concreción y desarrollo de la unidad pues ésta es muy costosa. La morbilidad, es la condicionante de la planta física.

Si bien la unidad tiene que atender solamente al paciente definido en la parte doctrinaria. Obligatoriamente asiste a tres tipos de pacientes quirúrgicos.

El emergente que entra en nuestra definición y es el que condiciona la unidad.

El urgente es el clásico paciente de la medicina de puerta, la úlcera perforada, hernia estrangulada, etc. Y el paciente quirúrgico no urgente, que en cirugía se dividen en dos grupos: las afecciones superficiales supuradas y las heridas no penetrantes.

Al paciente Emergente hay que atenderlo en la unidad quirúrgica de tratamiento intensivo. Al paciente urgente, tiene que ser tratado por los técnicos de Emergencia en el área de internación del Hospital, Centro Quirúrgico central, Recuperación general, etc.

Los pacientes quirúrgicos no urgentes, tienen que ser resueltos en el Departamento. Las afecciones superficiales supuradas en una sala de cirugía séptica, las heridas en una sala de cirugía reparadora a cargo de un equipo de Cirugía Reparadora (Plástica).

Habrán notado que no hice referencia a los quemados.

Lo hago premeditadamente, porque una comisión especial está estudiando el tema.

A nuestro criterio el quemado debe ingresar por Emergencia, atendido en un local especial en el Departamento. Si el Hospital dispone de un centro para tratamiento del quemado, el técnico de dicho centro para tratamiento del quemado, concurrirá a Emergencia para que, junto con el Asistente de Cirugía establezcan las prioridades de tratamiento y sea transferido cuando corresponda y sin demora al Centro de Quemados.

En resumen, un Departamento de Emergencia necesita: una Unidad de tratamiento quirúrgico intensiva, una sala de cirugía séptica, y un local quirúrgico donde se reciba al quemado.

Establecido nuestro objetivo final, aclararemos que nos referimos exclusivamente a la Unidad de tratamiento intensiva quirúrgica. ¿Cómo logramos dicho objetivo? Tenemos que ceñirnos a un desarrollo metodológico lo más preciso posible.

- 1) Hacer un relevamiento de lo que tenemos.
- 2) Establecer un sistema que nos permita ir de lo que tenemos al objetivo final.
- 3) Como el objetivo final a veces es demasiado para alcanzarlo en las primeras acciones, tenemos que fragmentarlo en objetivos parciales e ir desarrollando metodológicamente acciones con el fin de alcanzar dichos objetivos parciales; para esto hay que realizar planes, ejecutarlos, evaluarlos periódicamente y ajustar los planes de desarrollo según los datos de evaluación. Esto que estamos exponiendo es la delimitación del Sistema por el cual un Departamento de Emergencia llega a crear su unidad de tratamiento quirúrgico intensivo.

El objetivo final (referido a U.T.Q.I.).

Necesidades: local, equipos y personal.

Necesidades. Locativas. Ubicación de los locales.

- a) Delimitación del área regional donde todos los pacientes afectados de menores o mayores injurias tenga que consultar en él, (creemos que deben ser 4 para la ciudad de Montevideo, 3 asistencia terciaria y una de cuaternaria, el de la División de Emergencia).
- b) Dentro del Hospital el Departamento de Emergencia tiene que tener fácil acceso del público y permanecer relativamente aislado del resto del Hospital. En nuestro país: las alas Este de las plantas bajas del Hospital de Clínicas.
- c) La unidad de tratamiento quirúrgico intensivo debe estar ubicada en un ala del Departamento, con cuatro aberturas: 1) entrada del personal; 2) entrada y salida del enfermo; 3) entrada del material limpio y 4) salida del material sucio (puede disponer de una salida accesoria de muertos).

Complejo habitacional de la unidad de tratamiento quirúrgico intensivo. Dentro de lo posible se tratará de optar por los modelos octogonales o hexagonales, por ser las áreas de mayor superficie, otorgando fácil visualización del instrumental colocado en los paneles; con este modelo se eliminan las sombras lográndose, iluminación de ángulos agudos.

- a) Sala de operaciones. Amplia. Modelo octogonal. Paredes prefabricadas en forma de paneles con equipo médico embutido, revestido de láminas de plástico o melamina.

Iluminación de circulación del lado exterior de la sala transmitiendo su intensidad lumínica a través del material traslúcido del techo o paredes de la sala de operaciones. Ventilación: entrada por el techo, salida a nivel del piso sin causar turbulencias, aire filtrado y estéril. Los gases, aspiración y la electricidad emergerán del techo y colgarán por tubos flexibles de plásticos de distintos colores. La cialítica será del tipo luz de las estrellas, clara como la luz del día sin sombras y que no cansa la vista. El piso será enterizo (no baldosas) y si es posible vinílico.

El color entre gris claro y celeste, junto con la disposición octogonal del anfiteatro producen una reducción de las sombras y brindan una mejor iluminación.

- b) Sala de recuperación y preparación del paciente que padece una grave injuria.

Amplia con las mismas características de la sala de operaciones. En este ambiente se realizan todos los procedimientos auxiliares de tratamiento y diagnóstico al paciente para ponerlo rápidamente en condiciones de ser sometido a una intervención quirúrgica (cateterismos, venosos, vesicales, naso-gástricos, intubación laringo traqueal, traqueostomía, radioscopía, con intensificación de imagen o rayos portátiles). Monitorizaciones electrónicas, quirúrgicas y anestesia.

Sus paredes dispondrán de amplios placares abiertos de fácil limpieza con iluminación interior, donde se dispondrán todos los equipos necesarios, para el tratamiento de estos pacientes; así mismo tendrán un dispositivo para almacenar el equipo de anestesia.

Dispondrá, gases, aspiración y electricidad centralizados, si es posible colgante del cielo raso.

En este local tendrá anexo un pequeño vertedero y un lavatorio.

- c) Local para almacenamiento de instrumental de cirugía.
- d) Local para lavatorio de cirujanos.
- e) Local de tratamiento primario traumatológico.
- f) Local para almacenar los instrumentos traumatológicos.
- g) Estos locales deben estar circundados por dos corredores.

Un corredor limpio y un corredor sucio, estos espacios no tendrán comunicación entre ellos. Al corredor limpio se accederá a través de los vestuarios; al corredor sucio sale todo el instrumental y ropa para su procesamiento en el centro de materiales del Hospital.

El corredor sucio dispondrá a su vez de un depósito de ropa.

- h) Estar de Médicos.
- i) Estación de enfermería limpia.

- j) Pequeño local donde se dispondrá el aparato de rayos móviles, para dicho fin.

En el corredor limpio existirá un espacio donde se dispondrá este equipo radiológico, a su vez éste comunicará con la cámara oscura de esta forma el estudio radiográfico de los pacientes de Emergencia se realizará al instante.

EQUIPOS

- 1) Dispondrá de una unidad móvil compuesta por Cardioscopio, desfibrilador y marcapasos como mínimo.
- 2) Ventilador a presión positiva.
- 3) Una máquina corazón pulmón.
- 4) Instrumental completo para la cirugía integral. Aunque creemos que la Neurocirugía es conveniente realizarla en el centro quirúrgico central.
- 5) Dispondrá de aspiradores potentes a prueba de explosión además de disponer la aspiración central.
- 6) Equipo fotográfico.
- 7) El Departamento central dispondrá de un equipo de televisión a circuito cerrado, principalmente para fines docentes.

PERSONAL

El personal de este centro tendrá que ser especializado, competente, físicamente resistente a una jornada intensa de trabajo, joven, sano física y psíquicamente, ordenado, disciplinado y bien remunerado.

Desde el punto de vista médico tiene que ser un equipo multidisciplinario. El Departamento de Emergencia dispondrá de todos los especialistas incluyendo un psiquiatra y un equipo de cirugía cardiovascular.

Lo dicho en párrafos más arriba cabe para el personal médico, de enfermería y servicios generales.

Consideramos fundamental para el desarrollo y administración de este departamento la existencia de personal estable y con jornadas diarias de labor, son los que dan la unidad y crean conciencia de cuerpo.

El resto del personal puede realizar parte de su labor bajo el régimen de guardias, y parte diariamente. Debe existir un escalafón ordenado según las necesidades del Departamento.

La sala de cirugía reparadora.

En dicha sala del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, se hacen 10 cirugías reparadoras por día. Esta sala y sus locales anexos son indispensables; estará supervisada por cirujanos reparadores.

La sala de cirugía séptica.

Las colecciones superficiales supuradas son patología frecuente. Todo Departamento tiene que tener una sala séptica dedicada a estos fines.

Hemos delineado el objetivo. ¿Cómo se logra?

Nos referiremos exclusivamente al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.

La planta física que ocupa el Departamento tiene treinta años de realizada, pero guarda un trazado concorde con las necesidades actuales.

Si al Hospital de Clínicas le resultó sencilla la adecuación de planta física, considero que para remodelar los servicios de puertas de otros centros hospitalarios, más vale construirlos nuevos con los adelantos actuales de la ingeniería y arquitectura médica.

Considero que para Montevideo con disponer 1 Unidad de tratamiento quirúrgico intensivo, es suficiente en la División de Emergencia – Hospital de Clínicas -. Podrá argumentarse que no es necesario realizar la unidad quirúrgica separada del centro quirúrgico central pues la centralización de los servicios conduce a una buena administración y economía.

Pero cuando al Hospital llega un paciente emergente es un accidente que en la jerga de emergencia se clasifica *catastrófico*, individual o colectivo. Pues no se puede irrumpir en un centro quirúrgico coordinado con un accidente que interrumpe y suspende toda otra actividad. Los centros centralizados están para atender a los pacientes internados y los pacientes emergentes no se encuentran en ese parágrafo, están bajo régimen de pre-admisión. Además si se aceptara que la unidad tiene que estar en centro quirúrgico, éste tendría que estar al lado de emergencia y disponer un área completa para ubicar la unidad de tratamiento quirúrgico intensivo. El paciente en esta área, no sólo se le opera sino repito se le estudia, estabiliza, se prepara para operar, se le opera y se le recupera. Un tipo de asistencia de este tipo no puede, a mi criterio, brindarse en un centro quirúrgico centralizado.

El Hospital correspondiente a esta División.

Completo.

Con todos los Servicios y especialistas.

Con block quirúrgico completo.

Laboratorio completo, radiología completa. Medicina nuclear que atienda los llamados de 1 departamento de emergencia. Fisiatría con personal al llamado del departamento de emergencia principalmente para la recuperación respiratoria.

- Nefrología.
- C.T.I.
- Neurocirugía.
- Cirugía Cardíaca.
- Endocrinología.
- Gastroenterología, Endoscopia, Laparoscopia.
- Neumología. Broncoscopia.

Comunicaciones. Intercomunicaciones. Completas.

La División de Emergencia

Tiene un comité ejecutivo.

Integrado por un presidente y una comisión, con delegados del M.S.P., de A.S.S.E.,³ Asignaciones Familiares, Banco de Seguros, Banco de Previsión Social. Serán miembros natos los Directores de los Departamentos de Emergencia de los Centros de Asistencia Terciaria y el Director del Centro de Asistencia Cuaternaria.

Intercomunicado con los Comités de Emergencia Regionales (terciarios), Locales (secundarios y primarios). Con los Comité de Emergencia Intra-hospitalarios.

Deberá contar con un importante sector administrativo, el que llevará el registro y estadísticas de todas las emergencias del País; realizará historias únicas protocolizadas para todos los Centros de Emergencia.

Distribuirá la información competente de emergencia, tendrá Biblioteca especializada, etc.

INTERRELACIONES DE UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

A) Definición y concepto

Capítulo de especial importancia en un Departamento de Emergencia dado es que su perfecto funcionamiento depende del ajuste de sus interrelaciones.

Para dar una idea exacta de lo expresado es necesario hacer una breve exposición de lo que entendemos por interrelaciones.

Las definimos como: la serie de mecanismos que conectan el Departamento de Emergencia con otro tipo o grupos de instituciones que actúan fuera del hospital y con los distintos servicios del mismo con el objeto de coordinar esfuerzos para prestar una más correcta e inmediata atención al paciente que presenta riesgo inmediato de su vida.

Como se puede apreciar esta definición puede aplicarse a cualquier servicio pero lo que le da individualidad es que en la Emergencia los hechos suceden con extrema rapidez y el ajuste de los mecanismos debe ser perfecto pues la más mínima falla tiene en general graves consecuencias para el paciente.

B) Distintos tipos de interrelaciones

Podemos dividir para su estudio en forma esquemática las interrelaciones en dos grandes tipos a saber:

1) Interrelaciones dentro del mismo hospital.

3 Para la época de este documento la sigla ASSE correspondía a la Administración de los Seguros de Salud y Enfermedad, lo que luego fue DISSE, más tarde integrada al Banco de Previsión Social (BPS).

2) Interrelaciones con instituciones fuera del hospital.

1) Interrelaciones dentro del hospital:

Un Departamento de Emergencia forma parte de un Hospital; de ahí que a pesar de sus características peculiares su correcto funcionamiento sólo es posible cuando está conectado armónicamente al resto de los servicios del Hospital.

Dentro de los mismos existen algunos que responden a las necesidades comunes a todo Departamento como ejemplo:

Cocina y alimentación.

Proveeduría.

Servicios Generales, etc., etc.

Pero hay otros estrechamente conectados al Departamento de Emergencia y que son de gran importancia en el manejo del paciente grave. Me refiero a:

Centro de Tratamiento Intensivo.

Riñón Artificial.

Anestesia y Reanimación.

Laboratorio.

RX.

Electroencefalografía, etc., etc.

Las interconexiones con el resto de los Departamentos y Servicios Asistenciales, Medicina, Cirugía y especialidades debe hacerse en forma tal que asegure el pase rápido de los pacientes del Departamento de Emergencia (donde debe quedar solo el tiempo necesario para sacarlo del riesgo de vida inmediato dado lo extremadamente costoso que es la asistencia en un Departamento de Emergencia). También el pase a las diferentes policlínicas debe asegurar la continuación de la asistencia del paciente atendido primariamente en Emergencia.

CUADRO I

INTERRELACIONES INTERNAS DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Dirección.

Servicios clínicos médicos:

I) Hospitalización:

1) C.T.I.

2) Recuperación postanestésica.

3) Unidad de cuidados intermedios.

4) Unidad de quemados.

5) Otros:

a. Medicina general.

b. Cirugía.

- c. Especialidades:
 - Obstetricia.
 - Neurología.
 - Nefrología (diálisis).⁴
 - Otros.

II) Ambulatorios: consulta externa.

Servicios de diagnóstico y tratamientos especiales médicos:

- 1) Laboratorio.
- 2) Radiología.
- 3) Hemoterapia.
- 4) Cardiología.
- 5) Anestesiología.
- 6) Anatomía Patológica.
- 7) Odontología.

Servicios para-médicos:

- 1) Registro médico: (Admisión, historias clínicas, estadísticas).
- 2) Farmacia.
- 3) Alimentación y dietética.
- 4) Enfermería. Centro de materiales estériles.
- 5) Servicio Social.

Servicios administrativos:

- 1) Recursos humanos: Personal, Secretaría.
- 2) Recursos financieros: contaduría, recaudación.
- 3) Recursos materiales: mantenimiento (Luz de emergencia). Suministros. Intendencia (vigilancia, comunicaciones. Limpieza. Economato. Lavadero de ropa).

Servicios voluntarios: Enlace entre el hospital y la comunidad.

CUADRO II

INTERRELACIONES FUERA DEL HOSPITAL

Dependerán especialmente de la importancia que tenga el Departamento de Emergencia en el esquema Sanitario Nacional y serán tanto más complejas cuanto más extensa sea el área que cubre en nuestro medio y referido al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas estas interrelaciones son de tres tipos fundamentales:

- 1) Interrelaciones con otros centros asistenciales de la capital, sea en el sector estatal, mutual o privado.
- 2) Interrelaciones con otros centros asistenciales del interior del país.
- 3) Interrelaciones con centros asistenciales y de otro tipo fuera del país.

⁴ Para esta época sólo se empleaba la diálisis en ayuda para el tratamiento de los pacientes con insuficiencia renal aguda, generalmente producto de las sepsis post-aborto y los grandes traumatizados con síndrome de aplastamiento (*crush syndrome*). La diálisis crónica comenzó a generalizarse a partir de 1980 con la creación del Fondo Nacional de Recursos.

CUADRO III

INTERRELACIONES EXTERNAS DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

A) En el país:

1) Servicios públicos:

- a. Ministerio de Salud Pública:
 - i. Hospitales
 - ii. Servicio de Asistencia Externa
- b. Policía.
- c. Bomberos.
- d. Banco de Seguros del Estado (Sanatorio).
- e. Sanidad Militar y Policial.
- f. Poder Judicial.
- g. Intendencia Municipal.
- h. Cruz Roja.
- i. Universidad (oficina universitaria de la salud, control de la salud del personal).

2) Servicios privados:

- a. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (Mutualismo).
- b. Sanatorios Privados.
- c. Prensa (oral, escrita y televisada).
- d. Rotary, Leones, etc.
- e. Fundaciones y otros organismos sociales de la comunidad.

B) Fuera del país:

- a. Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)
- b. Oficina Panamericana de la Salud (O.P.S.)
- c. Otros Centros de Emergencia.
- d. Otras Instituciones afines.

Concebida la Emergencia (como ha sido expuesto por los colegas que me precedieron) como “el manejo del hecho emergente agudo que pone en grave riesgo la vida del paciente” y admitida su catalogación en tres aspectos fundamentales:

- a. La Emergencia periférica.
- b. El Transporte.
- c. La Asistencia Centralizada.

Y con el concepto de que en cada una de estas etapas el paciente va recibiendo distintos tipos de atención y cuidados que se van haciendo en cada una de ellas más intensos y especializados y que ninguno sustituye al otro, sino que se van complementando, comprendemos que el mecanismo de las intercomunicaciones y las interrelaciones juega un papel fundamen-

tal en este enfermo sobre el que actúan tantas personas con tantas técnicas diferentes.

Cada etapa representa la sobrevida o la muerte del paciente y debe ser seguida por otra en su momento preciso.

Una emergencia periférica incorrecta, un traslado hecho mal o al sitio inadecuado, la falta del equipo, etc., cuesta la vida al paciente.

¿Cuál es la situación actual en nuestro país? Prácticamente no existe un correcto mecanismo que asegure las interrelaciones y las intercomunicaciones son totalmente inadecuadas, esto trae serios problemas por ejemplo el traslado de un paciente grave a un sitio inadecuado sea porque muchas veces no exista en el lugar disponible para su atención o se carezca de los medios para su tratamiento. Muchas veces asistimos al espectáculo deprimente y trágico de un enfermo grave que ha recorrido varios hospitales y ha sido rechazado por falta de camas, habiéndose perdido muchas vidas por esta desorganización, hecho que, aparte de las connotaciones éticas y humanas que trae aparejado puede dar lugar a serios problemas jurídicos de Responsabilidad Médica.

De ahí que consideramos que, previo a la movilización de un paciente grave debe, como paso obligatorio y previo, efectuar la interconexión con el Departamento para asegurar que su asistencia podrá ser seguida correctamente y muchas veces a través de esta comunicación se puedan recabar indicaciones para una buena asistencia periférica o traslado, máxime cuando el personal que actúa en una y otro casi nunca es médico, se ganan así preciosos momentos que como hemos dicho muchas veces representan la diferencia entre la vida y la muerte. Pues a pesar de que un Departamento de Emergencia esté perfectamente montado y con todo el personal necesario aunque parezca perogrullesco necesita un paciente vivo y esa es la función de la Emergencia periférica y del traslado: asegurar que el paciente llegue vivo y en las mejores condiciones.

Otro tipo de gran importancia en las intercomunicaciones son las Consultas al Departamento de Emergencia hechas en general sea por un médico o no médico frente a una situación de riesgo por ejemplo frente a una intoxicación.

La necesidad de la rapidez exige una red de comunicaciones ágil, en especial telefónica, por lo que se hace imprescindible contar con una central en el Departamento de Emergencia así como líneas libres a todo momento siendo aconsejable el uso de un teléfono con un número determinado de dos o tres cifras que pueda ser discado en cualquier lugar del país y que conecte directamente con el Departamento.⁵

⁵ Estos servicios telefónicos no estuvieron disponibles, con estas características, hasta 20 años después.

El aspecto del traslado exige medios complejos y modernos en especial y actualmente el uso de helicópteros de ahí la necesidad de construir al lado de un Centro de Emergencia un helipuerto ha demostrado su enorme importancia en las últimas contiendas bélicas especialmente en el Viet Nam donde se llegó a emplear un plazo no mayor de treinta minutos desde el momento en que la víctima era herida y su llegada a un centro asistencial. En nuestro país esto está en vías de lograrse y la construcción de un helipuerto al lado del Departamento de Emergencia pronto será una realidad; mientras esto se lleva a cabo los pacientes seguirán llegando como hasta ahora, muchas horas después del accidente con el consiguiente aumento de la morbilidad por ese hecho.⁶

En resumen: un buen sistema de interrelaciones externas no marcha si no se cuenta con:

- 1) Un buen servicio telefónico.
- 2) Un servicio de transporte rápido y seguro.
- 3) Un correcto conocimiento de hacia dónde y cuándo debe ser trasladado un paciente para ahorrar desplazamientos inútiles.

Pero las interrelaciones de un Departamento no sólo deben contemplar la faz asistencial sino además la científica y docente de donde la necesidad de un intercambio permanente con otros Departamentos Nacionales y Extranjeros, el intercambio de Revistas y de Becarios, la concurrencia a Reuniones y Congresos y en este sentido tiene particular importancia la conexión a través de la O.M.S. y la O.P.S.

Queremos tocar dos aspectos de especial importancia:

- 1º) Las interrelaciones del Departamento de Emergencia con la Prensa, Policía y Poder Judicial.
- 2º) Las conexiones en el plan de desastre.

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA PRENSA, POLICÍA, PODER JUDICIAL

Es notoria la conexión del Departamento de Emergencia con estas instituciones y la repercusión social que representa.

El Departamento de Emergencia más que ningún otro servicio debe tener una política clara y definida en el manejo de las situaciones en que los hechos en que actúa tengan gran trascendencia social.

Es necesario que cuando un caso así ocurra se eviten alarmas y sensacionalismos inútiles siendo aconsejable como lo indica el Reglamento del Hospital de Clínicas que en los casos de accidentes a personas públicas o

6 Aún hoy está en vías de implementarse un sistema de traslado por helicóptero y son escasos los centros de salud de jerarquía que disponen de helipuerto, en todo el país.

notoriamente conocidas, en el Hospital se emitan boletines periódicos relacionados con su estado.

El acceso a la Policía y a los miembros del Poder Judicial por ser funcionarios públicos que cumplen una función de gran importancia debe ser permitido todas las veces que la salud del paciente no se resienta por ello, debiéndose poner a disposición de dichos funcionarios toda la documentación relativa al paciente cuando así lo soliciten.

Es obligatorio además que sea el médico tratante el que indique el estado de gravedad del paciente y la posibilidad o no de un interrogatorio. Hay que tener en cuenta que muchas veces depende de éste, el patrimonio, el honor o la libertad de un hombre.

PLAN DE DESASTRE⁷

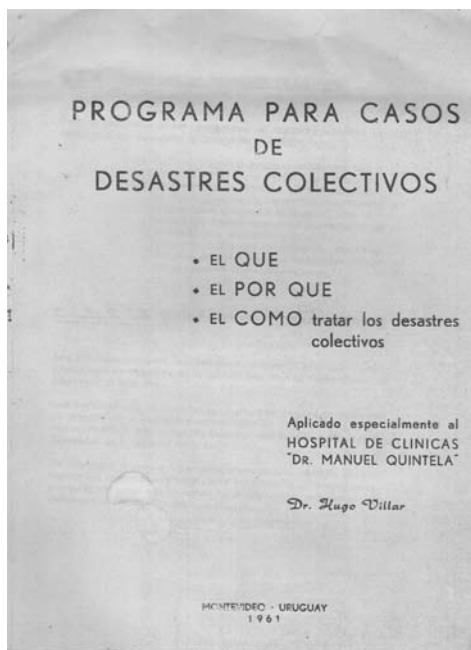
Es en esta situación donde se aprecia la eficacia de las interrelaciones de un Departamento de Emergencia, su falla puede acarrear la pérdida de muchas vidas, de ahí que sea necesario en un Departamento de Emergencia:

- 1º) Preparación cuidadosa de un Plan de Desastre.
- 2º) Conocimiento del mismo por parte del Personal del Departamento.
- 3º) Entrenamiento. Es obligatorio a nuestro entender que cada Centro Asistencial cuente con un Plan de Desastre adecuado a sus posibilidades.

* * *

Seguidamente a esta exposición central, tuvo lugar una Mesa sobre Desastres, que contó con la participación de Guaymirán Ríos Bruno, como introductor y como ponente, de Julio Mañana Cattani, Héctor Morse, que hizo una larga y detallada exposición fundada en hechos asistidos a lo largo de las últimas décadas, tanto nacionales como internacionales con participación de médicos uruguayos, del Director Nacional de Bomberos Inspector Lazo, del Director Nacional de Policía Caminera Inspector General Aguiar, de Narciso Olarreaga, del Oficial de la Comisaría de Tránsito Elías González, del Dr. Decaro, por la Fuerza Aérea, del Coronel Médico del Ejército de Colombia Dr. Lozano, y del Dr. Fortunato Benaím, Director del Centro Nacional del Quemado de la ciudad de Buenos Aires e integrante de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. También el Dr. Gordon, Director del Servicio Médico de Guatemala, en relación a su actuación en el terremoto sufrido en febrero de 1976 por aquel país. En todos los casos hubo comentarios del Dr. Ríos Bruno, poniendo de relieve los méritos de

7 En el Hospital de Clínicas, desde 1961, existía un documento que pautaba las conductas y disposiciones de la organización para el caso de Desastres. (Ver ilustración).



Programa para casos de desastres colectivos. Cortesía de los Dres. Orlando Gil Solares y Juan Ignacio Gil y Pérez.

cada experiencia y el aporte de los expositores. Finalmente, el representante de la OPS/OMS Dr. Luis Vera Ocampo realizó una breve exposición de cierre, seguido del agradecimiento de Ríos Bruno a los participantes por sus aportes.

Su Maestro Larghero también había participado en Cirugía de Urgencia en caso de catástrofes. Veamos lo que nos cuentan en la biografía hecha por sus discípulos, con la participación de Guaymirán Ríos Bruno: *“Desastre” en Medicina significa un accidente que por el número de víctimas o por la gravedad de las mismas sobrepasa la capacidad de respuesta asistencial del o de los hospitales cercanos y hace necesario poner en juego otros mecanismos extraordinarios que se resumen en los denominados*

“Planes de Desastre”. Todo hospital – público o privado – debe contar con tales planes de contingencia, dado que su inexistencia da lugar a improvisación y su falla se paga con secuelas o muertes. El Profesor Larghero vivió dos grandes situaciones de desastre: en primer lugar el derrumbe en 1940 del techo del Cine Parlante, situado al lado del Teatro Solís, con seis muertos y numerosos heridos. En segundo lugar el terremoto de 1944 en San Juan, República Argentina. En el primero, el Maestro – casualmente de guardia ese día como Cirujano del Bureau Central – actuó de manera ejemplar en el lugar de los hechos, clasificando a los heridos por su gravedad, disponiendo su traslado a distintos centros hospitalarios, efectuando tratamientos imprescindibles en el momento y más tarde operando personalmente a muchos de ellos. Este episodio del Cine Parlante mereció el siguiente artículo periodístico publicado en el Semanario “Búsqueda” el 12 de septiembre de 1984 bajo el seudónimo de Jean Richard y con el título “Frente a un Traumatizado”. Dice lo siguiente: “No se trata de un comentario político actualizado, ni una predicción futurológica del devenir del abanico de los partidos, sino simplemente reflexiones sobre las actitudes y gestos a realizar para ayudar a un traumatizado. Lo primero e instintivo es tratar de levantar a la persona; esto es lo que no hay que hacer. Por los años 40, en un día caluroso y apacible (en plena guerra había paz; ahora es lo opuesto) se vino abajo el Cine Parlante durante la función matinée en el piso superior del actual restaurante “El Águila”. Estaba de Cirujano de Bureau – cargo que ahora ha desaparecido – el Profesor Pedro Larghero. Larghero fue uno de los más grandes Maestros de la cirugía nacional. Todos

sus gestos eran guiados por su clara inteligencia y su capacidad de realización inmediata. Desde el Maciel hasta el Solís puso escasos minutos gracias a su famoso Austin 7, en ese entonces nuevito. Llegó antes que las ambulancias de Salud Pública y empezó a organizar el salvamento de los que habían quedado atrapados entre los escombros. Era docente donde estuviera y allí, en plena calle, en la explanada del Solís, dictó cátedra de primeros auxilios. (...) Larghero entonces luchó para que los colaboradores improvisados no hicieran más estragos que el derrumbe, por exceso de buena voluntad. Una vez sacados de su prisión de escombros los heridos fueron puestos en condiciones de respirar libremente, limpiando la nariz y la boca, abriendo el cuello de la camisa y desabrochando el cinturón.



Larghero entonces enseñó a todos cómo poner una persona en la camilla de la ambulancia: se hace rodar en el suelo, tomando a dos manos el miembro fracturado si lo hay y se pone contra la camilla inclinada sobre un lado; entonces se vuelve a ponerla sobre sus ruedas tomando al paciente como la espumadera toma un panqueque pasando por debajo de él, mientras que dos o tres personas empujan al paciente en forma horizontal. Lo ideal es que en la camilla éste quede boca abajo. La etapa siguiente, una vez los heridos en la ambulancia, fue de trasladarlos inmediatamente a los centros hospitalarios equipados para este tipo de emergencia. Para ello se cuenta ahora con ambulancias donde se puede iniciar el tratamiento de recuperación del traumatizado. Equipos de suero y transfusiones, oxígeno y aparatos de asistencia respiratoria. Esto no lo tenía Larghero, pero su intervención en la explanada del Solís salvó a muchos heridos de males mayores. Aún más, al ir después al Maciel donde guió las operaciones de urgencia y de allí supervisó las que estaban realizándose en el Pasteur. Larghero fue realmente un gran maestro y sus errores pesan poco en la balanza de sus méritos. Su enseñanza de entonces sigue siendo actual.” “Por otra parte el terremoto de San Juan asoló la ciudad, causando gran número de muertos y heridos. Desde el Uruguay partió un equipo médico de ayuda integrado por Traumatólogos y Cirujanos – Larghero entre ellos – que trabajó durante siete días en el Hospital Central de Mendoza, cuyo tercer piso fue denominado “el Hospital de los Uruguayos”. En él se

atendieron más de doscientos heridos y el Maestro tuvo una magnífica actuación. Integraron además esta delegación los Profesores José Luis Bado, Domingo Vázquez Rolfi y José Luis Roglia. En los últimos meses de su vida, Larghero esbozó los lineamientos y directivas generales para un “Plan Desastre Nacional”, pero que no llegó a concretar en una publicación científica. Este tema fue tomado años más tarde por uno de nosotros (G. R. B.), lo que culminó con la organización de varios “Planes de Desastre” que se vienen aplicando desde entonces en los hospitales públicos y privados del país. En el ejercicio de la Cirugía de Urgencia, el Maestro demostró tener las cualidades inherentes a todo Cirujano: condiciones personales, probada preparación científica y – sobre todo – solidez moral, trípode de virtudes que le permitió llegar a ser un “Maestro de la Cirugía”.⁸

Ambos personajes (D. J. Larrey y P. Larghero) influyeron decisivamente en la formación y en la preocupación de Guaymirán Ríos por la actuación en la Emergencia y la organización de los Servicios. Dominique-Jean Larrey⁹ y Pedro Larghero estaban distantes en el tiempo, pero unidos en una misma preocupación por distinguir, entre lo que era posible rescatar del desastre y lo que no era posible. El mejor aprovechamiento del tiempo y los recursos formaban, definitivamente, parte esencial de la organización de la Medicina y la Cirugía de Urgencia en estas emergencias. De allí la admiración y la enseñanza que ambos dejaron en nuestro biografiado.

COMENTARIO

No obstante el tiempo transcurrido desde agosto de 1978 hasta el presente, deben destacarse varios hechos:

- a. La relevancia de que por primera vez se debatiera en el ámbito profesional la organización de un sistema nacional de emergencia y la consideración de un plan de Desastres, con tan variados y ricos aportes.
- b. La prolija planificación de los recursos expositivos, diseñando un sistema perfectamente adaptable a las circunstancias de nuestro país, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y salvar vidas que en ese tiempo se perdían como consecuencia de las múltiples falencias derivadas de la carencia de un plan director para la evacuación, traslado y atención provisoria y definitiva de los afectados.
- c. La atención que se daba a la documentación pre-existente, fundamentalmente elaborada a nivel de la Dirección del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, tanto en organización de

⁸ PEDRO LARGHERO: Cirugía y Pasión. Op. Cit., pp. 40-43.

⁹ Del que nos ocuparemos extensamente más adelante, fue cirujano jefe de los ejércitos de Napoleón Bonaparte y un referente ineludible en la atención de los heridos de guerra, con aportes que cambiaron la historia como veremos en el capítulo siguiente.

los servicios asistenciales, como de las previsiones para los casos de desastres y las relaciones con la prensa, haciendo en este último caso una mención explícita a dichas previsiones.

- d. No existían en aquella época las facilidades de comunicación que hoy disponemos, siendo el elemento sustancial la comunicación telefónica, la radial y como elemento del mayor progreso los equipos de busca-personas (radiollamada). La telefonía celular ingresaría recién a comienzos de los años de 1990, los mensajes de texto a mediados de la década de 2000, y el correo electrónico así como la transmisión de imágenes por Internet ni se sospechaban.
- e. Sin embargo esta pasión por la organización de la Emergencia y la jerarquización que la buena marcha de un sistema nacional supondría para lograr mejores resultados en materia de recuperación de la salud y calidad de atención, sembrada a través de la prédica y práctica permanente de Ríos Bruno y el equipo que él dirigió, produjeron sus frutos cercanos.
- f. En 1979, al año siguiente surgía la primera unidad de emergencia médica móvil, y en los años sucesivos aparecerían otras empresas de servicio similar, que luego se extenderían por toda la República, a partir de los años de 1980 y 1990. El surgimiento de estos servicios cambió sustancialmente el pronóstico de la atención de los siniestros, fundamentalmente los de tránsito y aún los casos de desastre. Aplicando, con la flexibilidad y facilidad que brinda la organización de una empresa privada, la conjunción de conocimientos técnicos, entrenamiento adecuado del personal, equipamiento de transporte y comunicaciones siempre evolucionado, y la posibilidad cada día de estar en permanente actualización.
- g. Aquellos esfuerzos pioneros que se hicieron desde el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” que dirigió por primera vez como Grado 5, con criterio de un equipo multidisciplinario, el Dr. Guaymirán Ríos Bruno, darían notables frutos.
- h. Sin embargo, el Estado Nacional, con toda su pesadez burocrática y la ineficiencia que lo caracteriza en la toma de decisiones, dejaría en suspenso la organización de un Sistema Nacional de Emergencias, que aún cuando existe en germen, dista mucho de ser aquel ideal, de apariencia utópica, que diseñaron Ríos Bruno y sus colaboradores en 1978.
- i. Surge claramente que en su visión de entonces, ubicaba claramente al Hospital de Clínicas como el depositario del mayor

nivel de atención existente en el País, lo que con los años ha entrado en franco deterioro y ya no podría sostenerse con igual fuerza. Otra evidencia de la falta de seguimiento de políticas públicas adecuadas y de una conducción con clara identificación de objetivos, además de capacidad ejecutiva para llevarla adelante. Todavía hoy, a más de seis años de haberse implementado el Sistema Nacional Integrado de Salud, se debate si el Hospital de Clínicas debería o no incorporarse al sistema y cuáles serían sus características y sus funciones. Prueba clara de la total ineptitud de quienes han ostentado los cargos que orientan la salud en el País. Formando parte del derroche en salud, por falta de adecuada utilización con inteligencia de los recursos. Además de ubicar a los mejores para cada cargo, en lugar de los bastardeos políticos que tanto mal le han hecho al País. *“The right man in the right place”*. Eso es lo que ha faltado. Treinta y cinco años después, pocos avances pueden registrarse desde las carencias entonces identificadas y con propuestas claras de solución.

TRAUMA EN URUGUAY

Al menos dos importantes publicaciones nacionales siguieron aquellos pasos iniciales en la preocupación por el paciente de Emergencia. También se han visto en estos años algunos progresos en la búsqueda continua de mejorar el sistema de atención de los pacientes en situaciones de emergencia, particularmente en los vinculados a los siniestros de tránsito, en lo que se han logrado importantes avances. Por lo cual deben consignarse estos aportes, continuidad de la siembra de Guaymirán Ríos Bruno y su equipo pionero.

En 1998 cuatro autores realizaron una publicación artesanal con el tema TRAUMA EN URUGUAY *Una propuesta de solución*¹⁰ y solicitaron un prólogo a Guaymirán Ríos Bruno y otro a quien le sucedió al frente del Departamento de Emergencia, el Prof. José Trostchansky.

En la introducción decían:

La enfermedad traumática se ha convertido en la pandemia del siglo XX.

10 DE LOS SANTOS, Santiago, BARRIOS, Gerardo, CLUZET, Oscar, CARITAT, Ricardo: TRAUMA EN URUGUAY: una propuesta de solución, 1995 <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/trauma.pdf> (Consultada el 26.03.2013)



Reunión de camaradería del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" Restorán Morini, circa año 1977.

Sentados (izq. a der.) Dr. Luis A. Gregorio, Sra. XX Dr. Rappaport, Sra. XX, Dra. María del Luján Jauregui ("Lula"), Dra. Alda Ollivensztein de Ríos, Dr. Guaymirán Ríos Bruno, Dra. Eva Fogel de Korc, Sra. XX, Dra. Alicia Lusinchi, Dr. Santos Dubra.
 Parados (izq. a der.) Dr. José Trostchansky, Dr. Osorio Luz Souza Sra. XX, Nurse Selva Salaverria, Dr. Narciso Olarreaga, Dra. Dinorah Castiglioni Tula, Dra. Alicia Delgado, Escribana, esposa del Dr. Boris Asiner, Dr. Boris Asiner, Dr. Nisso Gaterio Yaffé, Dr. Víctor Alberto Canetti Najson, Dr. Néstor Campos Pierri, Dr. Julio Mañana Cattani, Dr. Manuel Albo Volonté, Dr. Carlos E. Miles Goluboff y Dr. Harrison Cossio.

No respeta fronteras de países o clases sociales y cobra un pesado tributo por cuanto predomina en jóvenes, constituyendo actualmente para la mayoría del mundo occidental la primer causa de muerte en el sector de población menor de cuarenta años. En consecuencia genera una elevada carga por sus costos sociales y económicos, no siendo exagerado afirmar que por sí sola es capaz de obstaculizar el desarrollo de una nación.

Uruguay no escapa a esta realidad y gasta no menos del dos por ciento de su PBI en esta enfermedad. Al mismo tiempo, carece de sistemas orientados específicamente a su abordaje, tanto a nivel nacional como local.

En este trabajo se abordan las características del trauma a nivel nacional, y se analizan más detalladamente las de la zona que se tomó como objeto de investigación —centro-este del departamento de Canelones—. Este estudio permitió elaborar una propuesta de aplicación limitada que puede considerarse como una experiencia piloto, *embrión de un futuro plan nacional de asistencia al traumatizado*.

Es así que la presente obra pretende constituirse en una respuesta realista a la catástrofe traumática de nuestro medio, aún sin resolver.

Y en una *NOTA*, a renglón seguido explicaban el origen e intención de la publicación:

Este material fue objeto de una edición artesanal limitada en oportunidad de la inauguración de la Pista de Pruebas del CEPA (Centro de Prevención de Accidentes), destinada a la instrucción avanzada en la conducción vehicular, realizada en 1997 en el local del *Automóvil Club del Uruguay*.

De la misma se hizo entrega de un ejemplar a las autoridades nacionales y comunal presentes en el evento: al Presidente de la República, Dr. Julio María Sanguinetti, al Ministro de Salud Pública, Dr. Alfredo Solari y al Intendente de Montevideo, Arq. Mariano Arana.

No ha entrado todavía en su impresión final, pues sus autores se han propuesto actualizar la información sobre la situación nacional y ensayar una comparación con la existente en países vecinos.

Pese a ello, la información y los análisis originales, han sido utilizados por varios de sus autores en distintas presentaciones en el país y fuera de él. También se la ha visto utilizada en otras instancias, no siempre indicando su fuente.

Enero de 1998

Con el correr de los años tres de estos autores tuvieron importantes responsabilidades en el desempeño de cargos de dirección en servicios de salud: Santiago De los Santos al frente de la Dirección Técnica de una Emergencia Médica Móvil (1727), Gerardo Barrios como presidente de la UNASEV (Unidad Nacional de Seguridad Vial) por cuya concreción bregó

durante casi doce años; Oscar Cluzet como Subdirector del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Transcribimos el PRÓLOGO del Profesor G. Ríos Bruno

Prologar un trabajo científico representa un gran honor y una seria responsabilidad, sobre todo si dicho trabajo ha sido efectuado con profundos conocimientos científicos, con amplia experiencia y total honestidad.

Conocimientos científicos, porque los autores no sólo han analizado 10 años del problema, sino que han consultado más de 70 fichas bibliográficas sobre el tema.

Experiencia, porque forman un grupo que viene trabajando en el mismo desde hace muchos años con total dedicación y seriedad científica.

Honestidad, porque han encarado un tema complejo reconociendo sus carencias y las de nuestro país, que no tiene un Sistema de Asistencia Integral al Politraumatizado, concepto en el que hemos venido insistiendo personalmente desde hace más de 30 años. Sistema que debe funcionar a nivel de todo el país para beneficio de todos los habitantes del territorio nacional, siendo el politraumatizado – por su frecuencia creciente y por sus consecuencias médicas, laborales y sociales – el principal interesado en su creación.

Un sistema de tipo tal que asegure que el politraumatizado entre rápidamente en un programa secuencial previsto para garantizarle una óptima chance no sólo de sobrevivir sino de reintegrarse a la normalidad y a una vida productiva.

El SPART [Sistema de Prevención y Asistencia Regional al Traumatizado] comprende, como corresponde, la asistencia del paciente no sólo en su etapa pre-hospitalaria sino en su internación y en su etapa secular.

El sistema no sería completo si no se hubiesen analizado la parte docente y de investigación científica sin las cuales ningún sistema puede ser efectivo.

Capítulo de fundamental importancia lo constituye el análisis de los problemas económicos, sociales y de las fuentes de recursos sin los cuales ningún sistema puede concretarse.

Todo esto ha sido exhaustivamente estudiado en el SPART constituyendo, como manifiestan los autores, un sistema de carácter universal, integrador, racional e integral, cuya concreción, a mi criterio, no sólo será de importancia regional sino de enorme beneficio para todo el país.

Queremos terminar recordando que en Francia, cuando el sol sale en un bello fin de semana, 125 personas son condenadas a morir en las carreteras y frente a esto surge en seguida un pensamiento: ¿hoy nos tocará a nosotros o a nuestros familiares?

Agradezco a los autores haberme distinguido prologando este trabajo que lleva a la práctica lo que hemos enseñado toda la vida para beneficio de nuestro país.

Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno

Siguiendo con esta línea de trabajo y con nuevas perspectivas, tres autores de la nueva generación publicaron en 2005: *TRAUMA: La enfermedad del nuevo milenio*; Carlos Juambeltz, Fernando Machado y Julio Trostchansky, Editorial Arena, Montevideo, 2005 un tomo de 900 páginas, profundiza con todo detalle el panorama de esta epidemia del siglo XXI.

En oportunidad de la aparición de este libro, hicimos el siguiente comentario:¹¹

Dice en el prólogo del libro el Prof. Dr. Darío Birolini, Profesor titular de Cirugía General y de Trauma del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Sao Paulo, Brasil:

“Reconocido hace apenas cincuenta años como “enfermedad” el trauma siempre representó, desde los principios de la humanidad, uno de los grandes problemas en el ámbito de la salud, con graves repercusiones sociales. Encubierto muchas veces bajo la totalmente equivocada denominación de “accidente”, denominación ésta que le confería un carácter de imprevisibilidad, casualidad o azar, fue negado justamente por ser, en la inmensa mayoría de los casos fruto de una total intencionalidad de la especie dominante en el planeta tierra: el *homo sapiens*. La Organización Mundial de la Salud en una de sus publicaciones recientes afirma textualmente que las causas externas *matan más de cinco millones de personas por año siendo responsables por una de cada diez muertes que ocurren en el planeta*. Además alerta que *decenas de millones de personas son atendidos por los servicios de emergencia anualmente por traumatismos causados por lesiones intencionales o no intencionales, que afectan además a todas las edades y a todos los grupos socio económicos. Una característica cruel de la enfermedad traumática es que sus víctimas se sitúan principalmente en las primeras décadas de la vida. Más de la mitad de los traumatizados tienen menos de 45 años de edad. Como si no bastase, entre los sobrevivientes hay muchos, pero muchos millones que conservan para el resto de sus vidas secuelas físicas irreversibles integrando legiones de amputados, parapléjicos, ciegos, desfigurados por grandes quemaduras o por lesiones extensas de partes blandas*.

Este verdadero Tratado de Trauma, es una experiencia de integración de conocimientos, como se da en los grandes textos que se emplean en la

11 <http://www.eldiariomedico.com.uy/disenos/dm%20actualidad%204.htm> (Consultada el 26.03.2013).

Medicina, y que ya son clásicos. La participación de tantos destacados autores asegura el tratamiento en profundidad y con experticia de los conocimientos concurrentes, desde la epidemiología, a la medicina legal, desde la cirugía general, a las diferentes especialidades, porque en el paciente de trauma, ninguna rama le es ajena. [Allí desfilan ordenadamente la Historia y la Epidemiología; el sistema de trauma en Uruguay; la formación del cirujano en trauma; Plan de Desastre, Mano del trauma en el MERCOSUR con la realidad de cada país; cinemática del trauma; la evaluación y la asistencia inicial abarcando la evaluación y



asistencia pre-hospitalaria, la evaluación inicial del paciente traumatizado, el shock y la medicina transfusional o la hemostasis y trastornos metabólicos; la imagenología en sus diferentes variantes, desde la radiología simple, la ecografía, la TAC o la RM en los diferentes sectores de la economía; el lavado peritoneal diagnóstico y la laparoscopia en trauma; la anestesia en el traumatizado; los traumatismos sectoriales: encéfalo-craneano, raqui-medulares, ocular, máxilofacial, dentario y estomatognático, de cuello, de tórax; las lesiones de la vía aérea, las heridas cardio-pericárdicas y de los grandes vasos mediastinales, los traumatismos de esófago, de diafragma, de hígado y vías biliares, esplénico, gástrico, de diversas vísceras y segmentos abdominales; del aparato genital del hombre y la mujer no gestante; los renales, pielo-ureterales y del tracto urinario en sus diversos segmentos; traumatismos de pelvis, los de los miembros, de la mano, los ósteo-articulares; el trauma en el niño, incluyendo el maltrato infantil en la Emergencia pediátrica y la asistencia inicial; una sección dedicada al trauma en la Unidad de Cuidados Intensivos; la nutrición en el paciente crítico; una sección dedicada a situaciones especiales y responsabilidad médica que comprende: trauma en el embarazo, quemaduras, manejo potencial del donante, rehabilitación en el politraumatizado, en el traumatizado raqui-medular, en el traumatismo encéfalo-craneano grave, en el paciente amputado; la responsabilidad médica en la asistencia de Urgencia y Emergencia, en 74 capítulos. Dos anexos que contienen la Clasificación de puntajes de lesiones por órganos (OISS:

Organ Injury Systems) de la American Association for the Surgery of Trauma, y otro sobre la Atención de enfermería en el niño politraumatizado.

Es un gigantesco esfuerzo de integración de la región, en el más auténtico sentido, multiplicando el saber de los mejores en cada disciplina de los grandes centros universitarios y hospitalarios de Argentina, Brasil, Chile, Estados Unidos y Uruguay. Aportando la experiencia del Uruguay entero, Montevideo e Interior, con significativos enfoques, tanto en el adulto como en el niño. Dando una visión histórica de la cirugía del trauma, a cargo del Ac. Prof. Dr. Raúl C. Praderi, abarcando hasta la atención de enfermería en las diversas áreas.

Resultará de utilidad para todos cuantos se relacionan con la Urgencia y Emergencia, en cualquier lugar del mundo de habla hispana, por la riqueza de experiencia e información que encierra. Develando en un mismo volumen información que mucho cuesta reunir por la dispersión de los diferentes enfoques que aquí se encuentran todos reunidos, trasponiendo las artificiales fronteras del conocimiento y de los países.

Felicitaciones a los autores por la iniciativa, y a darle la mayor difusión a este esfuerzo que se concreta por la mejor tradición de nuestros maestros: Guaymirán Ríos Bruno y José Trostchansky, que hoy nos sonríen desde la eternidad, por ver su sueño transformado en realidad.

CAPÍTULO 5

LARREY Y LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Sin ninguna duda, la vocación por la atención de Emergencia y la jerarquización de la disciplina, aún considerándola parte de la formación del médico general, le venía a Guaymirán Ríos Bruno de su admiración por un personaje de la Historia de la Medicina, el anatomista y cirujano francés Dominique-Jean Larrey. Sobre él escribiría, al final de su vida, un par de artículos que dan una buena síntesis de lo que significó la actuación de este médico en el progreso de la atención de los pacientes en los campos de batalla, hecho que puede trasladarse a la atención de los pacientes civiles.



Mencionamos antes que Guaymirán Ríos Bruno había publicado, en su madurez, dos artículos sobre Dominique-Jean Larrey (1766-1842).

Larrey fue un cirujano de las guerras napoleónicas, que creó el *transporte por ambulancia* e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros *triages* o clasificación de los heridos para su atención.



La Batalla de Waterloo, óleo de William Sadler



Soldados franceses heridos al costado del camino entre Mojaisk y Krymskoi, 18 de setiembre 1812 durante la campaña en Rusia, por Faber du Faur.

Dominique-Jean Larrey



Dominique-Jean Larrey (n. Beaudèan, 8 de julio de 1766 – Lyon, 25 de julio de 1842) fue un cirujano que, en las guerras napoleónicas, creó el transporte por ambulancia e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros triajes¹ en los campos de batalla.

INFANCIA

Nació en Beaudèan, un pequeño pueblo de los Pirineos, en el sur de Francia (departamento de Midi-Pyrénées, cerca de Bagnères de Bigorre), el 8 de julio de 1766. Quedando huérfano a corta edad, después de la muerte de su padre, zapatero de oficio, fue educado por el sacerdote de la parroquia, Abbot Grasset quien, reconociendo en el muchacho grandes aptitudes, le instruyó durante diez años en disciplinas diversas incluyendo el latín y el francés.

FORMACIÓN QUIRÚRGICA

Con antecedentes familiares en la dedicación a la cirugía (su abuelo había sido cirujano barbero en Tarbes y su tío ejercía de cirujano en Toulouse) decidió afrontar los estudios de cirugía. En 1780, a la edad de 13 años viajó a pie durante cinco días hasta Toulouse para reunirse con su tío, Alexis Larrey, Cirujano Jefe del Hospital Saint-Joseph de la Grave de Toulouse.

¹ La palabra *triage* no tiene equivalencia en español. Según la RAE la que se le aproxima es *triar*, cuya primera acepción significa: Escoger, separar, entresacar. *Triaje* (del francés *triage*) es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Un nivel que implique que el paciente puede ser demorado, no quiere decir que el diagnóstico final no pueda ser una enfermedad grave. Ya que un cáncer, por ejemplo, puede tener funciones vitales estables que no lleve a ser visto con premura. Prioriza el compromiso vital y las posibles complicaciones. El *Diccionario de la Real Academia* (DRAE) no ha recogido el término *triaje*, aunque se ha convertido en un vocablo de uso común en servicios de urgencias hospitalarias. El término correcto sería «clasificación». Esta palabra es un galicismo derivado del francés *triage*.



Hospital Saint-Joseph de la Grave de Toulouse

Estudió en la Escuela de Cirugía donde en 1786 obtuvo el primer premio de la sociedad Saint-Joseph de La Grave, otorgándole la titulación de *Professeur élève*. Escribió una tesis sobre las caries de los huesos, *La carie des os*, por la que obtuvo como distinción la *médaille de vermeil aux armes* de la ciudad de Toulouse. En la misma época se afilió a la logia masónica de los *Écossais fidèles*.

FORMACIÓN EN PARÍS



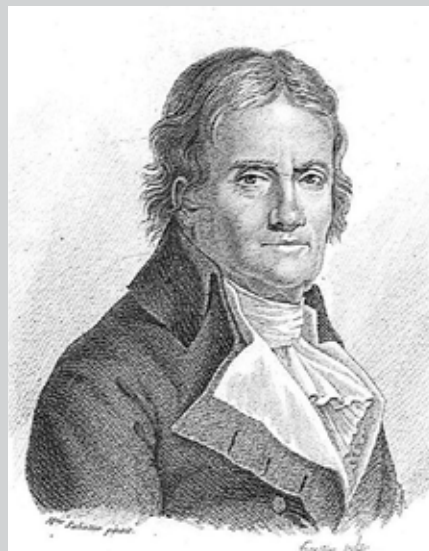
Hôtel Dieu de Paris

En 1787 viaja a París para consolidar su conocimiento de la cirugía con el prestigioso cirujano del Hospital de l'Hôtel Dieu, Pierre Joseph Desault (1744–1795). En un primer momento, acepta un puesto de cirujano en la Armada Francesa, siendo destinado a la fragata *La Vigilante*, encargada de patrullar en las costas de Terranova. Sin embargo, sus continuos mareos, lo que llama *Mal de Mer*, le hacen desistir y abandona la Armada.

Tras su fracaso como médico naval, vuelve a París para ejercer como cirujano ayudante en el Servicio de Desault del Hôtel Dieu y posteriormente



Desault



Raphael-Bienvenu Sabatier

en los Inválidos con otro cirujano de prestigio, Raphael-Bienvenu Sabatier. Participa activamente en los movimientos de la Revolución Francesa y en 1792 se casa con Charlotte Elizabeth, hija del ministro de finanzas, René Laroux.

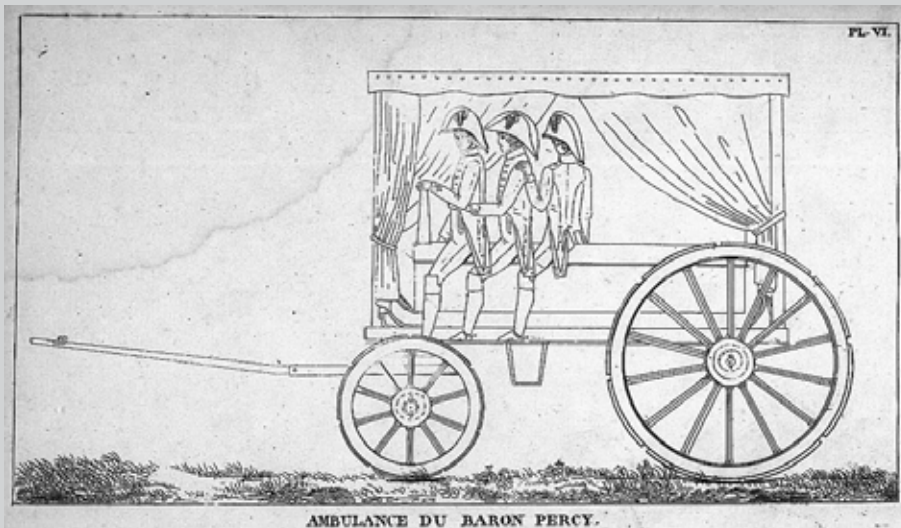
LARREY, MÉDICO MILITAR NAPOLEÓNICO

En 1792, con el estallido de la guerra franco-austríaca, se incorporó como médico de oficiales en el ejército del Rin. Atónito ante la obsoleta organización sanitaria militar propone una innovación estratégica que de hecho representa la concepción de la sanidad militar moderna. Hasta entonces, los soldados heridos en combate permanecían en el campo de batalla hasta la finalización del enfrentamiento, a veces hasta 24 horas después del inicio de las hostilidades. Sólo entonces los heridos eran evacuados hasta el hospital de campaña que, según las ordenanzas, debía de situarse a unos cinco kilómetros del campo de batalla. Larrey

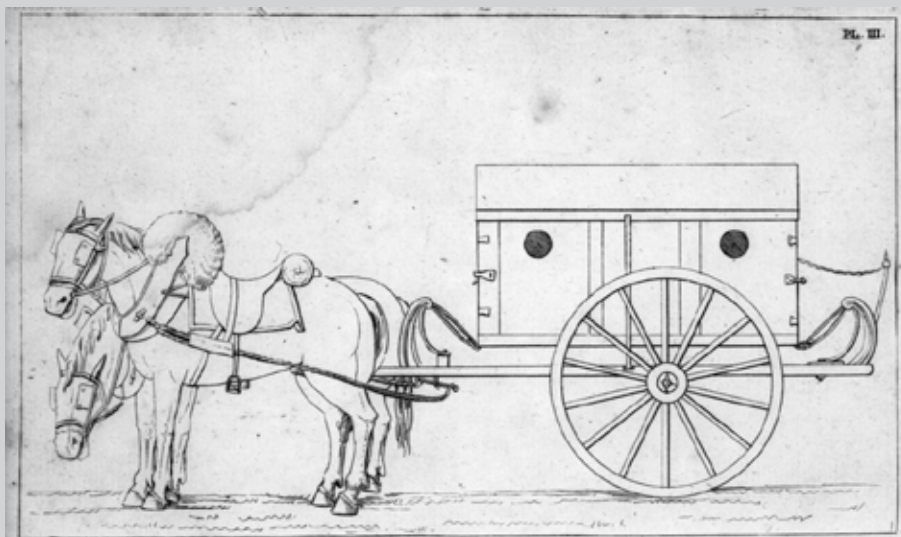


Estatua de Dominique-Jean Larrey en la Iglesia de Val-de-Grace (París)

observó que era distancia y tiempo suficientes para que la mayor parte de los heridos falleciera antes de recibir ayuda. Todo ello contando que los soldados tuvieran la suerte de pertenecer al bando victorioso. En caso contrario los heridos eran abandonados o rematados en el mismo campo de batalla.



Ambulancia del baron Percy --: De Larrey, *Mémoire de chirurgie militaire et campagnes*



Ambulancia volante de Larrey (De: *Mémoire de chirurgie militaire et campagnes*)

Los resultados de una escaramuza en Limburg son el detonante para que Larrey solicite permiso para la creación de un servicio de ambulancias, compuesto por equipos formados por un médico, un oficial de intendencia, un suboficial, 24 soldados y un tambor encargado de llevar el material de venda-

je. Junto a la parte humana, el servicio se complementaba con 12 camillas ligeras, 4 pesadas y 1 carreta, diseñada especialmente por Larrey y denominada *ambulance volante*, que combinaba la rapidez con la seguridad y la comodidad y que consistía en una cámara cerrada que estaba unida, por medio de ballesas, a un carro ligero de dos ruedas y tirado por dos caballos. Las pistoleras de las sillas de montar fueron transformadas en bolsas de transporte para material sanitario. Su propuesta era seguir a la vanguardia del ejército y evacuar a los heridos durante la batalla, lo más rápidamente posible. Las ambulancias volantes tuvieron su bautismo de fuego en la batalla de Landau, en el transcurso de la cual Larrey fue herido en una pierna, pese a lo que siguió operando. El éxito fue total, y Larrey fue destinado en 1793 a París con el fin de organizar un servicio de ambulancias volantes para todo el ejército.

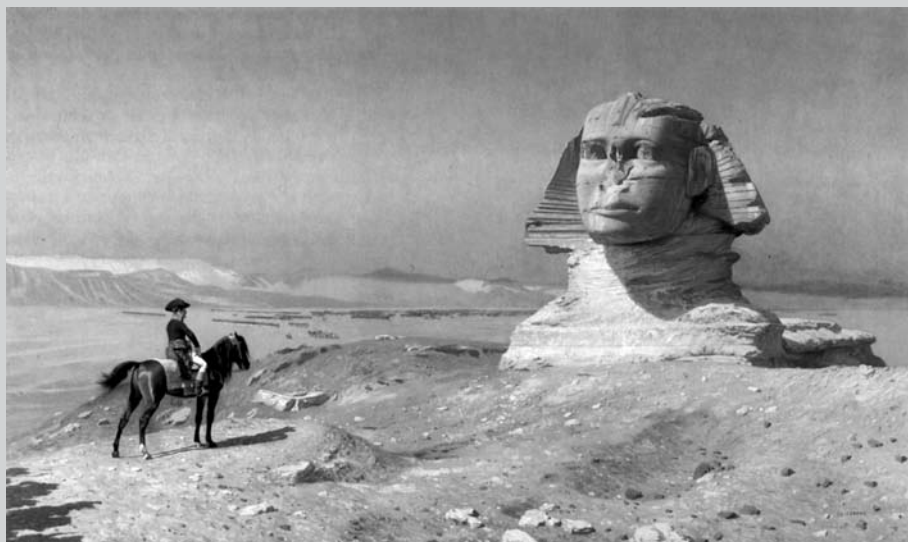
RELACIÓN CON NAPOLEÓN

Conoció a Napoleón en Toulon en 1794, cuando Larrey fue destinado como Cirujano en Jefe al ejército encargado de recuperar Córcega a los ingleses y Napoleón era un prometedor comandante de artillería. Siguió a Napoleón en todas sus campañas, desde la de Italia en 1797 hasta Waterloo en 1815, a lo largo de casi 18 años. Larrey sirvió en un total de 25 campañas, con 60 grandes batallas y 400 enfrentamientos menores. Napoleón siempre le tuvo en gran consideración. No en vano, le consideraba un elemento importante en sus campañas por el efecto que la nueva organización en la evacuación de los heridos ejercía en la moral de la tropa. Tras las campañas de Córcega, España y Oriente, regresó a Francia y recibió de Napoleón el título de barón y el nombramiento de cirujano honorífico de los *Chasseurs de la Garde* (cuerpo de guardia personal del Emperador). Fue citado por Napoleón en su testamento dictado en Santa Elena con estas palabras: «*Para el cirujano del ejército francés barón Larrey dejó la suma de cien mil francos. Es el hombre más virtuoso que he conocido. Ha dejado en mi espíritu la idea de un verdadero hombre de bien*».



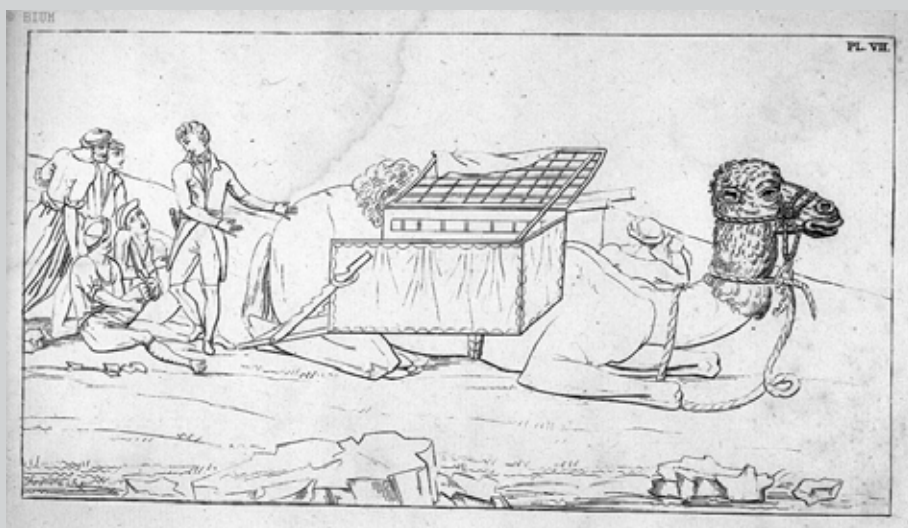
Napoleón por Jacques-Louis David

LA CAMPAÑA DE EGIPTO



Bonaparte ante la esfinge, por Jean-Léon Gérôme, c. 1868

Nombrado cirujano en jefe del ejército de Oriente, Larrey inaugura nuevas prácticas quirúrgicas e inventa un sistema de ambulancias a lomos de dromedarios. Mandará a equipar a los dromedarios con cestos de hojas de palmera, suspendidos a cada costado de la joroba por correas elásticas. Estas sostendrán a los heridos en un colchón, sosteniendo brazos y piernas en una tabla de báscula. Se harán 24 ambulancias por cada división del ejército de Oriente que parten el 10 de febrero de 1799 en la campaña de Siria.



Él será quien le ampute un brazo al general *Louis Marie de Caffarelli du Falga* por una herida de bala durante el sitio de San Juan de Acre; tres semanas después el general morirá por una fiebre y Larrey practicará la autopsia. Llega a coser la lengua de un oficial gravemente herido, antes de hacer que le alimenten por sonda y después con biberón. Contrariamente a las recomendaciones de Ambroise Paré observadas por los cirujanos desde hace dos siglos, Larrey cierra heridas torácicas acompañadas de hemorragia, el éxito del método le abriría las puertas de los manuales de medicina. Conserva el cadáver del asesino del General Jean Baptiste Kléber, que sería transportado a Francia con fines científicos.

En El Cairo, da un curso de cirugía y entra en el instituto de Egipto el 4 de julio de 1799. El cirujano en jefe será uno de los últimos miembros del instituto en dejar Egipto el 27 de octubre de 1801, acompañando al general Jacques François de Boussay, barón de Menou, a quien cura de la peste en el barco que los lleva a Francia. Publicara dos años más tarde, *Relation historique de l'expédition de l'armée d'Orient en Égypte et en Syrie*.

RECONOCIMIENTO DE SOLDADOS Y MILITARES

Fue extraordinariamente popular entre los soldados, quienes le denominaban *la Providencia del soldado* desde que fuera bautizado con este sobrenombre en la campaña de Egipto. Estableció un orden de prioridad en la asistencia a los heridos independiente del rango que ostentasen e incluso del ejército al que perteneciesen. En numerosas ocasiones atendió a heridos de los combatientes enemigos, ganando también entre ellos el reconocimiento de su abnegación.

Durante la decisiva Batalla de Waterloo, el Duque de Wellington quedó sorprendido por la visión de una ambulancia francesa en proximidad de la vanguardia del ejército británico. Cuando el general fue informado de que el cirujano que atendía a los



Mariscal Gebhard Leberecht von Blücher (1742-1819)

heridos en la ambulancia era Larrey en persona, el duque de Wellington, conocedor de su fama, se quitó el bicornio y le saludó con esta expresión, *Yo saludo el honor y la lealtad de tal doctor.*

Acto seguido, ordenó redirigir la línea de fuego para salvaguardar al cirujano y su ambulancia. Esta consideración le salvó la vida al final de la batalla, cuando fue apresado por los prusianos y condenado a morir fusilado, pero escapó de ella por la intercesión, ante el mariscal Gebhard Leberecht von Blücher, comandante en jefe del ejército prusiano, de un médico alemán que había sido alumno suyo y que le reconoció.

Conducido ante la presencia de Blücher, éste le agradeció profundamente haber salvado la vida de su hijo, herido y capturado por los franceses en una campaña previa en Austria. Le ofreció alimentos, dinero y salvoconducto para viajar a territorio neutral.

ACTIVIDAD POSTERIOR Y MUERTE



Su hijo, Félix Hippolyte Larrey (1808-1895), también distinguido cirujano y anatomista. Óleo sobre tela de Jean Gigoux.



Tumba de Larrey en el cementerio de Père-Lachaise, con el epitafio *A Larrey, l'homme le plus vertueux que j'aie connu* (A Larrey, el hombre más virtuoso que he conocido) del testamento de Napoleón.

Después de las guerras napoleónicas prosiguió su actividad como cirujano en Francia y fue nombrado cirujano jefe del Hospital de los Inválidos en 1838. Murió en Lyon el 25 de julio de 1842, a la edad de 76 años. Había viajado a Argelia con su hijo Félix Hippolyte para inspeccionar los hospitales militares, cuando emprendió un precipitado viaje de regreso al conocer que su esposa había caído gravemente enferma. En el curso del viaje desarrolló una



Capilla del Hospital Militar de Val-de-Grâce, donde se albergó el corazón de Larrey

neumonía que le causaría la muerte 24 horas después de su llegada y poco después del fallecimiento de su amada esposa.

Larrey había manifestado su deseo de ser enterrado en *Les Invalides*, entre sus soldados. Este deseo no fue respetado debido a la oposición del ministro de la guerra, Nicolas Jean de Dieu Soult.

Soult había protagonizado un contencioso con Larrey, quien le había desautorizado ante Napoleón por la cuestión de las alegaciones de las auto-mutilaciones de los soldados. Soult nunca perdonó a Larrey esta afrenta pública. Como simple cirujano, se negó a Larrey el reposo entre los mariscales, los generales y los soldados.

Fue enterrado en el cementerio de *Père Lachaise* de París, separando su corazón y vísceras, que fueron guardadas en una cámara acorazada en la capilla del Hospital Militar de Val-de-Grâce, en París.

Sin embargo, la voluntad de Larrey fue finalmente respetada el 15 de diciembre de 1992, cuando sus restos fueron trasladados al *Hôtel des Invalides*, gracias a la intercesión de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina.



Hôtel des Invalides, donde reposan los restos de Larrey desde 1992

OTROS APORTES MÉDICOS

Su aporte a la literatura médica se concretó principalmente con los libros *Mémoires de chirurgie militaire*, en cuatro volúmenes, *Recueil de mémoires de chirurgie* y *Clinique chirurgicale*, resumen de casi cuarenta años de ejercicio de la cirugía militar.

Como cirujano militar adquirió notable habilidad en amputaciones rápidas y precisas. Era capaz de realizar una amputación en menos de un minuto. Hay que tener en cuenta la ausencia de anestesia y que el dolor sólo era aliviado con la ingesta de bebidas alcohólicas. Se dice, que durante la desastrosa campaña de Rusia, en las 24 horas posteriores a la Batalla de Borodino realizó más de 200 amputaciones y en la Batalla de Beresina 234. Creía muy importante una amputación precoz de las extremidades gravemente dañadas para evitar los efectos de la gangrena y el tétanos.

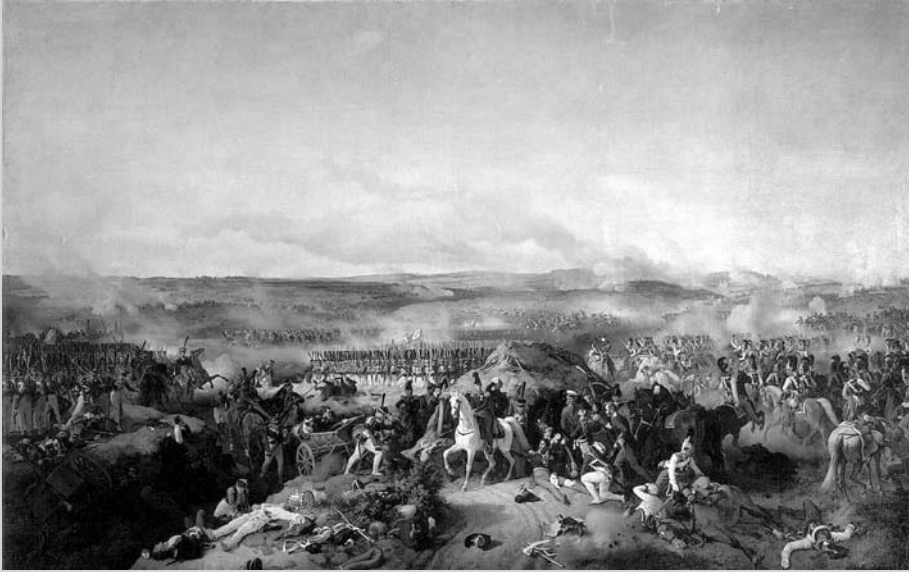
Se conoce como amputación de Larrey el procedimiento consistente en la realización de un cono de base externa y vértice interno, con el área de corte a tres niveles, piel, músculo y hueso. Describió un tipo de amputación con desarticulación del hombro que se conoce como procedimiento de Larrey (método de desarticulación del hombro por una incisión que se extiende desde el acromion a lo largo del brazo en una longitud de 10 centímetros y desde ese punto alrededor del brazo hasta el centro de la axila).

Realizó también interesantes observaciones sobre los mecanismos de la hemostasia, sobre procedimientos de drenaje del empiema, del hemotórax y del hemopericardio y sobre la conveniencia de aislamiento de pacientes con infección. Describió de forma muy precisa la manifestación clínica del tétanos por lo que también se conoce como enfermedad de Larrey. Ha dado su nombre a un signo clínico de la sacrocoxalgia, conocido como signo de Larrey, que consiste en un dolor intenso en la sínfisis sacroilíaca que se percibe al sentarse bruscamente sobre un plano resistente.

El triángulo esterno-costal izquierdo del diafragma (área del diafragma, de pequeña dimensión y mayor debilidad, en la parte anterior del diafragma y adyacente a la inserción esterno – costal del músculo) es conocida como hendidura o hiato de Larrey por su descripción como vía idónea para el drenaje del hemopericardio.

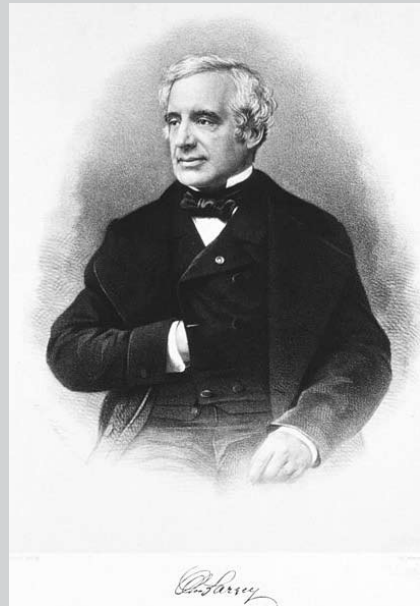


Ejemplar de sus *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*. Edition: Paris: Smith, 1812-1817, dedicado a su esposa Elizabeth.



La batalla de Borodino de Pieter Von Hess

En definitiva fue un cirujano polifacético y excepcional cuya principal aportación fue la organización de la rápida evacuación de heridos, con la introducción de un sistema de transporte ágil en ambulancias, y la realización de los primeros triajes de la historia. Renovó totalmente la sanidad militar. La nueva concepción de Larrey en la asistencia a los heridos de guerra fue incorporada por todos los ejércitos del mundo. El mismo concepto también ha sido incorporado después por la sociedad civil en su aplicación al transporte de accidentados y enfermos. En cierta medida, sus aportes cimentaron lo que sería la disciplina de la Medicina de Emergencia que se conocería a fines del siglo XX.²



Dominique-Jean Larrey

2 Panagiotis N. Skandalakis, Panagiotis Lainas, Odyseas Zoras, John E. Skandalakis and Petros Mirilas. "To Afford the Wounded Speedy Assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World Journal of Surgery*, Vol. 30, No 8, pp: 1392-1399, Agosto, 2006.

DOMINIQUE JEAN LARREY

(Su vida y su obra) (1^a. parte)³

Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno

En los últimos años del siglo 18 y a los primeros del 19, Europa se vio conmocionada por un hombre, que al redoblar de sus tambores y a la sombra de sus águilas, cruzó su suelo dejando un recuerdo imperecedero por el resto de los años a venir.

Su tránsito fue hecho al resonar del cañón y a la carga de sus dragones. Los campos de batalla cubiertos de muertos y heridos, proclamaban sus victorias o denunciaban sus derrotas.

Sus ejércitos de cientos de miles de soldados marchaban a la muerte al grito de “¡Viva el Emperador!”

Junto a él, una multitud de hombres dotados de excepcionales condiciones le rodeaban y le acompañaban, pero no para conquistar, sino para aliviar los sufrimientos de los heridos y enfermos en aquellas cruzadas. Entre todos estos hombres, el más brillante, animoso y sabio, fue Dominique Larrey, compañero de todas las campañas de la Revolución, del Consulado y del Imperio; que actuó en todos los campos de batalla, del Nilo al Danubio, de Austerlitz a Madrid, de Wagram a Moscú y de Leipzig a Waterloo.

Participó en 8 campañas (Francia, Alemania, España, Austria, Italia, Egipto, Polonia y Rusia). Tomó parte de 60 batallas y 400 acciones menores y fue herido tres veces en combate.

Esta figura que como veremos representa a las más altas cualidades éticas y científicas que un médico militar debe poseer, recibió al fin de su vida el homenaje de amigos y enemigos; pero sobre todo de los soldados para los cuales era “la providencia” o “el padre” y a los que su presencia en el



3 *Rev Hosp Maciel* 3 (2): 48-53; julio-diciembre 1998.

campo de batalla llenaba de ánimo, al igual que la presencia de Napoleón les infundía coraje y valor sobrenatural.

Para tener una idea de su habilidad quirúrgica y su capacidad de trabajo, recordemos que en la batalla de Smolensk desarticuló el miembro superior en once casos de heridos graves, nueve de los cuales sanaron y los dos restantes murieron... de disentería.

En Borodina en 24 horas efectuó 200 amputaciones sin descansar.

Era de una integridad y desinterés absoluto: mientras que en Wagram es nombrado Barón del Imperio, su mujer pintaba y vendía cuadros para sobrevivir; tal era su pobreza.

Napoleón en Santa Elena dijo de él: *“es el hombre más honesto que he conocido (“L’homme le plus vertueux que j’ai connu”) y si el ejército elevara una columna de reconocimiento, ella debe ser erigida a Larrey”*. (*“Si la Grande Armée élève une colonne à la reconnaissance, elle doit l’ériger à Larrey”*).

A su muerte, Pariset pronunció su elogio en la Academia de Medicina, en el año 1845, ante un emocionado auditorio de colegas, discípulos, alumnos, diplomáticos y personalidades de todo el mundo de la época.

Una calle de París recuerda su nombre. 20 diferentes pintores lo han llevado a la tela, David, Robinet y Bardon de la Transchère lo plasmaron en el bronce. Las estatuas se pueden apreciar en Val-de-Grâce, en la Academia de Medicina de París, y en Baudèan, su ciudad natal, (Condado de Bigorre) en la escuela que lleva su nombre.

La explicación de cómo un médico que nació en un hogar modesto, llegó a Barón del Imperio y tuvo el prestigio de pasar a la posteridad, constituye la razón de ser de este trabajo, así como un humilde homenaje al hombre que dedicó su vida a la Emergencia, en condiciones harto azarosas.

Sería muy difícil intentar un estudio biográfico sin situarse en la época que le tocó vivir, una de las más gloriosas y perdurables de Francia, que tuvo la particularidad de estar dirigida por un hombre genial: Napoleón Bonaparte.

Dominique Jean Larrey hijo de padres burgueses nació en Baudèan, en los altos Pirineos, en el año 1766 (discutido, pues algunos dan como fecha el año 1769) año en que también nace Napoleón.

Su padre muere joven y los deja pobres con sólo un nombre honorable. Un segundo hijo será cirujano en Nîmes y su primo Alexis, profesor del Colegio de Cirugía de Toulouse.

Su buena madre, junto con el abate Crasset, le enseña al niño las primeras nociones generales y a los 13 años lo envía a Toulouse con su primo, quien era ya Cirujano Jefe en el Hospital Saint Joseph de la Grève. Allí llega solo y a pie el 10 de marzo del 80.

Alexis lo recibe como un hijo.

Es un distinguido alumno, apasionado por las ciencias anatómicas. A los 15 años gana por concurso el cargo de Ayudante de Anatomía.

Prepara las lecciones con esmero; da un curso sobre anatomía del corazón, y es nombrado sub prosector. Se comporta como un gran trabajador y portador de un gran entusiasmo.

En 1785, a los 19 años, gana el 1er. premio, luego de 3 pruebas, del concurso de la Sociedad del Hospital, que le coloca como primer candidato a una cátedra. Mientras no estuviese ésta vacante, es invitado a dar clases libres.

Al año siguiente, sustituye a Fagès, uno de sus amigos, cumpliendo las funciones de un Jefe de Clínica. Posteriormente presenta su tesis sobre “Caries óseas” y se le entrega una medalla de honor; tiene en este momento 20 años.

Pequeño de talla, bien proporcionado, de fisonomía expresiva, gustaba llevar una cabellera que le caía en bucles sobre los hombros y espalda; por su abundancia y longitud, fue legendaria (cuando por imperio de la moda o de la necesidad se la recortaba, decía “que se sentía enfermo”).

Los ojos eran expresivos y bondadosos; la boca, fina, con una sonrisa enigmática, que trasuntaba un espíritu vivaz.

Como dijimos, era un gran estudioso, serio, trabajador, disciplinado, que adquirió bajo el severo control de su primo, una puntualidad rigurosa, una extrema precisión y exactitud en el ejercicio de la Medicina y una vigilancia escrupulosa de los detalles: cualidades que le acompañaron toda la vida.

Se dirige a París, el 29 de setiembre de 1787, concurriendo de inmediato a los Hospitales que por entonces se encontraban en un período de declinación. Allí conoce a Louis, secretario perpetuo de la Academia de Cirugía y a Desault, creador de la Clínica Quirúrgica en el Hôtel Dieu; es admitido en el curso de ambos.

Enseguida gana el concurso para cirujano naval en el puerto de Brest, adonde se dirige a pie, por carecer de medios económicos. En el camino, opera en un pueblo a un ciudadano, con una hernia estrangulada, que tiene buena evolución.



Pierre-François Percy (1754-1825)

En Laval, visita la casa de Ambrosio Paré, y llega a Brest, hacia 1787. Luego de varias pruebas, es nombrado Cirujano Mayor y embarca en la fragata “La Vigilante” donde viaja en malas condiciones durante 6 meses. Allí Larrey hace un espléndido trabajo, pues de 80 enfermos que tuvo, no se le murió ninguno, gracias a las medidas de higiene permanentes que impuso.

Vuelve a París, el 5 de noviembre del 88, para el terrible invierno que precedió a la Revolución. Sigue los cursos de los grandes maestros de la época: Sabatier, Lassus, Peletier, Louis, Desault.

Con Bichat y Corvisart forma una Sociedad Científica. A esta altura comienzan los problemas en París; hay enfrentamientos entre obreros y la caballería, con numerosas heridas que atender: fracturas, amputaciones, etc. De esta manera inicia su experiencia de guerra.

Se presenta junto con 40 colegas a un concurso en los Inválidos, con Sabatier en el Tribunal, como Presidente.

Entra primero, pero le escamotean el concurso y no le dan curso a las reclamaciones. Debido a esto, mantiene un mal recuerdo de Sabatier, durante toda su vida.

Tiene que dar clases para sobrevivir, pero afortunadamente gana un concurso de anatomía en la Escuela Práctica.

Por entonces, no queda fuera de los acontecimientos que se precipitan; toma parte de la Revolución y participa en la toma de la Bastilla con los alumnos de la Escuela de Cirugía.

Atiende en los Inválidos a un gran número de heridos de la Revolución. Fue detenido y salvado por Bailly de ser enviado a prisión.

Posteriormente Larrey es nombrado Cirujano del barco de guerra “Júpiter”, designación a la cual renuncia y vuelve a París, para poder concursar para cirujano de los Hospitales; queda como ayudante de cirujano.

En 1792, a los 26 años, el Consejo de Salud, lo nombra para la Armada del Rin, como cirujano mayor.

Prusia hace liga con Alemania; se declara la guerra el 20 de abril del 92. Francia revolucionaria tiene un ejército desorganizado y empieza la guerra con varias derrotas; se preparan tres ejércitos para hacer frente a la invasión:



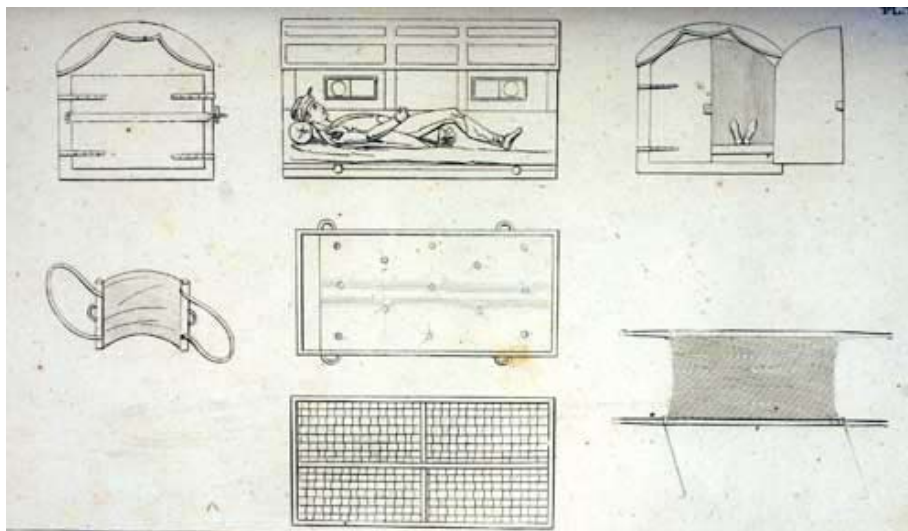
Samuel Thomas von Sömmering (1755 – 1830)

- 1º.- El del norte, sobre el Rhin. Lückner, (en el de Coustine va Larrey),
- 2º.- Al centro, Lafayette,
- 3º.- Al mediodía, Montesquieu.-

En esos momentos, Sabatier por edad es sustituido por Pierre-François Percy, gran cirujano, héroe de guerra y maestro de la cirugía militar, que entre otras cosas propuso en su momento, la neutralidad de los heridos de guerra y del personal médico.

Larrey llega de Estrasburgo y comienza su diario personal, donde apunta los hechos más importantes que le toca vivir en la guerra. Participó en la toma de Spira: Larrey se conduce brillante por primera vez en la batalla, exponiéndose al fuego enemigo; permanentemente lleva los heridos a un convento y opera 36 horas seguidas; de 40 heridos graves sólo se le mueren 4.

Larrey es nombrado ayudante mayor principal, a las órdenes de Lombart, cirujano consultante. Larrey va siempre a la vanguardia y crea las ambulancias volantes con el objetivo de recoger heridos en el propio campo de batalla, formadas éstas por 3 cirujanos y 1 enfermero montado, con valijas para medicamentos e instrumental.



En los combates con los Prusianos, Larrey se hace conocer por los heridos en el campo de batalla.

Se establece el ejército en Mayence (Mainz) para pasar el invierno. Larrey comienza los cursos de preparación de sus jóvenes ayudantes con clases de anatomía y cirugía; modifica las agujas de sutura y con motivo de ello redacta una memoria que es enviada a la Academia de Cirugía y premiada con medalla de oro; hace otro trabajo sobre "Vent du Boulet".

Sigue los cursos en la Facultad de Mayence y encuentra Sömmering, uno de los más ilustres anatomistas de Alemania.

Conoce los trabajos de Volta y en base a ellos, hace un experimento estimulando los nervios de un miembro inferior amputado, concluyendo que la electricidad podrá ser usada para el tratamiento de la parálisis.

Las circunstancias son adversas para Francia y la Armada pasa grandes calamidades, Larrey se acostumbra a comer carne de caballo, dado el hambre que se padecía.

Cae Mayence en poder de los Prusianos y en una de las batallas Larrey carga con 4 dragones, sable en mano y salva cuatro heridos que iban a ser ejecutados y los opera.

Beauharnais que sustituye a Coustine, nombra a Larrey como héroe en el parte de batalla y la Convención otorga al mismo, una mención especial. La conducta de Larrey en el campo de batalla merece un abrazo de Laudremont, General en Jefe del Ejército de ese momento. A posteriori, la Revolución destituye a Coustine y a Hausbant y los ejecuta; Beauharnais va preso.

Durante la batalla de Weissenburg se nota la ausencia del Jefe de Ejército y Larrey lo va a buscar, lo encuentra en cama y lo trae al campo de batalla. En ese momento, Larrey sólo tenía 26 años.

La Armada del Rin vencida, se reconstituye en Estrasburgo y se une con la del Moselle bajo la comandancia de Hoche y empieza la guerra de reconquista. Larrey está en la vanguardia bajo las órdenes de Desaix, y al llegar el invierno se acantonan de nuevo en Estrasburgo. Larrey aprovecha este paréntesis para mejorar sus ambulancias. En ese momento todo estaba en malas condiciones; a modo de ejemplo, de 6 cirujanos, 4 estaban con tifus. Los representantes del pueblo, de acuerdo con los Generales recomiendan al Consejo de Salud Pública las innovaciones propuestas por Larrey.

En el mes de abril de 1794 deja el ejército del Rin.

Larrey propone las ambulancias volantes al Consejo de Salud Pública, para todos los ejércitos de la República. Era una profunda revolución en los Servicios Sanitarios y fueron el origen de una serie de perfeccionamientos continuos en la cirugía de guerra.

Para tomar cuenta en detalle de la importancia de las modificaciones propuestas por Larrey, se hace necesario explicitar un breve esquema sobre el funcionamiento de los Servicios de Sanidad en el antiguo ejército francés:



Ambrosio Paré (1510 -1590)

Está demostrado que ya los griegos y romanos contaban con un cirujano militar; los romanos, por ejemplo, tenían un “*medicis vulnerari*” en cada legión; Cuerpo de Tropa:

Infantería)
Caballería) 10 cohortes de 500 hombres c/u.

Bajo Augusto, los cirujanos militares recibirán el anillo de caballeros y no pagarán impuestos.

Mauricio (582-602) creó un Cuerpo de Caballeros, especialmente dedicados a sacar heridos del campo de batalla.

En todas las guerras ha habido tentativas de mejorar los tratamientos de los heridos, pero los griegos y los romanos no tenían ningún respeto por la vida humana y sus sufrimientos en aquellas circunstancias.

La asistencia del herido es una creación moderna y los Servicios de Sanidad no existieron hasta el final del siglo XVI y aún después que los ejércitos se volvieron permanentes.

Los señores feudales tenían sus propios cirujanos para cuidar de ellos y los heridos no recibían atención, salvo aquella que pudiesen pagar. Sobre todo en esos tiempos, la figura del gran Ambrosio Paré, del que puede decirse que fue el primer cirujano militar. Acompaña a los Valois en todas sus guerras y su popularidad es muy grande; es adorado por los soldados, pero tenía grandes limitaciones durante la batalla, para atenderlos. Los desgraciados heridos, en su mayor parte, permanecían tirados en el campo de batalla y era un dicho corriente que el mejor lecho para un herido de guerra era la fosa.

Con Enrique IV, se mejora la situación de los heridos de guerra, Sully organiza ambulancias en los ejércitos, y Hospitales para ser tratados.

Richelieu mejora el sistema de Sully y nombra un cirujano por regimiento.

Luis XIV aumenta las ambulancias, los hospitales y los cirujanos militares, y crea el Hotel de los Inválidos.

En la Academia de Cirugía, en el año 1731, estaba la élite de los cirujanos militares, por ejemplo: Mareschall, cirujano del rey; J. L. Petit, Tassin, etc.

En esos tiempos, todos los grandes cirujanos habían servido en el ejército, pero el personal secundario o subalterno era totalmente insuficiente, ignorante y grosero.

Luis XV, crea el Servicio de Sanidad del Ejército y por primera vez se calculan los técnicos que serían necesarios para tiempos de paz y tiempos de guerra.

Se fundan anfiteatros (escuelas) en Metz; Estrasburgo; Brest y Toulon.

Se instituye en el Ministerio de Guerra una Comisión Consultiva de 5 médicos inspectores, presididos por un médico Inspector General, para dirigir el Servicio de Sanidad. En ese momento en Francia, había 70 hospitales múltiples, 6 de caridad, hospitales termales, etc., Servicios de Ambulancias,

pero se asistía al hecho que en los Hospitales Militares el porcentaje de mortalidad era menor que en los Hospitales Públicos, y aún menor que en Inglaterra. Por ejemplo, en los Hospitales Civiles de cada 3 moría 1 paciente; en los Hospitales Militares de cada 5 moría 1 paciente.

Cuando la Revolución, se suspenden los Hospitales Militares por Hospitales Regimentales (aún no establecidos) y se trata de crear una organización más adecuada. Pero la situación durante estos años es caótica; se crean los Intendentes y los Comisarios de Guerra, y la Historia de la Medicina Militar se transforma en una larga lucha contra estos personajes de tono burocrático.

Percy por ejemplo, pasa toda su vida luchando estérilmente contra ellos. Larrey obtiene algunas ventajas para sus servicios, pero no puede modificar la legislación vigente que dura hasta 1870.

La Convención tenía muchos problemas y el primero era formar y armar 14 ejércitos, y en estas circunstancias muchas cosas fueron relegadas: los Generales pedían pertrechos y los Médicos sus medicamentos e instrumental; los Comisarios de Guerra hacían lo que querían, sin satisfacer aquellas necesidades adecuadamente.

Junto a buenos médicos, existían numerosos ignorantes, lo que hizo que Larrey creara sus famosos cursos en plenas campañas militares.

En lo que se refiere a las ambulancias antes de la Revolución, eran constituidas por unidad, con pesados carromatos guiados por docenas de caballos y sobrecargados de materiales; cada una con 133 funcionarios, entre ellos 40 cirujanos. Cada ambulancia servía a 20.000 hombres. Se puede imaginar lo difícil que era manejar esos vehículos en las rutas francesas del tiempo de la Revolución y lo imposible que era hacerlos maniobrar eficientemente en tiempo de batalla.

A posteriori se modificaron, sustituyéndolas por carros de 4 ruedas, con 6 pacientes cada uno y cada 1.000 hombres; pero este sistema funcionaba solamente después de la batalla.

Se reunían los heridos a medida que llegaban en un local en general inadecuado (establos, galpones, etc.) y marchaban las ambulancias cuando podían vencer los obstáculos, para seguir tratándolos; demás está decir que la mayor parte morían en el camino o en el lugar, antes de una posible intervención médica.

Con Larrey se introduce la magnífica idea de curarlos en el campo de batalla, bajo el fuego del enemigo. Esta concepción fue el preludio de una gran transformación de la cirugía de guerra y salvó muchas vidas.

La Revolución ya había creado *baterías volantes* que se desplazaban en sus cureñas cuando eran requeridas para su accionar inmediato en el campo de batalla; y a ejemplo de ellas, Larrey concibe sus *ambulancias volantes*.

Comienza con pequeños vehículos, acompañados de 3 cirujanos, y un enfermero a caballo. Luego introduce mejoras y modifica el status previo, presentando al Consejo de Salud su plan, el que consistía en lo siguiente:

El Cirujano Jefe del Ejército tenía bajo su jurisdicción la Legión de las Ambulancias volantes, la que estaba constituida por 3 divisiones; cada división constaba de:

1 Cirujano Mayor Comandante

2 Ayudantes mayores

12 Sub Ayudantes.

Personal agregado: Ecónomo, Administrativo, Enfermero a caballo, Enfermero a pie.

Total: 340 sujetos por división.

Una verdadera pequeña tropa.

Tenían a su disposición 12 coches ligeros con 2 caballos, para 2 heridos cada uno, y 4 coches pesados de 4 caballos, con ventanas laterales y paredes móviles, que permitían introducir los heridos horizontalmente por los lados.

Contaban también con materiales e instrumental, anexos en bolsas o recipientes. Este sistema, tenía la misma movilidad que la artillería ligera que hemos mencionado; es así que un médico y un enfermero curaban a los heridos en el mismo campo de batalla, los llevaban luego a la ambulancia ligera y luego a la pesada, que se encontraba detrás de la línea de batalla.

Tenemos que recordar que Larrey usó en la guerra de montaña, burros en lugar de caballos y en el desierto, camellos.

Las ambulancias volantes que existían desde el tiempo de Percy, Jefe de Larrey en el Ejército del Rhin, que les llamó Cuerpo Móvil Quirúrgico, eran muy incómodas y luego de la campaña del Rhin, desaparecieron rápidamente. No así otra creación de Percy que perdura hasta nuestros días, como el cuerpo de camilleros.

DOMINIQUE LARREY

(Su vida y su obra) (2^a. parte)⁴

Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno

Luego de su brillante actuación como cirujano en el ejército del Rhin, Larrey es felicitado y nombrado Cirujano Jefe del 14^o ejército destinado a Córcega. En ese tiempo surge un hecho en su vida de trascendental importancia, se enamora de Elizabeth Le Rou de la Ville, por lo cual solicita autorización para permanecer un tiempo en París. Es así que el 4 de Marzo de 1794 y a los 28 años de edad, contraen enlace. El matrimonio permanecerá unido en el corazón toda la vida, pero estará separado permanentemente por los avatares de las guerras.

4 *Rev Hosp Maciel* 5 (1): 27-32; agosto 2000.



Batalla de las Pirámides, óleo de Louis-François Lejeune.

En esta época es nombrado profesor de anatomía operatoria en Val-de-Grâce, cargo en el que se desempeña en forma brillante.

Larrey en febrero de 1796, a los 30 años de edad, llega a París a pesar de que sus alumnos de Toulon firman una solicitud junto con los cirujanos de la marina y del ejército, para que no sea trasladado.

En Val-de-Grâce trabajaba en la cátedra de anatomía, contribuyendo así con aplicación y sapiencia a elevar la categoría de ese centro del saber. Pero mientras Larrey se dedicaba a sus clases, se preparaba la expedición armada a Oriente, por lo que fue nombrado cirujano del denominado en esa época, Ejército de Inglaterra, que a posteriori se transformó en el ejército de Oriente.

Acompañado por Desgenettes, que también fue convocado, se dirige a Marsella sin saber bien cuál era su destino final.

En Toulon, Larrey en escasas semanas tiene que organizar el Servicio de Sanidad de un ejército de 30.000 hombres. Demostrando su capacidad de mando, rompe las reglas existentes para los nombramientos, el aprovisionamiento, etc., y recluta personalmente cirujanos y personal secundario. Hace fabricar el instrumental y el material necesario a esos efectos, a la vez que visita y selecciona los hospitales adecuados a las circunstancias que se aproximaban.

Los ejércitos napoleónicos toman la isla de Malta prácticamente sin encontrar resistencia. Queremos recordar un episodio vivido por Larrey en la isla. Recorriendo el interior de la misma, se encuentra con un soldado napoleónico, uno de los famosos dragones, que era llevado prisionero y herido por algunos soldados malteses. Al ver esto, Larrey carga con algunos soldados sobre ellos y los dispersa rápidamente, liberando así al soldado



Batalla de Abukir. Óleo de Antoine-Jean Gros. 25 de julio de 1799

herido. Comprueba con asombro al revisar al “herido”, que es una mujer, Mme. Faurès. Napoleón al enterarse del episodio felicita a Larrey y ordena que la dama regrese a Francia, donde al parecer tendrá más adelante un “*affaire*” con Napoleón.

A esta altura del viaje, Larrey se entera del fin del mismo y de inmediato toma las medidas pertinentes y envía circulares a todos los médicos que lo acompañaban sobre las distintas patologías que se iban a encontrar y los métodos de lucha contra las mismas. Las más frecuentes eran, aparte de las heridas de guerra, la oftalmía purulenta, el tétanos, la peste, etc. Estos mecanismos y enseñanzas tendrán especial importancia durante la campaña. Al mismo tiempo se demostró el valor, la competencia y la dedicación del cuerpo médico seleccionado por Larrey.

Durante la campaña en Siria, manda sustituir los caballos por camellos y hace matar los primeros, para alimentar al ejército, que en esos momentos se encontraba pasando necesidades de todas clases.

Su compañero y amigo Desgenettes⁵ buscaba una solución al problema que afectaba en forma grave al ejército, y se inocula la peste con fines experimentales y muere a los pocos días. Se demuestra así la clase de hombres que acompañaban a Napoleón en sus campañas.

Larrey era de un valor excepcional. En una de las batallas de esta campaña, en medio del tronar del cañón, cae herido un alto oficial, el coronel Arrighi, a posteriori Duque de Padua, y sobre la batería de un cañón, Larrey procede a operarlo sin prestar atención a los proyectiles que caían a su lado.

5 René-Nicolas Dufriche Desgenettes (1762-1837). Posiblemente exista una confusión respecto a este personaje, ya que sobrevivió a la campaña de Oriente. Según CHEVALLIER, A.G. los problemas de Sanidad en los ejércitos de Napoleón *Actas Ciba* 5, mayo 1941, p. 131-132.

A esa altura, la campaña se tornaba difícil y para tener idea de la influencia que tenía Larrey, decide que el transporte en caballos sea sólo para los heridos, por lo tanto él como los altos oficiales, incluso Napoleón, desmontaron y siguieron la marcha a pie.

Pero al mismo tiempo que Larrey opera a los heridos, estudia y analiza las nuevas patologías que encuentra. Así prepara un trabajo sobre la influencia del medio ambiente sobre las enfermedades y las heridas, al comprobar que las mismas tenían distinta evolución, por el calor y las condiciones del entorno, a las de Francia.

Integra el Instituto de Egipto, fundado por Napoleón, con las figuras más importantes de la ciencia, el arte, etc., que trae de París junto con su ejército. Este Instituto tuvo una producción fundamental para el conocimiento de esa parte del mundo, naciendo así la egiptología.

Larrey se hace famoso y acuden a consultarlo grandes personajes locales: el sultán Mourand-Bey requiere sus servicios para curar un mameluco⁶. Logrado esto, Mourand-Bey le envía de regalo 12 mujeres circasianas que Larrey distribuye entre sus amigos. En otra ocasión, le regalan un talismán de ónix y ágata que Larrey desde entonces usa permanentemente y que se lo roban en la Batalla de Waterloo.

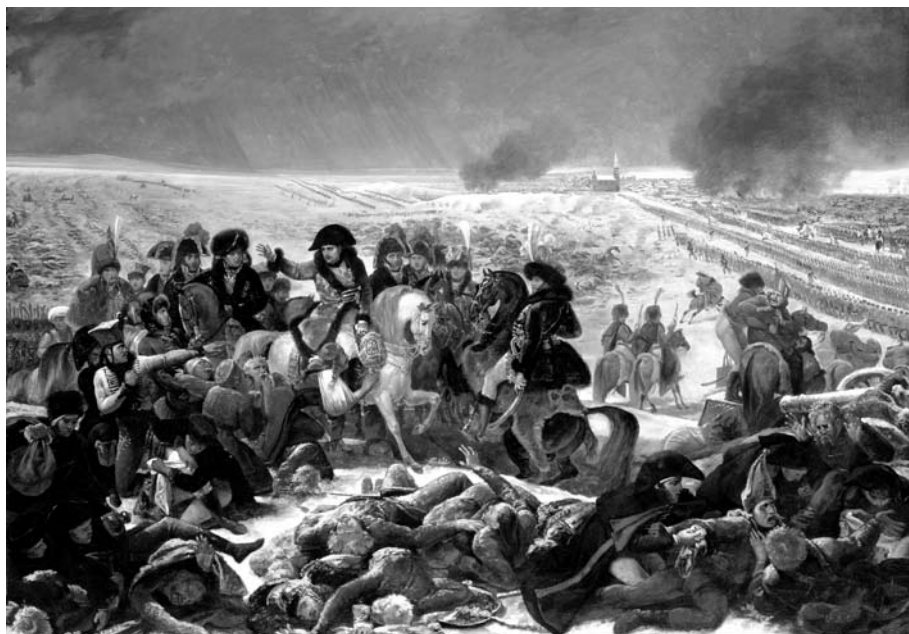


La Batalla de Austerlitz

Mientras se prepara la batalla de Abukir, Larrey instala las ambulancias volantes, flotilla de transporte, hospitales de embarque, hospitales sedentarios, hospital de evacuación. Cabe señalar que esta Organización funcionó en forma extraordinaria.

Durante la guerra suceden los episodios que muestran el valor y la pericia de Larrey. En medio de la batalla, una bala de cañón destroza el hombro

6 Mameluco: soldado de una milicia privilegiada de los sultanes de Egipto (DRAE).



Napoleón en el campo de batalla de Eylau. Óleo de Antoine-Jean Gros.

del general Fugières, por lo que procede de inmediato a la desarticulación del hombro.

Al sentirse morir, Fugières le entrega su sable a Napoleón y éste le dice “yo lo acepto, pero para regalárselo al hombre que os salvara la vida” y le hace grabar el nombre de Larrey y la fecha de la batalla.

Para tener una idea de las heridas que trató, recordemos que en una batalla, el general Destrée recibió 14 sablazos y una herida de bala en el pecho, antes de caer; el general Sulkowsky fue herido de 10 sablazos y varias heridas de bala antes de caer.

En Abukir en medio del encuentro, el general Sully cae herido de su caballo y cuando iba a ser rematado por el enemigo, Larrey mostrando una vez más su valor increíble salta sobre su caballo y lo saca al hombro del campo de batalla. En ocasión de este episodio Napoleón expide un parte, donde resalta el valor y dedicación de sus médicos.

En esos tiempos mueren muchos enfermos de tétanos y escorbuto y Larrey aprovecha para hacer una excelente descripción del cuadro clínico y las medidas a tomar, por lo cual contribuye a salvar muchas vidas.

Tengamos en cuenta que este trabajo, no es un trabajo histórico de las Campañas de Napoleón, aunque repetidamente nos tenemos que referir a las mismas, para situarnos en el lugar y en el momento histórico en que suceden los hechos. Es una semblanza de un gran cirujano, por lo que relataremos algunos episodios que nos permitirán hacernos una idea de la grandeza, sapiencia, valor y visión de este gran hombre.

En la batalla de Austerlitz, junto con Percy que en esos momentos era el Director de los servicios de cirugía del ejército francés, pone en marcha con gran éxito su sistema de ambulancias volantes.

Para comprender lo que eran esas batallas y lo que debían hacer los cirujanos, recordemos que en Austerlitz se enfrentaron 145.000 hombres de Austria y Rusia contra 100.000 franceses. La batalla duró de las 6 de la mañana a las 8 de la noche, con el resultado de 12.000 muertos y miles de heridos.

En la batalla de Eylau se corre el rumor de que los rusos triunfan y huyen todos, salvo Larrey que sigue operando tranquilamente. Después de la batalla, Napoleón le entrega como regalo su propia espada (que al morir Larrey será donada por su hijo al museo de Val-de-Grâce).

Sobreviene la campaña de España donde Larrey en un gesto heroico salva a los heridos de su hospital, que iban a ser ejecutados.

En esa época nace su hijo Hipólito. Comienza la campaña de Austria y en la batalla de Essling amputa la pierna al mariscal Lannes, destrozada por una bala de cañón y al morir éste, lo embalsama para su transporte a Francia.

Recordemos como anécdota el episodio del granadero de la Guardia Imperial que al caer herido y ser atendido por Larrey, éste comprueba con asombro que el soldado hacía la guerra con su pequeño hijo, atado a su espalda.

En esa época redacta y publica los 3 primeros tomos de sus *Memorias de la guerra*.

Sigue la campaña de Rusia donde es nombrado cirujano en Jefe del gran ejército. Durante la batalla de Smolensk desarticula el hombro en medio de la lucha, a once heridos, de los cuales sobreviven 9 muriendo los dos restantes de disentería.

Luego de la batalla de Borodino, opera 24 horas seguidas sin descanso, efectuando 200 amputaciones, en base de las cuales saca importantes observaciones de la acción del frío sobre el dolor.

Al producirse el incendio de Moscú, pone a salvo no sólo a los heridos franceses, sino a muchos heridos rusos, dando la libertad a los oficiales rusos heridos.

Cuando la retirada, es atacado por los cosacos siendo milagrosamente salvado por los soldados de la guardia. Llega a Koenisberg y a los 46 años cae enfermo de tifus, del que se recupera lentamente y aún convaleciente vuelve a hacerse cargo de sus enfermos.

Comienza la campaña de 1813, e interviene en la batalla de Luzen.

Los soldados son acusados de mutilarse voluntariamente para no ir al combate, por lo que iban a ser fusilados. Son salvados de una muerte cierta por Larrey quien luego de estudiar los casos uno por uno (eran más de

3.000) concluye que las heridas se habían producido por desconocimiento del manejo de las armas usadas por los reclutas. Napoleón no queda contento con el informe y nombra una nueva comisión de tipo policial, más que médico, para aclarar los hechos. Larrey expone un segundo informe lleno de energía, donde afirma que era imposible a esta comisión determinar si las lesiones eran producidas voluntariamente o no. Al enterarse el Emperador de este informe y del tono del mismo, abraza a Larrey y le dice “un soberano es bien feliz de contar con hombres como vos”.

Se declara una epidemia de tifoidea en el ejército francés, que es combatida por Larrey con tanta eficacia, que cede rápidamente.

Luego de esta campaña vuelve a París.

Comienza ya a declinar la estrella de Napoleón. Se produce la invasión a Francia por el ejército de la coalición. Larrey permanece firme como cirujano jefe del ejército napoleónico.

Capitula París y se produce la abdicación de Fontainebleau. En esas trágicas circunstancias, Napoleón es abandonado por la mayor parte de sus servidores, actitud que es rechazada drásticamente por Larrey, que sigue fiel al Emperador.

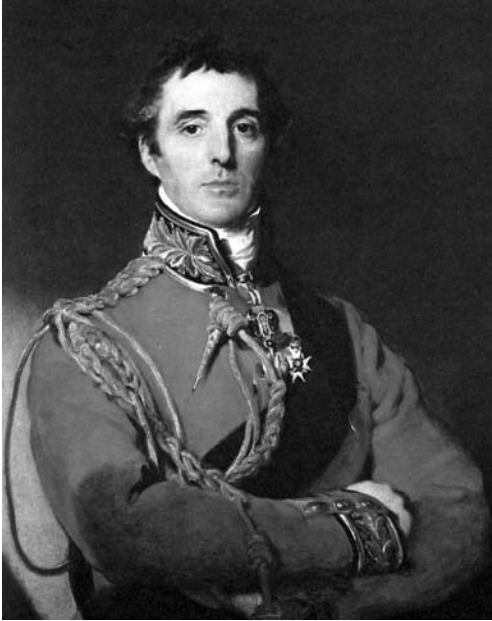
En el episodio de los 100 días, Napoleón al regresar del exilio, reorganiza su ejército y dispone los puestos de dirección. Nombra a Percy en lugar de Larrey y éste pide de inmediato su retiro. Al enterarse Napoleón lo manda llamar y lo nombra Cirujano de la Guardia Imperial y el 10 de junio, a los 49 años, parte para Bélgica a la batalla de Waterloo. En esa batalla que será decisiva para el destino de Europa y del mundo entero y en especial para Napoleón, se enfrentaron 130.000 franceses contra 220.000 soldados ingleses y prusianos comandados por Wellington y Blücher.

El ejército de Napoleón ya no era el mismo. Bertier que era uno de los grandes jefes, había muerto y fue sustituido por Soul que no tenía las mismas condiciones; igual sucedía con el resto de los jefes, que ni por asomo, eran el antiguo y glorioso ejército. También faltaron al encuentro Murat y Davout.

En medio de la batalla, amputa el brazo al coronel de lanceros, Soul, mientras éste dicta una carta para Napoleón; después de la amputación el herido pide su caballo y vuelve al campo de batalla.

En ella, la asistencia médica planificada por Percy es un desastre, ya que cometió errores importantes de organización; no seleccionó los hospitales de retaguardia, calculó mal el número de ambulancias necesarias, así como el número de heridos. Muchos de ellos quedaron en el campo de batalla, siendo curados como podían por los campesinos belgas.

Al otro día, Napoleón hace curar a los heridos prusianos por sus médicos y como contraparte dos días después, los prusianos degüellan todos los heridos franceses. Los franceses tuvieron 25.000 muertos y 5.000 heri-



Arthur Wellesley I Duque de Wellington pintado por el artista Sir Thomas Lawrence, meses antes de la Batalla de Waterloo.

dos graves; los prusianos 12.000 muertos y un número similar de heridos; esto junto a la muerte de 7 generales y 29 gravemente heridos, nos da una idea de lo que fue esa hecatombe.

En la mañana de Waterloo, Wellington que desde lo alto del monte St. Jean seguía las peripecias de la batalla, observó a un oficial francés que en una ambulancia se desplazaba bajo el fuego de los cañones ingleses.

¿Quién es ese audaz?, preguntó.

Es Larrey, le respondieron.

Al mismo tiempo que se saca el sombrero, Wellington ordena suspender el fuego sobre Larrey diciendo: *Dejemos a ese valiente recoger sus heridos*.

¿A quién saluda usted? Le pregunta el duque de Cambridge.

Yo saludo al honor y a la lealtad que pasan, responde el General y señala a Larrey con su espada.

Napoleón da la orden a Larrey de movilizar las ambulancias y pasar la frontera. Larrey es rodeado por los lanceros prusianos, ante lo cual dispara sus pistolas y carga contra ellos sable en mano; le matan el caballo y recibe dos sablazos en la cabeza y en la espalda, cayendo al suelo donde es dado por muerto y abandonado en el campo de batalla. Cuando recupera el conocimiento, monta a caballo tratando de llegar a la frontera, lo detienen y lo confunden con Napoleón por su espada y su capote, e iba a ser fusilado, cuando al vendarle los ojos, es reconocido por un médico prusiano que lo lleva en presencia del mariscal Blücher a quien Larrey había asistido un hijo. Aquél lo trata con toda amabilidad, le hace devolver lo que le habían sacado los soldados y no sólo lo pone en libertad, sino que manda un mensaje a su Sra., diciéndole que está vivo.

Al caer Napoleón, Larrey llega a Bruselas donde organiza hospitales para los heridos de la batalla. Al volver a París, sufre las consecuencias de su lealtad; casi termina en un Consejo de Guerra, siendo salvado por su prestigio y sus amigos, pero es destituido y se le retiran sus pensiones, aunque no se animan a sacarlo como cirujano de la Guardia. Lo mismo le pasó a Percy,

que fue citado 22 veces a declarar ante la policía y lo quisieron llevar preso por su colección de armas antiguas.

Larrey había juntado durante toda su vida 30.000 francos; su mujer se los da a un amigo para invertirlos, el que al otro día negó haberlos recibido y los deja en la miseria.

Larrey retoma su carrera en la vida civil y su mujer sus pinceles. A pesar de su situación, la fama de Larrey era tal, que recibe invitaciones de Rusia, Brasil y EE.UU., que no acepta por no dejar a sus soldados de la vieja guardia.

Es perseguido por la policía durante años, pero al pasar el tiempo, en 1818 se le devuelven sus pensiones, no así su título de Barón y su baronía en la Pomerania, que nunca volvió a ver.

Al caer Napoleón, todos los generales y mariscales que habían peleado a sus órdenes vieron terminada su carrera; ninguno tenía más de 50 años. Entre estos está Larrey, quien termina su vida histórica junto a ellos.

Napoleón le había dejado en herencia unos 100.000 francos, que nunca recibió personalmente y que al final los hereda su hijo Hipólito, que los dona para la fundación de una escuela en memoria de su padre.

Viene el período de la Restauración en Francia; Larrey pasa dedicado a su clientela y a los trabajos para la Academia de Medicina. Al morir Percy se postula a la presidencia de la Academia de Ciencias, pero es nombrado Dupuytren.

Con los años el odio de los ingleses hacia Napoleón había disminuido y Larrey viaja a Londres con su hijo y es recibido con honores y ovacionado en la vía pública.

Los soldados y oficiales ingleses a quienes había salvado la vida lo visitan de continuo para demostrarle su agradecimiento.

Al producirse la revolución de 1830 es cirujano de guardia del hospital en Gros Caillon y pone su dedicación y experiencia en el tratamiento de los heridos.

Es interesante remarcar que Larrey y su hijo cruzaban las barricadas que separaban ambos bandos de mañana y volvían por la noche, siendo aclamado por todos.

Larrey es jubilado posteriormente de su cargo. Hay una anécdota muy sugestiva: en una reunión social le presentaron a un oficial que había desertado en Waterloo y al verlo Larrey le dice, *“al Sr. no lo conozco, conocía a uno de su mismo nombre que murió en Waterloo”*.

El gobierno lo nombra con Desgenettes en el Consejo de Salud y es enviado a Bélgica para organizar los servicios de salud del ejército belga y francés.

Previamente parte con su hijo para Roma para ver a Madame Mère (Leticia) la madre de Napoleón y a Florencia para visitar a Luis Bonaparte.

Vuelve a París en 1841 dado que su hijo Hipólito es nombrado por concurso, Profesor de Patología Quirúrgica de Val-de-Grâce. En ese momento Hipólito era uno de los cirujanos más brillantes del ejército y uno de los profesores más jóvenes de Francia.

El 14 de Diciembre de 1840 llegan a París las cenizas del Emperador y en un homenaje como nunca se había visto, el pueblo de París se vuelca a las calles y cuando ven en el cortejo a Larrey con su viejo uniforme, lo aplauden y le viven como a Napoleón.

Al cumplir 76 años es enviado a Marsella para combatir la epidemia de cólera, y a pesar de su edad, solicita al gobierno la inspección de los hospitales de Argelia, donde es recibido como un rey, pero el viaje lo agota.

Regresa a Toulon donde hace una neumopatía aguda; pero al enterarse que su mujer está grave, no quiere permanecer en esa ciudad y muere en Lyon, el 24 de Julio de 1842 casi el mismo día que su señora. Se decreta duelo nacional.

Es sepultado en el cementerio de *Père Lachaise* y recién 150 años después de su muerte, el 15-XII-1992, las cenizas de Larrey son transportadas a los Inválidos, donde él deseaba reposar junto a muchos camaradas de guerra.

De la vida de este gran hombre y cirujano que pasó más de 20 años en los campos de batalla, queremos recordar al científico y a su intensa carrera médica. A los 15 años se desempeñó como ayudante de anatomía, a los 17 como subprosector.

En el año 1785 gana el primer puesto por concurso en una Cátedra de Cirugía libre.

En 1797 es Profesor de Anatomía y Operaciones en Val-de-Grâce.

En 1780, Profesor de Cirugía en la misma Institución.

Fue además Inspector general de Salud; Oficial de la Legión de Honor.

Miembro titular del Instituto de Egipto y de Francia.

Cirujano jefe del hospital Gros-Caillon. Cirujano jefe de los Inválidos.

Cirujano de la Guardia Consular, Cirujano jefe del Ejército. Doctor de la Facultad de Jenna y Barón del Imperio.

A pesar de los años de guerra que lo mantuvieron permanentemente dedicado a la atención de sus heridos, en los pocos períodos de paz, publicó los siguientes trabajos que han perdurado hasta nuestros días, y que se basaron en experiencias propias adquiridas durante sus estudios y en la guerra.

A saber: Tesis de Toulouse sobre “Las caries óseas”.

Trabajos de cirugía sobre “Le vent du Boulet”, donde analiza el efecto de los proyectiles por arma de fuego sobre los tejidos humanos.

Tesis presentada ante la Facultad de Medicina de París: “La amputación de los miembros por heridas de arma de fuego”.

“Relación Histórica y quirúrgica de la expedición del ejército de Oriente en Egipto y Siria en 1803”.

”Memorias de Medicina y Cirugía” 1812-1831.

“Memorias de Cirugía Militar y campaña de 1812-1817” (4 tomos).

“Memoria de clínica quirúrgica” ejercidas particularmente en los campos de batalla y en los hospitales militares desde 1792 a 1836.

“Memorias de medicina, cirugía y farmacia militares”.

Trabajo sobre el uso de agujas lanceoladas, con el que obtuvo la Medalla de Oro de la Academia de Cirugía.

Descripción del hiatus anatómico que lleva su nombre.

Fue además autor de innovaciones importantes, a saber:

“Amputación inmediata y la desarticulación de la cadera y del hombro”, “Técnicas de Debridamiento de las heridas por arma de fuego”.

Aparatos inamovibles para las fracturas.

Tratamiento de las quemaduras.

Estudio sobre el bocio.

Estudios sobre el tétanos y la peste.

Estudios sobre el escorbuto.

Medidas de salubridad en el ejército.

Desde 1793 hizo estudios experimentales para la aplicación en Medicina de la electricidad. A falta de pilas, que se inventaron 6 años después, logró merced a un arco metálico compuesto por dos metales distintos, provocar contracciones musculares en una pierna amputada recientemente.

Larrey inventó y popularizó muchos procedimientos quirúrgicos, como por ejemplo el uso de compresas fijas para las heridas, método usado por los árabes pero desconocido u olvidado en Europa.

Larrey fue un hombre de una honestidad y desinterés absolutos. En momentos que existía una permanente malversación por parte de los agentes del Directorio, en que se prodigaban premios y grados que enriquecieron a muchos, Larrey basado en sus principios y en su integridad, permanece pobre; ya se relató cómo después de ser nombrado Barón del Imperio en la batalla de Wagram, su mujer subsistía con los cuadros que pintaba.

Pero en definitiva, después de toda una vida al servicio de su patria, ¿cuáles fueron las recompensas que recibió?; pecuniarias mínimas. Medalla de oro por su trabajo sobre las agujas quirúrgicas. 100 libras y una carta de elogio de Napoleón, luego de Campoformio.

2.400 libras al regresar a París después de dicha campaña.

Anillo de ónix y ágata regalo de un Rey, después de la batalla de Alejandría.

La espada de Napoleón después de la batalla de Eylau.

Retrato de oro de Napoleón, con una pensión de por vida, que como vimos, al caer el Emperador, se le negó durante años.

100.000 francos en el testamento de Napoleón que nunca vio y que fueron cobrados por su hijo Hipólito después de su muerte.

Pobres recompensas económicas para un hombre que consagró su vida al bien de sus semejantes y a los heridos en los campos de batalla. Pero si las

recompensas materiales fueron escasas, las morales fueron extraordinarias; tuvo el reconocimiento del mundo entero.

Fue denominado “Providencia” o “Padre del Soldado”, como lo denominaba la tropa.

Napoleón lo consignó como el hombre más virtuoso que jamás había conocido.

De sus alumnos y colegas, al igual que sus enemigos en batalla, recibió el respeto y la consideración correspondiente a esa vida de dedicación, honestidad y elevada ética profesional.

La posteridad lo reconoció igualmente.

En esos años intensos y complejos que vivió Europa, especialmente Francia y que abarcaron el período de la Revolución, Directorio, Consulado y el Imperio, grandes instituciones se fundaron con carácter permanente en las ciencias, las leyes, las artes y la medicina. Larrey estableció para siempre un principio que salvó y sigue salvando vidas, y es el de la asistencia inmediata en el propio lugar, donde un hecho patológico súbito pone en grave riesgo de vida al paciente; así como de la importancia de un traslado rápido y apoyado, a un centro de tratamiento definitivo.

Cada vez que alguna persona sea médico o no, esté reanimando a un paciente en domicilio, en la calle o en la fábrica, sin saberlo, está salvando una vida gracias a las enseñanzas de Dominique Larrey, y brindándole un perenne homenaje.

In Memoriam:

Del Prof. Dr. Nelson Varela, con quien compartimos tantas horas de guardias y soñamos con un Sistema Nacional de Emergencia, para el URUGUAY.

G. R. B.

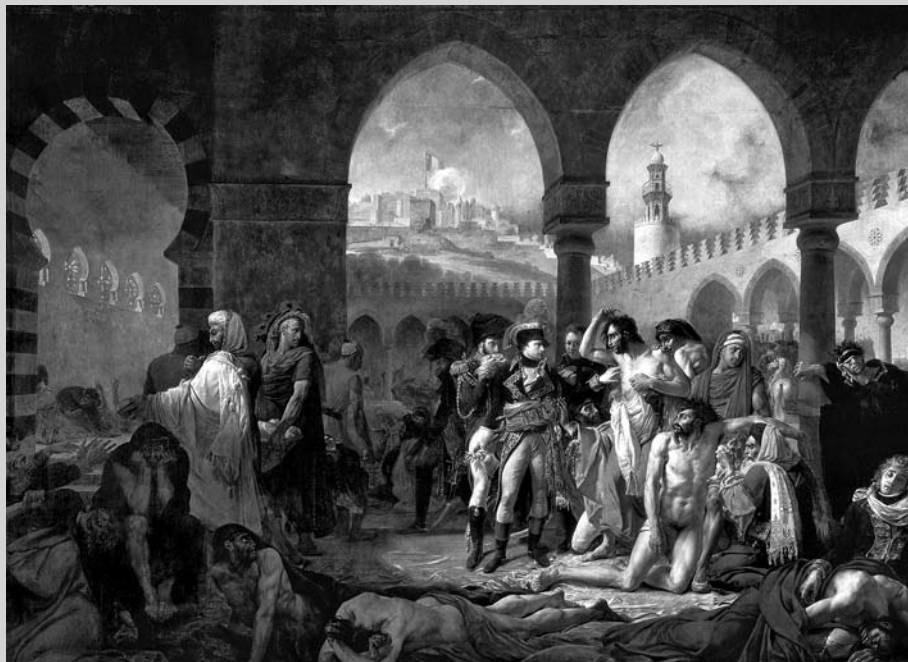
UNA APARENTE CONTRADICCIÓN

A. G. Chevalier publicó en 1941 un volumen⁷ que tiene algo que aclara la aparente contradicción que surge del texto de Ríos Bruno. Al respecto, dice:

Cuando se presentó en Jaffa la peste con especial violencia, los médicos se encontraron con nuevos problemas a resolver. Para mantener la moral de las tropas, Napoleón dispuso que la enfermedad no fuera llamada por su nombre. Ante todo había que cuidar de que los pacientes no creyeran en la posibilidad del contagio. Bonaparte que, como más tarde declaró en Santa Elena, estaba convencido de que aquellos que no tienen miedo a la enfermedad no son contagiados, dio por sí mismo el ejemplo de comportamiento

7 CHEVALIER, A. G.: Actas Ciba, No. 5, mayo 1941, pp. 127-135. Los problemas de sanidad en los ejércitos de Napoleón.

heroico. Cuando visitó en Jaffa a los pestosos, ayudó a Desgenettes⁸ a transportar un enfermo grave, y según cuenta un testigo, tocó los bubones pestosos de este enfermo, con el solo objeto de infundir valor a los soldados.⁹



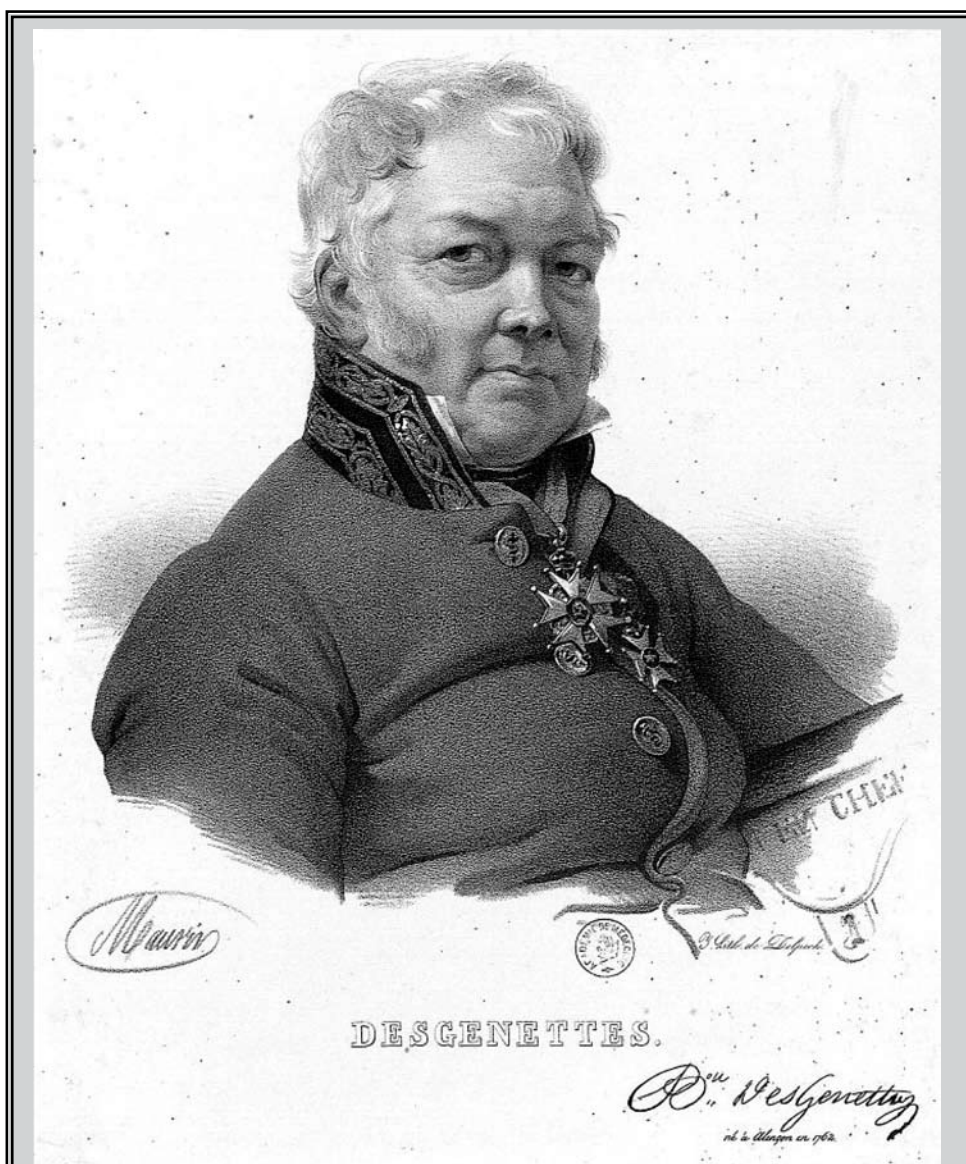
Antoine-Jean GROS, Bonaparte visitant les pestiférés de Jaffa (11 Mars 1799.), 1804 , Museo del Louvre, Paris

En cambio, la inoculación de la peste que parece ser que practicó Desgenettes en sí mismo, puede ser puesta en duda. Si bien Desgenettes en su “Historia del Ejército del Oriente” afirma que se inoculó el pus de un bubón de peste en la axila y en la ingle y que trató después dichas regiones con agua jabonosa sin observar consecuencias de ninguna clase, Larrey en su informe sobre la expedición al Oriente, declara que Desgenettes sólo contó su inoculación de la peste para animar a los soldados.

Larrey se daba cuenta de los peligros de contagio y comunicaba a sus cirujanos y médicos instrucciones exactas para su comportamiento. Ordenó que tanto éstos como el personal de asistencia llevaran un traje de hule o de tafetán engomado y en caso de

8 René-Nicolas DUFRICHE baron DESGENETTES (1762-1837) Médecin français de la Grande Armée <http://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/desgenettes.html> (Consultada el 28.03.2013). Hay una interesante biografía de este cirujano de Napoleón, que por error de la Comisión encargada de seleccionar los nombres, omitió incluir el suyo en *L' Arc de Triomphe de L'Etoile*. Lo que ante la protesta de su hijo fue finalmente corregido. Queda claro que no murió al inocularse con el germen causante de la peste bubónica *Pasteurella pestis*, como se afirma en el artículo de Ríos Bruno.

9 Jaffa (en hebreo Yāfō; en árabe Yāfā; en latín *Japho* o *Joppe*, esta última del griego antiguo *Joppa*; *Jope* en la Biblia en español) es una localidad de Israel, situada inmediatamente al sur de Tel Aviv, con la cual conforma, desde 1950, una misma entidad municipal, Tel Aviv-Yafo, dentro del distrito de Tel Aviv.



Carle Vernet - Baron Rene Nicolas Dufriche-Desgenettes (1762-1837)

no poder disponer de estas telas, de lienzo sólido impregnado con agua de vinagre. Además tenían que ir calzados con sandalias o zuecos embadurnados con trementina. La cara y las manos debían ser lavadas lo más frecuentemente posible con agua de vinagre. Los médicos y enfermeros tenían que llevar también máscaras de lienzo impregnadas en vinagre y antes de ir a visitar a los enfermos bebían café, vino o licores. Durante el tratamiento llevaban en la boca un trocito de canela o de corteza de quina. Al cambiar los vendajes, el médico debía evitar cuidadosamente rozarse la cama o los vestidos del enfermo. El cambio del vendaje había que efectuarlo con la mayor rapidez

posible y las vendas viejas, así como las hilas se quemaban acto seguido, los instrumentos se lavaban y se guardaban después en un lugar aireado. Antes de abandonar el hospital, el médico tenía que cambiar completamente su vestido y su ropa interior y lavar con agua de vinagre las partes de su cuerpo expuestas al aire.

Constantemente Larrey exigía extrema limpieza de sus médicos y del personal de asistencia, ordenándoles que llevaran el cabello corto y evitaran el uso de pieles y aún de lana, por parecerle que estas materias eran apropiadas para recoger “miasmas mortales”. Desaconsejaba los baños calientes y las habitaciones caldeadas, porque el calor hacía que los poros fueran más accesibles a los miasmas.

En aquel tiempo los médicos comprobaron el chocante hecho de que los portadores de jarros de aceite eran siempre respetados por la peste. Como explicación de ello se admitía que su cuerpo y su vestido se hallaban siempre recubiertos de una impenetrable capa de aceite. En consecuencia, Desgenettes ensayó las fricciones de aceite a título profiláctico y también en los que habían contraído ya esta enfermedad; Larrey, en cambio, no creía más que en la acción profiláctica. Este método resultó eficaz sin que pudiera explicarse el porqué. Hoy día sabemos que las pulgas de las ratas y humanas que son las trasmisoras de la peste, rehúyen en general un cuerpo friccionado con aceite.

En esta época, la peste era tratada en su estadio inicial con suaves vomitivos, bebidas sudoríficas y remedios antiespasmódicos y en los casos avanzados se administraba quinina y café. Los bubones se trataban con lociones emolientes, se abrían con el cauterio y después se recubrían con un apósito. Larrey declaró que con este tratamiento llegó a curar al principio una tercera parte y más tarde hasta dos terceras partes de los enfermos.

Muchos autores se han dedicado particularmente al estudio de los médicos y cirujanos de Napoleón,^{10 11 12 13} incluyendo a destacados médicos y académicos argentinos, aún en fecha reciente.

10 URIBURU, Julio Vicente (1911-2008): Los médicos y cirujanos de Napoleón y de sus ejércitos. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Talleres Gráficos Optimus, 1983.

11 De la Garza Villaseñor, L. Dominique Jean Larrey. La cirugía militar de la Francia revolucionaria y el Primer Imperio. Cirujano General, 26 (1), 59-66, 2004.

López Piñero, J.M.; Balaguer, E.; Ballester, R. La cirugía en el romanticismo. En: Laín, P. (dir.), Historia Universal de la Medicina. Barcelona, Salvat, vol. 5, p. 295-301, 1973.

Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine: An Illustrated History. Rawls W (Ed), New York, Harry N Abrams, Inc., 1978.

Marchioni, J. Place a Monsieur Larrey, chirurgien de la garde impériale. Paris, Actes Sud, 2003.

Pubblica Assistenza. Croce Bianca. 1797, nasce il moderno concetto di ambulanza e di automedicina: (http://www.brunero.it/pa_finale/1797.html). Consultada en junio de 2005. En: <http://www.historiadela medicina.org/larrey.html> (Consultada el 28.03.2013)

12 NESTOR, Phil: Baron Dominique Jean Larrey 1766-1842 – Article No. 990004: *Journal of Emergency Primary Health Care (JEPHC)*, Vol 1, Issue 3-4, 2003

13 ORIA, Alejandro y KOHAN, Gustavo: Dominique Larrey y una inolvidable amputación. *Rev Argent Resid Cir* 2009; 13(2): 62-64.

CAPÍTULO 6

LA MUERTE DE LEÓN GAMBETTA¹

I - La época

La historia de Francia en el siglo XIX presenta enorme interés, desde diversos puntos de vista. Para comprender mejor nuestro tema de hoy, es menester discurrir someramente sobre los acontecimientos que preceden a la actuación de nuestro personaje.

La Revolución de 1830 -coincidente con el comienzo de la República entre nosotros- había puesto en el trono a Felipe de Orleáns, primo del rey anterior, Carlos X. El nuevo gobernante promete a los franceses respetar sus derechos, pero poco a poco la situación se deteriora, aparecen los descontentos, los motines, los atentados, y se llega así a la Revolución de 1848, año en que ocurre lo propio en varios países de Europa. Cae entonces Luis Felipe. Sin embargo, durante su mandato Francia había prosperado: aparecen los ferrocarriles, se inventa la fotografía (Niepce, Daguerre), se hacen descubrimientos científicos, se tienden las primeras líneas telegráficas, se vuelve obligatoria la apertura de escuelas comunales. Todo esto se amplía aun más en la segunda mitad del siglo, época del cientificismo, del positivismo, del impresionismo, en que las letras, las artes y las ciencias tienen representantes de primera magnitud.

La Segunda República -de sólo cuatro años de duración- sigue al Segundo Imperio; se establece en 1848 con los hombres que han hecho la Revolución, que mediante el sufragio eligen presidente a Luis Napoleón, el

¹ El presente capítulo reproduce el artículo presentado por el Dr. Guaymirán Ríos Bruno (aspecto médico) y el Prof. Roberto Puig (h.) (aspecto histórico) a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, titulado Consideraciones sobre la muerte de León Gambetta. Comunicación presentada con ilustraciones en la sesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina celebrada el 18 de setiembre de 1984, y publicada en forma resumida posteriormente. El autor agradece al Prof. Roberto Puig Peronetti el haber facilitado el acceso a la versión completa de este texto.

cual, traicionando su famoso juramento republicano, impone la dictadura en 1851, haciendo para ello ocupar París por las tropas y la policía. Al año siguiente instaura el Imperio, autodenominándose Napoleón III.

Se hacen corrientes entonces la detenciones, los exilios, las proscripciones, como tantas veces ha ocurrido en la historia. Entre los exilados se cuenta, por ejemplo, Victor Hugo, que en la isla de Guernsey recibirá en 1867 a un joven oriental que acude a mostrarle sus versos, José Pedro Varela, en cuya tierra la Guerra Grande ha quedado atrás, y se vive el período de fusión, que desemboca entonces en el caudillismo y el principismo, y años después prohijará el militarismo finisecular.

En Francia la situación se mantiene relativamente incambiada a lo largo de una década, durante la cual abunda el trabajo, prospera el país y se va suavizando el régimen, que a partir de 1860 restaura las libertades conculcadas en 1851, y es testigo de la consolidación del sistema parlamentario liberal.

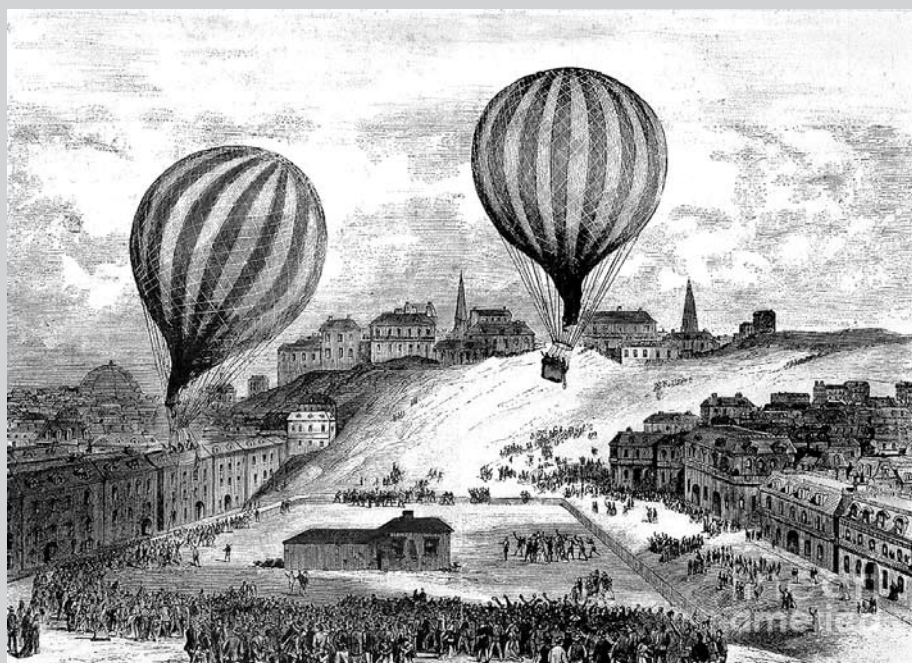
Francia, segura de sí, se ha lanzado ya a empresas ultramarinas de variada índole comercial y política; colonialismo, guerras de Italia, Crimea (y más tarde incluso China); ha intervenido en América del Sur (sus misiones llegan a nuestras costas durante la citada Guerra Grande, por ejemplo) y en América del Norte, con la aventura de Maximiliano de Austria, impulsada con fines económicos y políticos, que termina en 1867 con su fusilamiento ordenado por Juárez en Querétaro, del que Manet ha dejado una célebre tela de corte impresionista.

Al mismo tiempo, París se moderniza y embellece: el Barón Haussmann abre los grandes bulevares, y los visitantes acuden en mayor número a disfrutar de su atractivo; Lesseps construye el canal de Suez, inaugurado en 1869, dando la pauta de la técnica y del poderío francés.

LEÓN MICHEL GAMBETTA

Léon Michel Gambetta fue un político francés nacido en Cahors el 2 de abril de 1838 y fallecido en Ville-d'Avray (Altos del Sena) el 31 de diciembre de 1882.

Era hijo de emigrantes genoveses, por lo que no optó por la nacionalidad francesa hasta 1859. En su infancia perdió el ojo derecho por un accidente. A raíz de estos hechos sus padres lo enviaron al seminario de Montauban para que siguiera una carrera eclesiástica, cosa que no hizo,



pues se licenció en Derecho en París y fue abogado y periodista. Su carrera política la inició el 14 de noviembre de 1868 como abogado defensor del periodista republicano Charles Delescluze, acusado de haber realizado una suscripción pública en su periódico para erigir un monumento a Jean-Baptiste Baudin, diputado de la Segunda República muerto en diciembre de 1851 en una barricada.

Masón y republicano intransigente con el Imperio, se opuso a Napoleón III. En 1869 concurrió a las elecciones generales por París (contra Carnot) y por Marsella (contra Thiers). Elaboró un programa radical basado en el sufragio universal, la supresión de los títulos nobiliarios, la elección de los funcionarios, la supresión de los ejércitos permanentes, la separación Iglesia-Estado, la abolición de los monopolios, y numerosas reformas económicas y sociales. Fue elegido diputado en ambos distritos (finalmente tomó el escaño por Marsella) y dirigió a los republicanos radicales.

En 1869 y 1871 fundó las publicaciones *La Revue Politique* y *La République Française*.

Tras la batalla de Sedan y la derrota de las tropas imperiales francesas a principios de septiembre de 1870, tuvo un papel destacado junto a Jules Favre en la proclamación de la III República, y luchó para salvar París. Del 4 de septiembre de 1870 al 6 de febrero de 1871 fue ministro de Interior y

de la Guerra en el gobierno de defensa nacional. Se encontraba entre los líderes legalistas, partidarios de establecer la república ordenadamente. El 7 de octubre abandonó París, sitiado por las tropas prusianas, **en globo**, para reunirse con el gobierno provisional refugiado en Tours. Desde allí intentó proseguir con la guerra, coordinando compras y reclutamientos para levantar el sitio de París. Sin embargo el enemigo se acercó a Tours y el gobierno se retiró a Burdeos en diciembre. En Lyon y en el sur los revolucionarios desbordaban a Gambetta, mientras que los conservadores querían la paz a toda costa. El 29 de enero de 1871 Jules Favre firmó un armisticio con Bismarck. Gambetta no aceptó las condiciones de la paz y llamó a reemprender la lucha en el resto del país. Fijó las elecciones generales para el 6 de febrero de 1871.

Del 8 de febrero al 1 de marzo de 1871 fue diputado por el departamento del Bajo Rhin, en Alsacia. Abandonó la asamblea por la cesión de Alsacia y Lorena a Alemania, y como protesta se retiró a San Sebastián (España) donde permaneció unos meses. Reelegido en julio de 1871 por el departamento del Sena, apoyó a Thiers frente a los monárquicos. Dirigió la unión republicana basada en la pequeña burguesía, pero más tarde se unió a los republicanos centristas y votó la constitución de 1875.

Fue presidente de la Asamblea Nacional francesa (1879-1881) y fue jefe de gobierno y ministro de asuntos exteriores del 14 de noviembre de 1881 al 27 de enero de 1882.

Fue un gran orador de ideas democráticas y anticlericales, y tuvo gran influencia sobre los gobiernos republicanos de finales del siglo XIX y principios del XX.

II – León Gambetta

A todo esto, en tiempos de Luis Felipe había nacido, el dos de abril de 1838, en Cahors, pequeña población de Lot, al sur del país, León Gambetta, hijo de Giuseppe Gambetta, almacenero de origen judío genovés, y de Orasie Massabie. Educado en la escuela católica de Montfaucon y en el liceo de Cahors, se traslada luego a París a estudiar y pronto a ejercer la abogacía, para lo cual contaba con la fuerza, la tenacidad, la elocuencia y la simpatía de la gente mediterránea, unidas al talento. Allí, particularmente desde 1860, arreciaba la oposición a Napoleón III, cuya salud decaía al mismo tiempo que su régimen (padecía de cálculos vesicales, que alguien llegó a atribuir, no sabemos con qué fundamento, a sus excesos sexuales) (!!).

Gambetta hace periodismo político (más adelante fundará su diario, *La République Française*, en 1871), y se va haciendo conocer como defensor de los republicanos perseguidos.

El “affaire Boudin” fue su gran espaldarazo, en 1868. En un juicio por delito de imprenta le tocó defender a Louis Charles Delescluze, director de *Réveil* y futuro incendiario de la Comuna, perseguido junto con otros siete periodistas por haber abierto una suscripción para erigir un monumento a la memoria de Jean-Baptiste Boudin, médico y diputado abatido en las barricadas el 3 de diciembre de 1851 (probablemente de manera mucho



más prosaica de lo que sostiene la tradición, según la cual también lanzó al morir -cosa no comprobada- aquel célebre grito de “He aquí cómo muere uno por 25 francos al día”), pero que se convirtió, tras la versión de la muerte sublime, en el símbolo de la democracia, cuyo nombre se difundió como grito de guerra de los republicanos.

La oratoria decisiva y contundente de Gambetta, siempre fogosa, le convirtió -puesto que no se limitó a hacer una defensa judicial- en un temible adversario del Imperio; y a la vez que ese proceso, éxito inicial de su carrera de abogado, marcó su entrada definitiva en la política, le aportó dos nuevas constantes para su vida: la celebridad y el amor de Mme. Léonie Léon. Esta mujer, que al principio habría de seguir asiduamente las sesiones del Cuerpo Legislativo y la Asamblea de Versailles, donde Gambetta ya era ciudadano ilustre, tuvo oportunidad de conocerlo personalmente en un encuentro ocurrido al azar, en casa de amigos comunes, tiempo después. Diversas alternativas tuvo el romance, que por ciertos inconvenientes no podía concretarse en matrimonio: ella era católica practicante, no obstante su ascendencia judía, y no admitía una unión que no fuera celebrada ante

la Iglesia; él era anticlerical reconocido, y no admitía arrodillarse ante el sacerdote para pronunciar el sí sacramental.

Mas no nos adelantemos. Gambetta se presentó a elecciones en 1869, en París y Marsella, y obtuvo un cargo de diputado; pero su contacto con los obreros del barrio parisino de Belleville había de ser decisivo para su gestión, porque orientó su programa radical en forma positiva y sensata. Trastornos de salud, que más tarde se agravarían, le alejaron temporariamente de la Cámara, pero en 1870 volvió a ocupar su escaño y asumió el liderato de los oponentes al Imperio, aun del “imperio liberal” preconizado por Émile Ollivier. Para ese entonces, el panorama europeo comprendía también un estado que había ido fortaleciéndose y militarizándose, la Prusia de Bismarck, con la cual Francia había de chocar muy pronto.

Gambetta se opuso a las medidas que acarrearían la guerra con esta potencia, pero una vez comenzada la misma, urgió su cumplimiento.

El cuatro de setiembre de ese año llegaron a París las noticias de la derrota de Sedán y de la capitulación del Emperador. Gambetta luchó entonces por mantener la autoridad del cuerpo legislativo, y leyó desde la tribuna una fórmula de deposición que fue ruidosamente vitoreada. En el Hôtel de Ville (Municipio) los diputados radicales dirigentes establecieron entonces un gobierno provisorio de Defensa Nacional, en el que Gambetta fue elegido Ministro del Interior. Ésta era una medida popular de la capital, que permitía reclutar nuevos contingentes militares y proseguir la lucha en las provincias. Así, en Tours se constituyó una delegación con ese fin; en Tours, porque París estaba rodeada y sitiada. Gambetta, dada la situación, dejó esta ciudad nada menos que en **globo aerostático**, en esos primeros días de setiembre, y sobrevolando las líneas enemigas se dirigió a Amiens, hacia el norte, para proceder luego hacia Tours, en dirección opuesta, donde asumió el gobierno de la Francia no ocupada dispuesto a hacer la llamada “guerra del pueblo”. A pesar de sus esfuerzos, se firmó el armisticio el 1º de enero de 1871, que entregaba Alsacia y Lorena a Alemania, con el agregado de una reparación pecuniaria. Al día siguiente, en la Galería de los Espejos en Versailles, Bismarck proclamaba el Imperio Alemán. Cuando se ratificaron los términos de paz, Gambetta, en disidencia, optó por dimitir. La victoria, como admitió tristemente, no podía improvisarse.

Caído Napoleón III, la Asamblea Nacional eligió en febrero de 1871 a Adolphe Thiers como presidente, con apoyo de los monarquistas, no tanto por serlo sino por manifestarse partidario de la paz; los republicanos querían continuar la guerra. Gambetta proclamó, por su parte, que no aceptaría

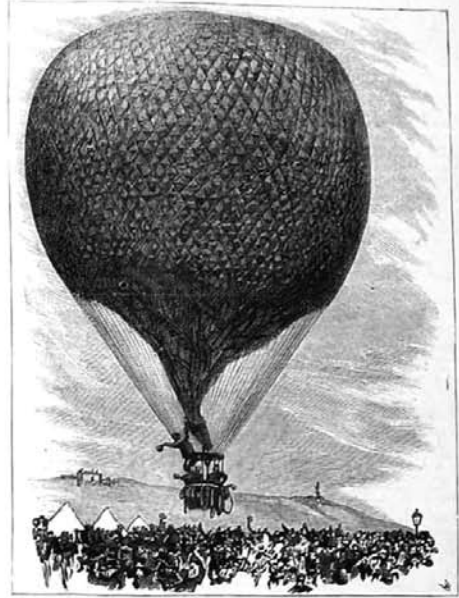
JAN. 6, 1883

THE GRAPHIC

21



M. GAMBETTA PROCLAIMING THE DEPOSITION OF NAPOLEON III. AND THE ESTABLISHMENT OF THE REPUBLIC FROM THE HOTEL DE VILLE, PARIS, SEPT. 4, 1870



M. GAMBETTA LEAVING PARIS FOR THE PROVINCES IN A BALLOON, OCT. 8, 1870



M. GAMBETTA AT TOURN, NOVEMBER, 1870, HARANGUING THE SOLDIERY



M. GAMBETTA AT THE FUNERAL OF M. THIERS, SEPTEMBER 8, 1877

THE LATE M. LÉON GAMBETTA

la ficción de una república gobernada por monárquicos. Pasa entonces la primavera en San Sebastián, España, y durante su ausencia estalla en París el sangriento levantamiento de la Comuna (marzo-mayo del '71), que fue sofocado a sangre y fuego por Thiers, y que había sido motivado por los rigores del sitio, la miseria, las reivindicaciones y la defensa de grupos obreros y populares ante la situación de desamparo en que los dejaba algunas medidas de la Asamblea, como la supresión del sueldo de la Guardia Nacional Popular y la exigencia del pago de deudas, y también por la falta de trabajo, la escasez, el hambre –llegaron a verse algunos restaurantes platos hechos con carne de los animales saqueados al zoológico-, así como las diferencias de actitud entre monárquicos y republicanos en cuanto al gobierno, conducción y secuela de la guerra. Influían también aquí ideas nuevas de un marxismo incipiente. Movimientos semejantes, en menor escala, igualmente aplastados por las tropas gubernistas, ocurrieron en Lyon, Marsella, Saint Étienne.

Elegido nuevamente en la Cámara en julio de 1872, actuó Gambetta en la izquierda republicana (“La era de los peligros ha pasado, comienza la era de las dificultades”), retomando su crítica a Thiers –que lo calificaba de “loco furioso”- el cual, tras un gobierno impopular, cayó a su vez en mayo de 1873, en que fue reemplazado por MacMahon, candidato de la derecha conservadora e intransigente. Otras elecciones en la Cámara fueron variando la composición política de ésta, aumentando el número de republicanos, logrando finalmente el partido de Gambetta la mayoría en el recinto (“Cuando Francia haya hecho sentir su voz soberana, habrá que someterse o renunciar” - 1877).

Ahora pudo éste defender mejor y más libremente a la República contra todos los arbitrios desplegados para desvirtuar su naturaleza. Cuando los republicanos, a su vez, obtuvieron asimismo la mayoría de las bancas del Senado, en enero de 1879, MacMahon se vio forzado a dimitir, momento en que es elegido tercer presidente de la Tercera República Jules Grévy. Es entonces que Gambetta se convierte –el 31 de enero de 1879- en presidente de la Cámara de Diputados.

Son éstos también años de exaltación patriótica: en 1880 se celebra por primera vez el 14 de Julio como fiesta patria, y se oficializa la Marsellesa. Tiempo después, el 24 de noviembre de 1881, le llega, así, a nuestro biografiado, la oportunidad de formar un ministerio, y presidir el Consejo. Pero ocurre que éste es la pálida sombra del que pudo haber formado años antes, porque excluía a algunos de sus más eminentes colegas, y su obra es forma-

lista. Es derrocado el 27 de enero de 1882, por su proyecto de Constitución, con su ambicioso programa de reformas incumplido.

Las críticas recibidas, no sólo en lo político –que partían de Ferry, de Clemenceau, y de la unión centro-izquierda– sino de la Iglesia, que lo estigmatizaba siempre –dolida ahora por la expulsión de los jesuitas en 1880, y que no le perdonaba su laicismo y su vida de pecado (no se había casado todavía –cosa que finalmente, aunque no por Iglesia haría) con Léonie Léon, compañera de más de una década, que habría de sobrevivirlo casi un cuarto de siglo)– aparejaron su alejamiento, esta vez definitivo, del cargo y de la política activa.

Curiosamente, Gambetta logró menos durante sus dos períodos en el poder que durante sus largos años en la oposición. Su fe en la sabiduría del sufragio universal, y en la cordura del pueblo corrió pareja con su ferviente patriotismo. Si bien cosechó fama por su oportunismo –que lo alejó de la izquierda– y por la demagogia –que le incriminaron los conservadores–, a pesar de sus humanos errores tuvo el mérito de devolver a Francia el sentimiento de su fuerza, después de su caída en 1870; abrió el camino hacia una restauración moral; logró adeptos a los ideales republicanos; fundó un partido eficiente, la Unión Republicana; fomentó una república parlamentaria con cierto sentido conservador, pero anticlerical y progresista a la vez; defendió la enseñanza pública y laica; enaltecó la cultura. Tuvo la valentía de decir las cosas frente a frente, el colmo cuando dirigiéndose a Napoleón III le manifestó enérgicamente que no le perdonaría el haberle quitado las libertades al pueblo en 1851.

El resultado de sus fracasos fue un sistema partidario frágil, que debilitó el gobierno democrático, pero el fruto positivo de sus afanes fue la consolidación de la democracia parlamentaria en Francia, con la unidad nacional como telón de fondo.

III – Una muerte enigmática

Después del episodio de enero de 1882, Gambetta decidió retirarse a un lugar apartado, abrigo silencioso y apacible, lejos de la agitación del mundo, anterior residencia de otro francés célebre: Balzac. Allí, en el pabellón de Les Jardies, en la Ville d'Avray, cercana a París, propiedad que acababa de adquirir en junio, habría de pasar breves momentos de felicidad junto a Léonie en el que debía ser el último año de su vida. Ese retiro estaba destinado, sin embargo, a ser testigo de un drama que a más de un siglo de dis-

tancia sigue suscitando inquietudes y opiniones discordantes, y permanece inexplicado, o quizás inexplicable.

A los 44 años, Léon-Michel Gambetta Massabie había recorrido todos los estadios de la carrera política y conocido la ebriedad del poder. En ese año de 1882 había comenzado su declinación; probablemente su prematura muerte le evitó ulteriores desilusiones o derrotas ... o tal vez ¿quién sabe? Hubiera podido, con un vuelco de la suerte, escalar nuevas cimas. Sólo conjeturas caben aquí, naturalmente.

A esa altura de la vida nuestro biografiado era corpulento, barbado, de frente despejada, sienes agrisadas, habitualmente descuidado en su atuendo -aunque no tanto como antes-, con la corbata mal anudada y los pantalones embolsados. Tuerto desde su infancia, debido a un estallido del globo ocular derecho producido por una esquirla metálica en Cahors, compensaba esa falta de dones físicos con la nobleza de los rasgos heredada de su doble ascendencia ligur y provenzal, y el encanto de una voz cálida, vibrante, que atraía irremisiblemente a las multitudes y dejaba profunda huella en la sensibilidad femenina. Había sufrido altibajos en su salud, como acotábamos anteriormente, que no le habían impedido mayormente su labor en los grandes momentos. Era algo supersticioso por temperamento, y consideraba a ese año de 1882 -en que también había ocurrido inmediatamente después de su último discurso en la Cámara, pronunciado el 18 de julio, el fallecimiento de su madre- como nefasto. Deseaba fervientemente que tocara a su fin, preocupación que fue creciendo a medida que transcurrían los meses. Le habían predicho también que moriría a manos de una mujer; pero esto, sin embargo, no le preocupaba, porque, de no tratarse de una *communarde* a destiempo, al no tener aventuras galantes, quedaba sólo Léonie, cuyo amor, no obstante algunas pequeñas diferencias aquí y allá, le evitaba toda inquietud al respecto. Y ésta, al cabo de tanto tiempo, iba a acordarle oficialmente su mano, y convertirse en su legítima esposa bajo la ley civil. Al año siguiente, más sereno y con renovadas fuerzas, vería de seguir la carrera pública.

Por otra parte, Léonie no sólo era su compañera en determinados momentos en Les Jardies (hasta su matrimonio él continuaría ocupando su departamento en la Rue Saint-Didier, y ella, por conveniencia, viviría oficialmente en su propia casa); le aconsejaba a veces en materia política, sobre todo cuando Gambetta, contrariando sus anteriores actitudes, procuró un acercamiento con Bismarck -incluso se trasladó a Berlín para entrevistarlo-, debido en parte a la influencia de una pareja de diplomáticos alemanes, el Conde Henkel von Donnersmarck y su hábil esposa, de apellido Paiva, muy

probablemente espías del canciller alemán, que Léonie frecuentaba. Pero llegado el año 1882, los achaques físicos se habían hecho más constantes; la fatiga era mayor; la diabetes y el asma influían también; la garganta le molestaba mucho. Pero, sobre todo, la inflamación intestinal crónica le quitaba reposo y tranquilidad, y todo ello había contribuido a envejecerlo prematuramente. En su nueva casa de Les Jardies, Gambetta gustaba de practicar la jardinería y tirar al blanco para distraerse, arte éste que, sin duda, no dominaba; le había comprado dos pistolas a ese efecto, al armero Claudin.



Llegamos así al 27 de noviembre. Por la mañana. Recibió Gambetta la visita del Gral. Thoumas, con el que conversó una hora en la planta baja, lamentando al despedirse, que no se quedara a almorzar. Léonie descansaba en su cuarto, presa de una neuralgia facial, según había mandado decir.

De acuerdo con la versión de los criados y el cochero, se oyó luego, de pronto, un disparo, seguido de pasos apresurados en la escalera, y gritos de espanto proveniente del salón. Muy pálido, delante de Léonie enloquecida, Gambetta agitaba una mano ensangrentada. La pistola de Claudin yacía en el suelo.

Él la consolaba -llamándola, como en los momentos de ternura, familiarmente, “mignonne”- diciendo que se trataba sólo de un rasguño, producto de un disparo torpe -resultado de su habitual falta de habilidad- al querer cambiar una bala atascada en el tambor.

Los sirvientes secundaron esa versión, aunque nada prueba que Léonie se hallara en su cuarto al ocurrir la detonación. La cocinera la halló de pie junto al herido, exclamando “¡Qué he hecho, Dios mío, soy yo la que le ha matado!”

La herida no era, evidentemente, “un rasguño”; parecía profunda, en la palma de la mano derecha, que sangraba copiosamente. ¿Cómo explicar la

desviación anormal del proyectil sobre el brazo, a estar a la descripción del hecho que dio la víctima?

Una hora después, tras ser visto por dos médicos de las inmediaciones, llegó de París el Prof. Lannelongue, que parece haber acogido con escepticismo la explicación del herido. Por discreción, no insistió, pero, de acuerdo con otros colegas, recomendó a Gambetta que guardara cama. Al día siguiente, la prensa se ocupó extensamente del asunto, aunque minimizando su importancia. Sólo un diario, *L'Intransigeant*, discordantemente, sugería la hipótesis de un intento de suicidio de la Sra. Léon, que su compañero había querido impedir. Y agregaba, en tono de chanza, “Cuando se ve cuántos médicos precisa Gambetta por una herida de pistola en la mano, uno se pregunta qué le haría falta a un rey por un estallido de obús”.

Pronto cundieron otras hipótesis: celos, escenas violentas entre la pareja. Se dijo que Gambetta había obtenido repentinamente pruebas de una colusión criminal entre Léonie y los agentes espías Donnersmarck, sobre todo a través de su vinculación con la Paiva. De ser así –y existen argumentos suficientes para creerlo– y de haberles suministrado Léonie informes traidores a Francia (quizás más sonsacados que ofrecidos consciente o interesadamente), el drama tendría una base de verosimilitud: al saberse descubierta, habría intentado autoeliminarse, disparándose una bala al pecho; y al intentar desarmarla, Gambetta se había herido a su vez (ello explicaría razonablemente la exclamación de “¡Soy yo la que le ha matado!”). Estas suposiciones, que la malevolencia y la pasión política debidamente aprovecharon, no tuvieron entonces confirmación directa, puesto que la relación entre los futuros cónyuges no reflejó nada de ello posteriormente.

No obstante, el pronto deceso de Gambetta, apenas un mes después, dio mayor pábulo a tales conjeturas, y surgieron, por añadidura, otras variantes, con o sin fundamento: se llegó incluso a hablar de dos disparos: uno en el abdomen, y otro en la mano. ¿No sería el primero causa de la muerte, con lesión de intestino? Las hipótesis cundían, y los boletines médicos, sin embargo, eran tranquilizantes, en general. Pero el estado del paciente empeoró durante el mes de diciembre. Como otro detalle que agravaba ante el público el daño sufrido, los facultativos insistían en que aquél guardara cama, tratamiento no justificado para una simple herida de mano, y poco indicado para un individuo de tal temperamento.

Una salida prematura del enfermo, que había estado tantos días postrado, fue aparentemente una imprudencia. Habiéndose sentido bien al volver,



Léon Gambetta en su lecho de muerte.

rato después, no obstante, transido de frío y con temperatura, Gambetta debió acostarse, aquejado de intolerables dolores de vientre.

Cerca de Navidad se advirtió cierta leve mejoría, al parecer. Léonie, siempre a su lado, lo cuidaba tiernamente, desmintiendo así la tesis de un desacuerdo, aunque pasajero, entre ambos. Pero ocurren nuevos síntomas: esta vez trascendió que los médicos diagnosticaron peritiflitis, hoy quizás diríamos apendicitis (término no corriente todavía), mal que la cirugía de la época no se decidía a operar. La prensa informaba diariamente, sobre la base de los partes médicos, acerca del estado del hombre público, y de las consultas, en que intervienen nada menos que los doctores Trélat, Charcot, Verneuil, Lannelongue, Fieuzal, Siredey, GillesA pesar de ello, la verdad no trasciende, porque ello presupondría trasmitirla de manera indirecta al ilustre paciente, ávido lector de diarios.

Más frecuentemente día tras día, Gambetta, obsesionado por el trascurso del año, preguntaba cuánto faltaba para terminarse. El domingo 31, después del agravamiento del día anterior, tras inquirir la hora, cerca de medianoche, susurra sus últimas palabras: "L'année?finie ... l'année...?"

Exhaló su postrer suspiro unos pocos minutos antes de las campanadas que anunciaban el nuevo año. Léonie Léon, cuya existencia había sido un perpetuo intento de pasar inadvertida, le sobrevivió hasta el mes de diciembre de 1906.

Ville d'Avray se ensombreció con el duelo. El entierro de Gambetta, a expensas del Estado, fue una demostración de pesar pocas veces vista. Sus restos se trasladaron a Niza, y su ciudad natal le levantó un monumento en 1884; lo propio hizo París en 1888.

IV – La muerte de Gambetta considerada desde el punto de vista médico.

Como acaba de decirse, León Gambetta fue herido de bala en la mano derecha en su residencia, el día **lunes 27 de noviembre de 1882**, alrededor del mediodía, padeciendo ya problemas de salud de larga data. Queda la incertidumbre de si fue lesión autoprovocada o no, o de otra índole, detalle que interesa más al historiador o al biógrafo que al hombre de ciencia.

Pero, a diferencia de lo que aún siguen sosteniendo muchas versiones publicadas (enciclopedias, datos biográficos sucintos, etc.), la causa de la muerte no fue la herida de arma de fuego, sino un proceso abdominal que, curada prácticamente aquélla, fue objeto de total preocupación y atención de los facultativos, y que culminó fatalmente el último día del año 1882.

Veamos, someramente, entonces, el aspecto médico de los hechos.

a) Descripción de la herida de bala

Orificio de entrada del proyectil: palma de la mano derecha, de forma circular, inmediatamente dentro de la eminencia tenar.

Orificio de salida: en el antebrazo, en la unión del borde interno de la cara dorsal, a 5 cms sobre el apófisis estiloides del cúbito.

El trayecto entre ambos orificios mide en línea recta 13 cms, y va de abajo a arriba, de afuera hacia adentro de adelante a atrás; no sigue el eje longitudinal del miembro, sino que lo corta oblicuamente.

En el momento del disparo, la mano derecha estaba en pronación forzada y flexionada sobre el antebrazo. Clínicamente, la dirección del trayecto indicaba que el proyectil debió entrar directamente bajo la aponeurosis palmar y seguir el canal radiocarpiano hasta la salida. Pudo haber alcanzado el pisiforme, el hueso ganchoso y el cúbito, y las articulaciones de estos huesos



y del puño. En la parte antebraquial del recorrido, la bala siguió la dirección de la arteria cubital y la cruzó muy oblicuamente.

En resumen: según la autopsia lo reveló posteriormente, el proyectil -calibre 32 (9 mm de largo por 6 mm de espesor) abrió las vainas de los flexores en medio de la palma y recorrió toda la cavidad hasta su extremo antebraquial. En este trayecto, el tendón superficial del índice fue ligeramente alcanzado; se atravesó el tendón superficial del medio; los tendones profundos del medio y del anular, entre los cuales la bala recorrió 2 cms, fueron lesionados en su superficie y quedaron contusos. Antes de penetrar en esta vaina el proyectil cortó la arcada vascular superficial; al salir, tocó ligeramente la arteria cubital y cortó parcialmente el nervio cubital.

b) Tratamiento inmediato

Inmovilización de la mano, protección, apósito fenicado y aislamiento de toda visita.

c) Evolución

Fue asistido por Lannelongue, Siredey, Fieuzal (amigo personal, además), Gilles y Guerdat; lo cuidaron tres internos del hospital. El enfermo hace temperatura. Está, a la vez, muy resfriado y con tos. Es constantemente

atendido y vigilado. La mano, edematosa; poco a poco va cediendo la tumefacción; los dolores son intermitentes. Se prescribe un régimen alimenticio estricto, y se le hacen análisis de orina. Se le administra morfina en algunas ocasiones, y cloral para aliviar el dolor. En los días siguientes es continuamente visitado por varios facultativos. No mueve el vientre hasta tres días después de la lesión. Se le prescribe un preparado de glicerina.

Domingo 3 de diciembre – Consulta con los Dres. Verneuil, Trélat y Siredey, Fieuzal, Gilles, Guerdat y Lannelongue.

Se divulga al público este boletín: “El estado de M. Gambetta es absolutamente satisfactorio desde todo punto de vista; su salud en general no deja nada que desear, y la herida evoluciona hacia la curación”.

4 de diciembre – El enfermo ha descansado plácidamente; evacua bien el vientre.

5, 6, 7 de diciembre – Sin novedad particular.

8 de diciembre – La herida ha mejorado felizmente, pero el enfermo se queja de distensión abdominal producida por gases; se le indica un purgante.

9 de diciembre – Siente las mismas molestias gástricas e inapetencia. El estado general es bueno; temperatura y pulso normales.

Domingo 10 de diciembre – Se acentúan las molestias abdominales. Le duele el flanco derecho desde la noche anterior, lo cual le impide el sueño. La lengua está saburral. Charcot lo ve y le prescribe un lavaje. Hay dolor abdominal a la palpación profunda en flanco y región lumbar derecha.

11 de diciembre – La cara está congestiva; lengua saburral, inapetencia absoluta. Se indica purgante de magnesia.

12 de diciembre – Moviliza el intestino con el purgante. Se encuentra mejor, descansa en un sillón.

13 y 14 de diciembre – El enfermo mejora, se pasea por la casa. La herida de la mano mejora sensiblemente.

15 de diciembre – Recrudescen las molestias abdominales. Como hace buen tiempo, acompaña a sus médicos hasta le verja del jardín, lo cual le sienta bien.

16 de diciembre – Escalofríos; aumento de temperatura, que llega casi a 40°: sufre violentos cólicos abdominales. El vientre está algo tenso. Igualmente, sale a pasear en coche, pero a la vuelta, después de sentirse bien un rato, vuelve a experimentar un calor intenso, escalofríos y gran aumento de temperatura: 40°. A la palpación del flanco derecho, siente dolor abdominal agudo.

17 de diciembre – Se comprueba un empastamiento doloroso de fosa iliaca derecha. Siredey piensa en una tiflitis, descartando toda posibilidad de complicación torácica.

18 y 19 de diciembre – Siguen los chuchos de frío, con temperatura. Persiste la fatiga, así como la tumefacción abdominal anterior.

20 de diciembre – El enfermo está bastante tranquilo. La consulta con los Dres. Siredey y Lannelongue se centra en el abdomen. La orina es casi límpida; no hay restos de pus en las evacuaciones. Se repiten los escalofríos. Por primera vez se habla de la posibilidad de una perforación extraperitoneal del intestino como causa inicial del proceso, motivada por un cuerpo extraño venido del intestino. El cuadro parece algo atípico. Lannelongue hace entonces un dibujo de las posibles lesiones que suponía existieran, mostrando los sitios de perforación apendicular.

21 y 22 de diciembre – El enfermo presenta un balonamiento ventral, continuando el estado séptico.

23 de diciembre – Consulta con Charcot, Siredey y Lannelongue. El enfermo tiene una fisonomía favorable, en general; la lengua está húmeda, el vientre menos distendido. Charcot es de opinión de que se trata de una peritiflitis primitiva que se propaga sobre el colon, y habla de pericolicitis concomitante. Lannelongue, a diferencia de sus colegas, sería partidario de operar. Se emite para la prensa un boletín médico favorable, que el propio Gambetta leería, como les consta a los médicos.

24 de diciembre – Sin mayores variantes.

25 de diciembre – El proceso abdominal se ha extendido, tomando el flanco y la fosa ilíaca derecha.

26 de diciembre – El paciente se agrava; se agudiza el empastamiento ventral. Aparece una sensibilidad cutánea abdominal anormal.

27 de diciembre – El enfermo siente dolores superficiales en el flanco, en la raíz del miembro inferior derecho y hasta la rodilla; es muy dolorosa la flexión de dicho miembro.

28 de diciembre – Consulta con Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Fieuzal y Lannelongue. La existencia de una peritífritis es incontestable; debe descartarse toda otra hipótesis. Las posibilidades de supuración en torno al intestino grueso son muy grandes. Se descarta asimismo toda intervención quirúrgica por el peligro que aparece, sin garantía de éxito, contrariando por segunda vez la opinión de Lannelongue, el cual es radiado por sus colegas al no compartir el punto de vista mayoritario.

29 de diciembre – La lengua está seca; por primera vez, la piel está fresca, el balonamiento del vientre sigue siendo pronunciado; el paciente hace dos evacuaciones en el día. El examen local revela una erisipela muy extendida de pared abdominal y del tronco del lado derecho, desde el ángulo inferior de omóplato hasta la raíz del muslo.

30 de diciembre – Aparecen los delirios. El enfermo está ya indiferente a todo. Concuerdan los facultativos en que no se podría operar, aun de desearlo, como había sido el propósito de Lannelongue. No obstante, para no alarmar indebidamente, dictan un boletín tranquilizante y favorable para la prensa, que, igual que los anteriores, parecerá inexplicable a los futuros biógrafos, en virtud de la real condición del paciente.

Domingo 31 de diciembre de 1882 – Después de una noche tranquila, reaparece el delirio, intermitentemente. Un fuerte hipo afecta a Gambetta durante unos momentos. La depresión se ha acentuado. Hasta las 16 horas, el paciente no da señales de sufrimiento. El rostro adquiere un tinte ligeramente violáceo. La boca está muy seca; las manos, frías; el pulso se vuelve irregular. El estado del vientre parece incambiado: la erisipela casi ha desaparecido. De noche se multiplican los síntomas alarmantes. El enfermo responde hasta cerca de las 23 horas, hablando débilmente. La muerte llega sin sobresaltos a las 23 y 55.-

d) Autopsia

Tuvo lugar el 2 de enero siguiente, a las 9 y 30 horas. Al parecer la practicó el Dr. Cornil, con asistencia y/o en presencia de los Dres. Bert, Brouardel, Charcot, Trélat, Verneuil, Lannelongue, Liouville, Siredey, Duval, Fieuzal, Laborde, Guerdat, Gilles y Gibier. Se efectúa la disección del miembro superior. El cráneo y el tórax no presentan particularidades. En el abdomen hay un discreto exudado seropurulento en zona declive. Se

comprueba un absceso retrocecal, con invasión de grasa perirrenal y del tejido celuloso de la fosa iliaca derecha. Se revela una apendicitis retrocecal ascendente doblemente perforada.

Durante la autopsia se hizo extraer el confluente íleocecal para ser examinado cuidadosamente por Cornil en lugar y circunstancias más propicias. Lannelongue, estando en Valmont, recibe las cartas de Siredey y Cornil en que se describen las lesiones halladas.

Es de hacer notar que Lannelongue había hecho hacer por Collin, ya a los pocos días de haber visto al paciente, una sonda acanalada especial, dado el volumen del abdomen del enfermo, porque su táctica era intervenir por vía lumbar, extraperitoneal; sus propósitos fueron rechazados, sin embargo, en las consultas de los días 23 y 28. Debe señalarse, como antecedente personal, que, según testimonio del padre, Gambetta hizo a los 11 años de edad un cuadro doloroso de fosa iliaca derecha, de extrema gravedad, que duró 32 días.

Luego de la muerte del paciente, Lannelongue, sobre la base de esta experiencia, opera dos pacientes en condiciones similares y les salva la vida.

V – Consideraciones finales

El ejemplo que se acaba de describir ilustra un hecho histórico de trascendental importancia en la historia de la patología abdominal, que es la etapa de transición, con su choque característico, entre dos escuelas: la clásica, que consideraba que el foco inflamatorio fundamental era cecal y atribuía a tales cuadros como origen una tiflitis –hablándose de “estado ataxoadinámico” cuando el enfermo moría en sepsis como consecuencia de la evolución de un foco supurado intraabdominal-, y la escuela renovadora de la época, representada en este caso por Odilon-Marc Lannelongue, que seguía las huellas de una serie de investigadores que muchos años antes habían ya comenzado a sospechar que el fenómeno causante de estos cuadros era una supuración del apéndice. Mestivier, en 1759, en un paciente fallecido de fiebre ataxoadinámica, encontró pus en el abdomen y una perforación del apéndice por un alfiler, en una necropsia. Jadelot en 1814 halló en un caso similar el apéndice lleno de áscaris. Melier en 1827 describe las lesiones del apéndice, y dice: “... si se encontrase el modo de diagnosticar con certeza estas lesiones y si estuviesen bien circunscritas, podría ser posible que se operaran ...”. Como vemos, una frase casi profética de lo que debía ser la verdad relativa a la apendicitis aguda en el futuro.

Con todo, la apendicitis tuvo preclaros defensores en las décadas intermedias del siglo, especialmente Grisolle, Forget, Leudet.

Reginald Fitz, de Boston, estableció en 1886 la apendicitis como una entidad perfectamente determinada. Por otro lado, la escuela norteamericana, y en ella sobre todo McBurney, abandona definitivamente la teoría de la tiflitis; este último autor describe su esquema de diagnóstico clínico y su intervención en agudo, antes de que forme el absceso.

Hay que recordar también que Treves, en Inglaterra, el 16 de febrero de 1887 hizo por primera vez la resección en frío del apéndice en un hombre que había tenido dos crisis anteriores, y que Schwartz, en marzo de 1891, hizo lo propio en París.

Murphy operó el 2 de marzo de 1889 la primera apendicitis aguda. Dieulafoy dijo en la Academia de Cirugía de París: “No se debe morir de apendicitis”, y sentó el concepto de que no existe tratamiento médico de la apendicitis; su tratamiento es exclusivamente quirúrgico: la apendicectomía o apendectomía.

Se abandona así definitivamente la teoría de la tiflitis con tratamiento médico para la apendicitis, a favor del tratamiento quirúrgico inmediato que rigen en nuestro tiempo y ha salvado tantas vidas.

En nuestro medio, ya el Prof. Mérola, en su viaje de estudios a París publica su trabajo sobre “Apendicectomías difíciles”; en el Primer Congreso Médico Nacional, en el año 1916, M. Artagaveytia y F. H. García Lagos presentan un trabajo sobre treinta casos de apendicitis aguda operados de urgencia, sin mortalidad; en la misma oportunidad el Dr. Roldán presenta veinte casos sin mortalidad operados en el Sanatorio Lamas y Mondino. En esa época también, en la clínica de niños Morquio enseñaba el diagnóstico de la apendicitis aguda en los niños y sus diagnósticos diferenciales.

En 1919, el Dr. Domingo Prat publica en *Anales de la Facultad de Medicina* un extenso trabajo sobre apendicitis aguda. Resumiendo, en 1918 ya en nuestro país la intervención de la apendicitis aguda era sistemática, empleándose la incisión suprapúbica. Era rutina la posición de Fowler y el suero a la Murphy. Es de recordar que ya en 1918 en el Servicio de Puerta del Hospital Maciel se habían operado cien casos de apendicitis aguda. En 1921, también en *Anales de la Facultad de Medicina*, el Dr. Prat publica un nuevo trabajo sobre el tratamiento de apendicitis agudas y peritonitis apendiculares. Coincide con los principios sentados por dicho autor en ese

trabajo el Dr. Manuel Albo. En 1930 se realiza el Congreso Médico del Centenario, y los Dres. G. J. Devincenzi y Velarde Pérez Fontana presentan en relato oficial un trabajo titulado “Diagnóstico Precoz de la Apendicitis Aguda”. Ya allí se planteaban los siguientes principios:

1. Intervención inmediata
2. Diagnóstico precoz.
3. Importancia del examen radiológico.
4. Importancia del examen hematológico.

Infinidad de autores se han ocupado del tema. Entre ellos cabe recordar el trabajo del Prof. Pedro Larghero sobre el diagnóstico precoz de la apendicitis aguda y el de uno de los autores de la presente comunicación sobre el mismo tema.

A pesar de ello, la apendicitis aguda sigue haciendo víctimas, y en general, la causa fundamental de estas muertes es el diagnóstico tardío, a veces atribuible al enfermo y otras veces al cuadro atípico que puede presentar; y también, lo que es más grave, a errores de diagnóstico o a conductas médicas inadecuadas. No hay que olvidar que cuando un apendicular muere alguien tiene la culpa; tener presente esto puede evitar que nosotros seamos los responsables de esa muerte.

El caso que se ha relatado, hito memorable en la historia de la medicina, notorio por tratarse de un eminente ciudadano de la Francia del siglo XIX, es sumamente demostrativo de la actitud de un cirujano valiente, capaz y seguro de sus conocimientos médicos, enfrentado a doctrinas anticuadas que si bien en un principio compartió, luego su experiencia y su sagacidad le hicieron corregir, indicando así el rumbo hacia la verdad científica y la terapéutica adecuada de la apendicitis aguda.

Bibliografía básica consultada:

I – Parte general (historia)

- Historia de Francia* – André Maurois – Buenos Aires, 1952
Histoire de France – J. Gautrot-Lacourt y E. Gozé – París, 1960
Historia del Mundo, Tomo V – J. Pijoan – Barcelona, 1962
Histoire de France – Albert Malet.- París, 1922
Histoire de France – dir. por Marcel Reinhard – París, 1954
Larousse Encyclopedia of Modern History (ed. Marcel Dunan) – Gran Bretaña, 1973
Civilizaciones de Occidente – E. McNall Burns – Buenos Aires, 1968

- Las edades moderna y contemporánea* – J. A. Bustinza y G. A. Ribas – Buenos Aires, 1973
- Précis chronologique d'histoire de France* – G. Dujarric – París, 1960
- Le mystère des Jardies* – G. Imann-Gigandet – “Historia”, n° 172, marzo de 1961
- Gambetta et Trochu* – Enrique de Mirecourt – París, 1871
- Gambetta* – Paul Matter – París, 1923
- Gambetta* – Joseph Reinach – París, s/fecha
- Episodios de la historia universal* – Tomo Época Contemporánea - s/ autor ni fecha
- Enciclopedias y diccionarios varios: Larousse, Quillet, Británica, Omnis, Bouillet
- Historia General de las Civilizaciones – El Siglo XIX* – Robert Schnerb, Barcelona, 1960

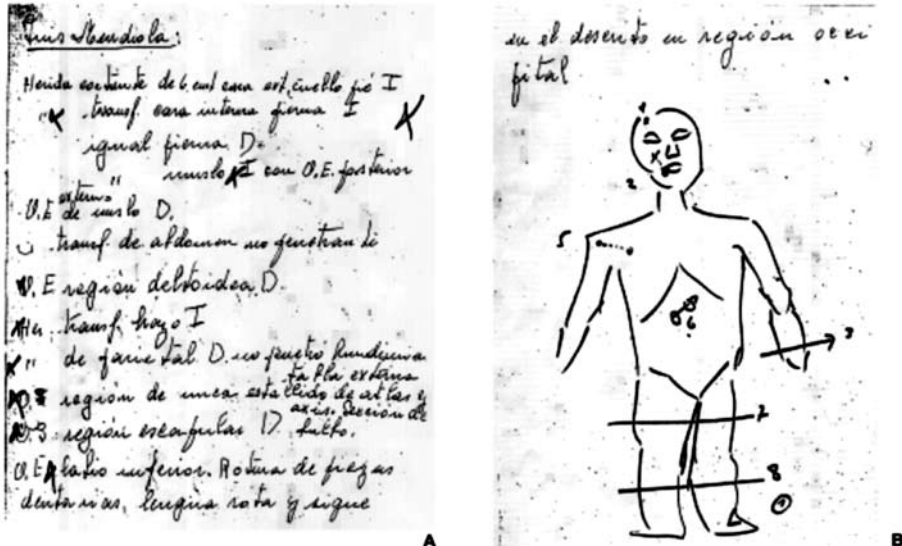
II – Parte especial (aspecto médico)

- Leçons de Clinique Chirurgicale* – O. M. Lannelongue – París, 1905
- Fitz, Reginald H. – Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment – *Trans. Assoc. Amer. Physicians*, Vol. I, 107, 1886
- McBurney, Charles – Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix – *N.Y. Med.*, Vol. 50, 676, 1889
- Arrizabalaga, G. – Indicaciones de la intervención quirúrgica de las apendicitis agudas – *Rev. Médica del Uruguay*, T. X, p. 168, 1907
- Larghero, Pedro – *Diagnóstico positivo de la apendicitis aguda: riesgos y errores* – Montevideo, 1946 (Rosgal)
- Roglia, J. – Complicaciones de la apendicitis aguda – *Anales Ateneo -Clín. Quir.*, T. XII, p. 389, 1946
- Cerrutti, N. – Apendicectomías difíciles – *Anales del 1er Congreso Uruguayo de Cirugía* – p. 111 – Montevideo, 1950
- Vernazza, A. y Rosasco, C.I. – Complicaciones sobre mil apendicectomías en la Clínica Quirúrgica Infantil – T. 2, p. 320, *13º Congreso Uruguayo de Cirugía* - Montevideo, 1962
- Madden, J. L. - Immediate complications following appendicectomies – *Surg., Clin, North America* – 44, 4113, 1964
- Larghero, P., Ríos Bruno. G. y colaboradores – *Apendicitis agudas y sus complicaciones* – Montevideo, 1975 (Fund. Univ. de C.)
- Smith, Dale C. – A Historical Overview of the Recognition of Appendicitis – *N.Y. State J. Med.* Vol. 86, 572, 1986.

CAPÍTULO 7

EL MÉDICO FORENSE

Fue Médico Forense del Poder Judicial, y colaborador docente de la Cátedra de Medicina Legal. Como Forense fue un ejemplo y una garantía. En tiempos difíciles, todos esperaban el dictamen pericial del Chumbo, que sería certero y neutral, pero implacable. Muchos años después, sus claras descripciones autópsicas, y sus dibujos, sirvieron para reconstruir la “autopsia histórica” de los heridos y muertos en el asalto a la Seccional 20ª del Partido Comunista, en un trabajo publicado en la *Revista Médica del Uruguay*¹. Él estaba en las antípodas de ese Partido. Pero tenía un compro-



Anotaciones realizadas durante la autopsia judicial de Luis A. Mendiola, una de las víctimas del hecho violento en la Seccional 20 del PCU, 17 de abril de 1972.

1 RODRÍGUEZ ALMADA, Hugo D. y VERDÚ-PASCUAL, Fernando A.: La autopsia histórica: Presentación del método y su aplicación al estudio de un hecho violento ocurrido en Uruguay en el año 1972. *Rev Med Uruguay* 2003; 19:126-139.

miso ineludible con la defensa de la Verdad. Fue colaborador honorario de la Cátedra de Medicina Legal desde 1959, y autopsista honorario del Hospital Pasteur desde 1958. En el Poder Judicial fue Médico Forense del Juzgado de Instrucción y Correccional de 6°. Turno, por Concurso de Méritos y Oposición, desde el 12 de agosto de 1960. Fue Delegado del Poder Judicial a la Comisión Honoraria Consultiva de Coordinación de Lucha contra las Toxicomanías, desde el 1º de noviembre de 1962.

EL PROBLEMA DEL ABORTO

No podemos olvidar en nuestra época, donde tanto se discute, que él dio públicamente el debate sobre el aborto, por los años de 1960, denunciando la práctica del aborto criminal clandestino, que tantas muertes de mujeres producía y produce, en memorables charlas dadas en la Televisión, con el conductor y abogado Eduardo Reich Sintas, en Canal 10. Allí hizo afirmaciones audaces pero certeras, para tener una idea cuantitativa del número de abortos que se practicaba en Uruguay, vinculándolo con el número de ampollas de Pentotal utilizadas, descontadas las de uso anestésico-quirúrgico en establecimientos autorizados públicos y privados del país. Por aquellos tiempos, década del 60, calculaba que se realizaban 30.000 abortos por año en nuestro País. Hizo llamados, sin eco, entonces, para que se buscaran soluciones a esta terrible situación, cuyos resultados finales él veía en la mesa de autopsias.

EL ABORTO CRIMINAL²

Responsabilidad del médico

I. GENERALIDADES

Existen pocos temas tan llenos de consideraciones históricas, legislativas, filosóficas y científicas como el aborto criminal o voluntario. (1)

A nuestro criterio, y desde un punto de vista jurídico, debe ser considerado como un homicidio (2) y, por lo tanto, castigado severamente. No obstante estar penado en la legislación de casi todos los países, su práctica continúa, al amparo de la ausencia de delación y del aflojamiento de los principios morales.

Como delito, ha sido reprimido a lo largo de la historia del hombre, con penas que oscilan entre las más leves y las más severas, de acuerdo a las ideas filosóficas y religiosas del momento. (3), (4)

2 Ríos Bruno G. (1964). Aborto criminal. Responsabilidad del médico. *An. Facultad de Medicina* 1964; 49: 156-64.

EL ABORTO CRIMINAL *

Responsabilidad del médico

GUAYMIRAN RÍOS BRUNO **

I. GENERALIDADES

Existen pocos temas tan llenos de consideraciones históricas, legislativas, filosóficas y científicas como el aborto criminal o voluntario.¹

A nuestro criterio, y desde un punto de vista jurídico, debe ser considerado como un homicidio² y, por lo tanto, castigado severamente. No obstante estar penado en la legislación de casi todos los países, su práctica continúa, al amparo de la ausencia de delación y del alojamiento de los principios morales.

Como delito, ha sido reprimido a lo largo de la historia del hombre, con penas que oscilan entre las más leves y las más severas, de acuerdo a las ideas filosóficas y religiosas del momento.^{3, 4}

Para ofrecer más elementos de juicio, haremos, antes de tratar la conducta del médico frente al problema, una leve revisión histórica del tema.

II. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Se carece de datos precisos respecto a la práctica del aborto en los pueblos primitivos; empero, es posible concretar algunos hechos.

Entre los Caldeos, 3000 años antes de Jesucristo, era severamente reprimido. En Gortyna, ciudad griega, se castigaba como ofensa a la potestad del padre. Atenas no lo sancionaba; por el contrario, Tebas y Mileto lo consideraban causal de pena de muerte.

Roma lo mantuvo impune mucho tiempo, en virtud del concepto entonces imperante de que el feto constituía una "portio viscerum matrix". Gradual e indirectamente, comenzó su represión más tarde.

La doctrina de la Iglesia (sustentada por Gregorio Niceno, San Cipriano, Tertuliano, etc.), le dio al aborto su carácter delictual al sostener que el feto es un ser dotado de alma, cuya muerte provocada, constituye, por ende, un homicidio.

La Biblia y las doctrinas de Aristóteles y Plinio, recogidas por las recopilaciones canónicas, sostenían que se requería cierto tiempo para que el ser recibiera el alma (40 días en el varón y 80 en la mujer); de ahí el concepto de "corpus formatum" e "informatum", que influían en la penalidad que debía recaer en cada caso.

La Edad Media presentó, asimismo, un panorama variado. En Alemania no existían penas; la represión quedaba a cargo de la Iglesia. Superado ese período, recién en la Constitutio Banbergensis (1507) y la Carolina (1532) se establecen en Alemania penas diferentes para el "animado" y el "inanimado".

* Recibido para su publicación el 5 de febrero de 1964.

** Médico Forense, Asistente de Clínica Quirúrgica.

Para ofrecer más elementos de juicio, haremos, antes de tratar la conducta del médico frente al problema, una leve revisión histórica del tema.

II. PERSPECTIVA HISTÓRICA

Se carece de datos precisos respecto a la práctica del aborto en los pueblos primitivos; empero, es posible concretar algunos hechos.

Entre los Caldeos, 3000 años antes de Jesucristo, era severamente reprimido. En Gortyna, ciudad griega, se castigaba como ofensa a la potestad del padre. Atenas no lo sancionaba; por el contrario, Tebas y Mileto lo consideraban causal de pena de muerte.

Roma lo mantuvo impune mucho tiempo, en virtud del concepto entonces imperante de que el feto constituía una *portio viscerum matrix*. Gradual e indirectamente, comenzó su represión más tarde.

La doctrina de la Iglesia (sustentada por Gregorio Niceno, San Cipriano, Tertuliano, etc.), le dio al aborto su carácter delictual al sostener que el feto es un ser dotado de alma, cuya muerte provocada, constituye, por ende, un homicidio.

La Biblia y las doctrinas de Aristóteles y Plinio, recogidas por las recopilaciones canónicas, sostenían que se requería cierto tiempo para que el ser recibiera el alma (40 días en el varón y 80 en la mujer); de ahí el concepto de *corpus formatum e informatum*, que influían en la penalidad que debía recaer en cada caso.

La Edad Media presentó, asimismo, un panorama variado. En Alemania no existían penas; la represión quedaba a cargo de la Iglesia. Superado ese período, recién en la *Constitutio Banbergensis* (1507) y la *Carolina* (1532) se establecen en Alemania penas diferentes para el *animado* y el *inanimado*.

También durante el Renacimiento, la pena de muerte imperó en Milán y Génova para el aborto del feto animado; no así en Urbina.

En Francia, el antiguo derecho no distinguía entre las dos clases de fetos, y castigó el aborto con la pena de muerte (siglo XIV). D'Agnesseau sostenía que ambos casos debían castigarse, porque *se aniquilaba la esperanza de un padre, el recuerdo de su nombre, la herencia de su haber, y se robaba un hombre a la naturaleza y un ciudadano a la República*.

Más cercanamente a nosotros, a comienzos del siglo XVIII, varios autores elevaron su protesta contra la dureza de las penas, y el gran César Beccaria, en su libro *De los Delitos y las Penas*, alude a la sustitución de las penas por medios preventivos, pero a pesar de ello subsiste la concepción religiosa que equiparaba el aborto al homicidio, concepto en el que se basaron el Código Toscano de 1786, el austríaco de 1787 y el prusiano de 1784.

Poco a poco, sin embargo, las penas se atenúan al cambiar su fundamento, y al llegar al siglo XIX, deja de existir prácticamente la pena capital y es sustituida casi exclusivamente por la de privación de libertad.

El panorama actual

Hay diversidad de criterios. Así, Francia admite el aborto por razones terapéuticas; Austria, Bélgica, Gran Bretaña, Italia, Países Bajos y la República Federal Alemana admiten el aborto sólo si el embarazo pone en peligro la vida de la futura madre; España, en ningún caso. En Estados Unidos, cada estado tiene su criterio, en general negativo, pero hay estados que lo admiten para prevenir una enfermedad grave o permanente de la madre. Suiza requiere para su validez la firma de dos médicos, el consentimiento de la madre y la existencia de riesgo de vida de la madre. Dinamarca y Noruega admiten el aborto por motivos médico-sociales (violación, incesto) y eugénicos. Suecia lo autoriza si la salud de la madre o la posibilidad de traumas psíquicos posteriores, o de transmisión de enfermedades o taras lo hacen aconsejable, así como también, cuando haya mediado violación, abuso de confianza o inexperiencia juvenil en el caso.

En Yugoslavia, Checoslovaquia y Japón, el aborto tiene numerosas indicaciones médicas y sociales; en Polonia, además de los motivos médicos, si la madre se halla en precarias condiciones económicas. Bulgaria y Hungría permiten el aborto por la simple demanda de la mujer embarazada.

En la Unión Soviética, por disposición del 18-XI-22, se autorizó la interrupción gratuita del embarazo en los hospitales del Estado, realizada por médicos. Años después (27-VI-36) se restablecieron las penas anteriores y en 1955, se revisó este criterio y se autorizaron determinados casos.

Brasil, Argentina y Chile tienen una legislación similar a la uruguaya en la materia.

La campaña de los últimos tiempos a favor de la libertad del aborto comenzó en Francia, encabezada por el Dr. Klotz Forest que fundamentó sus argumentos en la supuesta facultad de la mujer de disponer libremente de su persona, concluyendo que tiene sobre el feto todos los derechos, así como los tiene sobre sí misma, como el de vivir o suicidarse.

En Alemania, Jungmann sostuvo análogos principios, diciendo que la ley, al penar el aborto, viola un principio de libertad humana, pues el aborto sólo atañe a la moral sexual, en cuya esfera el legislador no puede inmiscuirse.

Comenzó así la gran campaña contra la punibilidad del aborto, que llegó a su auge en Alemania, donde se presentaron proyectos ante la Asamblea Nacional en ese sentido. El advenimiento del nacional-socialismo (ordenanza del 18-V-43), impuso la pena de muerte en caso de delito que motivara grave daño a las fuerzas vitales de la nación.

En nuestro país, estas corrientes triunfaron con la aprobación del Código Penal de 1934, que estableció su impunidad, castigando solamente los abortos efectuados sin el consentimiento de la mujer. Las resistencias que se alzaron fueron tan fundadas y las consecuencias tan graves, que con la

ley de febrero de 1938 se restablecieron las penas. (8) Es interesante repetir, al respecto, las significantes palabras con que concluye su brillante trabajo el Dr. Salvador García Pintos (9): *...por nuestra parte, creemos que el derecho al aborto libre es un derecho jurídicamente falso, históricamente regresivo, socialmente perturbador y disolvente.*

Siguiendo a Cuello Calón (5), pasaremos revista, antes de refutarla, a la posición contraria.

III. ARGUMENTOS QUE DEFIENDEN LA LIBERTAD DEL ABORTO

1) Derecho de la mujer embarazada de disponer libremente de sí misma

Puede responderse al mismo diciendo que se acepta universalmente que los derechos del ser humano sobre su persona están limitados por los derechos de los demás y los de la colectividad a que pertenecen.

El feto es una vida humana diferente de la madre, que se inicia en el momento en que el espermatozoide penetra al óvulo. La unión de cromosomas maternos y paternos determina al futuro ser, con todos los atributos físicos, intelectuales y psíquicos que lo caracterizarán en la vida adulta. Pero además de esta individualidad biológica, nuestros códigos han reconocido al feto una individualidad jurídica. Esto se expresa en la limitación de la facultad de testar del padre, en la posibilidad de iniciar legalmente la investigación de la paternidad después del quinto mes de gravidez y en la obligación para la madre divorciada o viuda de esperar un plazo establecido por ley para contraer nuevas nupcias. (6)

2) La amenaza penal es impotente contra la práctica del aborto

Si bien es cierto que las penas son impotentes para impedir cualquier clase de delito, no puede negarse que tienen una acción profiláctica, que en el caso del aborto es difícil de determinar. De otra manera, habría que proclamar la abolición del Derecho Penal como instrumento inútil contra la delincuencia.

3) La disminución de nacimientos no perjudica a la nación

Si se quiere disminuir la natalidad, es evidente que se debe acudir a otros procedimientos (medidas anticoncepcionales, etc.), pero no al aborto. El

argumento es de corte malthusiano, y parte de que si los alimentos aumentan en progresión aritmética y los nacimientos en progresión geométrica, la supervivencia, tarde o temprano, se hace imposible. El neomalthusianismo, movimiento no vinculado al anterior, sustenta el principio de la libertad sexual limitando la natalidad por medio de métodos anticoncepcionales y también del aborto.

La disminución relativa de la natalidad, denunciada en el mundo entero, sobre lo que están de acuerdo médicos, sociólogos, políticos, criminalistas, tiene como una de sus principales causas, el aborto provocado.

4) El aborto es intervención quirúrgica carente de peligros

Este argumento es fácilmente refutable por cualquier persona que, en una forma u otra, haya tenido intervención o información directa sobre el problema.

Veamos, al respecto, algunas cifras.

Según Simpson (10), Kerr (11) y otros, se observarían muertes rápidas en un 0,3% de los casos; secuelas útero-pélvicas en un 10% y esterilidad en un 10%.

Según Chartier (12), en Francia hubo en 1941, 13 casos de tétanos postaborto provocado; en 1942, 47 casos; en 1943, 47 casos y en 1949, 39 casos, con una mortalidad que oscila entre el 80 y el 92,5%. (13)

Rivière, por su parte (14), afirma que *el aborto, aún efectuado en medios quirúrgicos, provoca las siguientes consecuencias: en Hungría, por ejemplo, en los años 1957-8, al igual que en Checoslovaquia, hubo 6 casos mortales de cada 100.000; en los Países Escandinavos, 68 en igual cifra, y en Estados Unidos, 230, también en 100.000.*

Perforaciones uterinas graves: 0,17%; hemorragias uterinas graves, de 0,26% a 0,76%, e infecciones graves de 0,87% a 1,06%. A esto hay que agregar las secuelas psíquicas, de gran entidad en algunos casos.

Funck-Brentano (15) divide las complicaciones quirúrgicas del aborto provocado en: limitadas: infecciones anexiales y periuterinas, perforaciones, infarto del útero, abscesos y gangrena uterina, y, difusas y generalizadas, peritonitis, tromboflebitis pelviana, septicemia y tétanos postaborto.

En cuanto a las secuelas neurológicas, han sido estudiadas por Ravina (16) y por Planques (17) entre otros, y las dividen en accidentes inmediatos y muerte súbita, accidentes nerviosos de los primeros momentos y sus secuelas (episodios convulsivos con o sin coma, seguidos de síntomas neurológicos), y, por último, los accidentes de los primeros días o semanas: cerebrales, medulares, polineuríticos, etc., etc.

Queremos citar, por último, la opinión de Gerchstein (18), que en 1927 presentó al Congreso Ucraniano de Kiev los resultados de la experiencia rusa después de promulgada la ley de libertad del aborto efectuado por médicos y en las mejores condiciones y expresó: *No hay en cirugía ginecológica una operación más peligrosa que el aborto provocado*, y terminó diciendo: *De 140.000 abortos al año, dejamos 140.000 mujeres estériles*.

En cuanto a nuestro medio, es bien sabido que las complicaciones postaborto forman un enorme porcentaje de las consultas e ingresos en nuestras salas de ginecología.

En la Morgue Judicial, de enero de 1960 a enero de 1962, se autopsiaron 25 mujeres muertas por aborto criminal, cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 40 años, como se observa en el cuadro 1.

Estos hechos son de tal magnitud que consideramos ocioso discutir más detalladamente el punto.

Invalidados así los argumentos a favor de la no punibilidad del aborto, a nuestro entender por razones de peso, pasaremos a otro capítulo, de gran interés, referente ahora a nuestra tesis.

CUADRO 1
Autopsias realizadas en la Morgue Judicial (1960-1962)

Caso	Edad (años)	Estado civil	Método empleado	Causa de muerte			
				Infección	Hemorragia	Perforación	Otras
1	30	Casada.	Raspado.	Tétanos.			
2	23	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
3	22	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
4	23	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
5	19	Soltera.	Sonda.	Septicemia.			
6	46	Casada.	Raspado.		Hemorragia.	Perf. uterina.	
7	32	Casada.	Raspado.	Septicopiohemia.			
8	27	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
9	27	Casada.	Raspado.			Perf. vaginal.	Peritonitis.
10	32	Casada.	Inyección (caústico).			Necrosis vaginal y uterina.	Peritonitis.
11	33	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
12	28	Soltera.	Raspado.	Septicemia.			
13	30	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
14	39	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
15	28	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
16	25	Soltera.	Raspado.	Septicemia.		Perf. uterina.	
17	24	Casada.	Raspado.	Septicemia.			
18	21	Soltera.	Raspado.	Septicopiohemia.			
19	23	Casada.	Inyección (caústico).			Necrosis vaginal y uterina.	Peritonitis.
20	22	Casada.	Raspado.	Septicemia.		Perf. uterina.	
21	20	Soltera.	Raspado.	Septicopiohemia.			
22	23	Casada.	Raspado.	Septicopiohemia.			
23	33	Casada.	Raspado.	Septicopiohemia.			
24	21	Casada.	Sonda.	Septicemia.			
25	28	Casada.	Raspado.	Septicemia.			

En suma: Edad promedio, 27 años (mínimo 19, máximo 39).
Estado civil: casadas 80%.
Causa: infecciones 90%.
Mecanismo: raspado 80%.
Perforaciones uterinas: 18%.
Condición social: clase media 100%.

Cuadro incluido en el artículo, que se transcribe en la página siguiente.

CUADRO 1						
Autopsias realizadas en la Morgue Judicial (1960-1962)						
Caso	Edad (años)	Estado civil	Método empleado	Causa de muerte		
				Infección	Hemorragia	Perforación
1	30	Casada	Raspado	Tétanos		
2	23	Casada	Raspado	Septicemia		
3	22	Casada	Raspado	Septicemia		
4	23	Casada	Raspado	Septicemia		
5	19	Soltera	Sonda	Septicemia		
6	46	Casada	Raspado		Hemorragia	Perf. Uterina
7	32	Casada	Raspado	Sépticoopiohemia		
8	27	Casada	Raspado	Septicemia		
9	27	Casada	Raspado			Perf. Vaginal
10	32	Casada	Inyección (cáustico)			Necrosis vaginal y uterina
11	33	Casada	Raspado	Septicemia		Peritonitis
12	28	Soltera	Raspado	Septicemia		
13	30	Casada	Raspado	Septicemia		
14	39	Casada	Raspado	Septicemia		
15	28	Casada	Raspado	Septicemia		
16	25	Soltera	Raspado	Septicemia		
17	24	Casada	Raspado	Septicemia		Perf. Uterina
18	21	Soltera	Raspado	Sépticoopiohemia		
19	23	Casada	Inyección (cáustico)			Necrosis vaginal y uterina
20	22	Casada	Raspado	Septicemia		Perf. Uterina
21	20	Soltera	Raspado	Sépticoopiohemia		
22	23	Casada	Raspado	Sépticoopiohemia		
23	33	Casada	Raspado	Sépticoopiohemia		
24	21	Casada	Sonda	Septicemia		
25	28	Casada	Raspado	Septicemia		

En suma:

Edad promedio: 27 años (mínimo 19, máximo 46)

Estado civil: casadas 80%

Causa: infecciones 90%

Mecanismo: raspado 80%

Perforaciones uterinas: 18%

Condición social: clase media 100%

I. FUNDAMENTOS

ADUCIDOS COMO EXCEPCIÓN

PARA LA IMPUNIBILIDAD DEL ABORTO

Algunas escuelas, si bien comparten las directivas fundamentales de la posición aquí defendida, aducen razones o casos de excepción, es decir, motivos para no sancionar el hecho. Tales casos serían:

- 1) Indicación ética o humanitaria.
- 2) Indicación eugenésica.
- 3) Indicación social.
- 4) Indicación médica.

Analicémoslos brevemente.

1) Indicación ética o “humanitaria”

Cuando la concepción es resultado de un acto sexual delictivo, algunos autores sostienen la licitud de la interrupción de esa maternidad, no sólo no deseada, sino odiosa, pues ese ser le recordará a la madre el terrible episodio de violencia sufrido y la destrucción de todos sus planes de porvenir.

Frente a esto surgen argumentos de gran peso:

- a) Como no es posible afirmar la existencia de delito mientras no se pronuncie sentencia, el desarrollo de la gravidez hará esta interrupción cada vez más peligrosa.
- b) Esta indicación daría lugar a múltiples abusos, pues gran número de embarazos serían atribuidos a violación.
- c) El origen criminal de una vida no puede justificar su aniquilamiento. Consideramos que éste, es un argumento fundamental. Sin embargo, a pesar de los argumentos recién expuestos, esta indicación es recogida por múltiples códigos, entre ellos el nuestro (Art. 328, inc. 2º.)

2) Indicación eugenésica

Se basa en que cuando las condiciones fisiológicas de los padres hagan temer que el fruto engendrado sea portador de graves taras degenerativas, es lícita la interrupción de dicho embarazo. Tocamos aquí un problema que se vincula estrechamente con lo dicho. Es esta indicación, en el fondo, uno de los aspectos de la vida sin valor social, capítulo éste que pertenece al gran tema de la *Eutanasia*.

Esta eutanasia eugenésica, aspira a una selección desalmada y cruel mediante la muerte de los débiles, malformados, degenerados, cuyos descen-

dientes, por una inflexible ley de herencia (se afirma) han de ser seres peligrosos, nocivos y costosos para la sociedad. Se han propuesto así una lista de enfermedades interminables, entre cuyas víctimas figuran los oligofrénicos, los locos, los epilépticos, los ciegos de nacimiento, los sordomudos, etc., etc.

Por disposición de Hitler, de octubre de 1939, se llevó a cabo el programa eutanásico, y así perecieron millares de enfermos alemanes en la cámara de gases. Un despacho del Vaticano del 20 de enero de 1950, calculó su número en 80.000. Estos hechos fueron juzgados en el Tribunal de Nüremberg como asesinatos, y el 19 de agosto de 1947, el Dr. Karl Brandt y sus colaboradores pagaron con la vida su participación en los mismos.

Hace algunos años surgió en nuestro país una epidemia de rubéola, y al mismo tiempo el concepto de que una rubéola en el embarazo indefectiblemente daba lugar a hijos tarados, y así pagaron con su vida muchos seres que hoy, con mayor conocimiento del problema, habrían nacido perfectamente normales, como muchos que escaparon en esa oportunidad, a tan drástica medida.

Si la muerte de seres enfermos repugna a todo espíritu civilizado, cuánto más debe hacerlo la muerte de su descendencia, que está probado puede ser perfectamente normal y, aunque no lo fuera, basta recordar que aún entre lisiados y enfermos hubo hombres como Byron, Leopardi, Donizetti, Maupassant y Nietzsche, que fueron pilares en la historia de la cultura humana.

Sin embargo, como muy bien lo dice Camaño Rosa (6), el Art. 328, inciso 2º., contempla directamente la indicación eugenésica cuando se trata de una violación incestuosa o cometida sobre una mujer demente.

3) Indicación social

Sostienen sus defensores que cuando la situación de miseria en que vive la mujer se agrava con la llegada de nuevos hijos por carecer de recursos para alimentarlos y mantenerlos, tiene derecho a practicarse el aborto.

Esta teoría ha tenido como consecuencia que en los países que han sufrido graves angustias económicas, guerras, inundaciones, o cuya densidad de población es enorme, como Japón, India, etc., este tipo de aborto haya tenido un enorme auge.

No es así como debe ser enfocado el problema, pues es absolutamente inadmisibles que la destrucción sea el fin que le espera a un ser que tuvo la desgracia de nacer de un seno pobre, pues quien engendra hijos debe tener conciencia de las cargas y responsabilidades que contrae, y, por otra parte, si a la madre no le fuera posible, es el Estado quien debe cuidar y educar a ese niño; si no, llegaríamos a la enormidad de algunos autores, que proponían que en relación al salario se determinara el número de hijos, y se autorizara el aborto al resto.

4) Indicación terapéutica

Este punto es de gran importancia. Se basa en el concepto de interrumpir el embarazo artificialmente, con el fin de salvar la vida a la mujer embarazada.

Pues de las dos vidas, la de la madre, como eje de la familia, tiene un valor social mayor, y si ésta muere, muere también el feto. O sea, la solución jurídica del conflicto es el sacrificio del bien menor.

Su impunidad es expresada por numerosas legislaciones, entre las que se encuentra la nuestra (Art. 328, inc. 3º. C.P.)

La Iglesia Católica ha condenado en forma terminante esta modalidad, y, si a primera vista surge como clara, es necesario hacer algunas consideraciones sobre la misma. La primera es respecto a las indicaciones de este aborto. Cuando se lee un libro de obstetricia de principios de siglo, el capítulo de las indicaciones abarca páginas enteras; cuando se le estudia en obras modernas, se ve cómo disminuyen en forma manifiesta. Nos hemos asesorado con ilustres ginecólogos de nuestro país sobre el punto, y todos han estado de acuerdo, en que las indicaciones son de excepción y que sólo han quedado aquellas que la terapéutica moderna no ha podido dominar, pero que evidentemente desaparecerán cuando esta progrese.

Una indicación de este tipo, tiene que ser el fruto de un estudio completo del caso en busca de otras soluciones, y solamente se puede llegar a ella, cuando se llamen los siguientes principios:

- a) Que el peligro de vida de la madre sea real e inminente.
- b) Que la única terapéutica para salvarla sea la interrupción del embarazo.

Una vez planteada la interrupción del mismo, debe ser puesta a consideración de una consulta de varios colegas: debe contar con la autorización escrita del padre y de la mujer; debe ponerse el hecho en conocimiento del Ministerio de Salud Pública y del Juez de Instrucción, y una vez cumplido esto, recién se procederá a la interrupción.

Si el Médico que trata el caso se encuentra aislado y no pudiera llenar estos requisitos, sólo su conciencia le dictará la conducta a seguir, y lo hará guiado por el sagrado concepto del cumplimiento de su deber.

Cómo están planteadas las cosas en el momento actual en nuestro país.- Asistimos a una situación deprimente. El aborto, que años atrás era penado severamente y objeto de repudio por cualquier persona, es en nuestro Código Penal catalogado y penado en una forma tal y con tantas excepciones (a criterio del Juez), que puede decirse no queda forma en que no pueda librarse de castigo.

En el sentir popular, como decía el profesor Turenne, (19) ha pasado de ser una tragedia, o una catástrofe de una mujer soltera, casada o viuda,

a un accidente, un pecadillo, incorporado al funcionamiento de hogares intachables por otros aspectos, y objeto de comentarios jocosos en corrillos sociales.

Por otra parte, ¿qué solución vislumbra la desgraciada, que soltera, se ha embarazado, en general de mentalidad y carácter débil, y sin mayores principios morales y religiosos? Sólo el aborto, porque para ella y su medio ambiente, esa maternidad es un pecado y un delito. Se necesitan condiciones excepcionales para llevar a término el embarazo de una soltera en el momento actual y en nuestro medio.

Frente al abortador profesional, ¿qué hacen las instituciones públicas encargadas de su represión? - La Justicia, a pesar de sus esfuerzos, se ve dificultada a tomar las medidas que con otros criminales toma, pues el abortador es ocultado por la víctima, la familia y todo el medio delictuoso en que actúa, siendo por lo mismo muy difícil la prueba; y cuando ésta se logra, tiene que depender de la disposición del Código Penal que especifica que ningún Médico puede ser procesado sin previa consulta al Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Salud Pública, cuyo deber es controlar el buen ejercicio de la Medicina, y el correcto proceder de los médicos del país, carece por distintos motivos de la eficacia que sería de desear.

Responsabilidad del médico frente al aborto criminal.- El juramento Hipocrático, Código moral de nuestra profesión, dice: *A nadie daré una droga mortal aunque me sea solicitada, ni daré consejos con este fin, de la misma manera no daré a ninguna mujer supositorios destructores, mantendré mi Vida y mi Arte alejados de la culpa.*

En el Código de Ética de la Confederación Médica Argentina (20), capítulo 15, artículo 114, se expresa: *Al médico le está terminantemente prohibida la interrupción del embarazo en cualquiera de sus épocas.*

Penada en todos los Códigos Deontológicos, la conducta del Médico debe ser terminante en este problema: *jamás debe prestarse a efectuar un aborto criminal.* Cuando intervenga en forma indirecta en un aborto o en sus complicaciones, su conducta está regida por el Código Penal, que en su capítulo 4º expresa que debe dar cuenta al Ministerio de Salud Pública en las 48 horas, sin mencionar nombres. Con esto, se ha querido proteger el secreto profesional, siendo a nuestro criterio el mayor obstáculo que encuentra la Justicia para proceder contra un Médico y la razón por la que es casi siempre la Partera la procesada, puesto que no rige para ella este principio.

Queda el problema del aborto terapéutico. Llenados los requisitos mencionados, el Médico lo debe efectuar, y si por motivos religiosos se ve im-

pedido de hacerlo, debe pasar la enferma a otro de los colegas consultados para que lo efectúe.

Surge de lo anteriormente expuesto que cualesquiera sean las ideas personales que tengan respecto al aborto criminal, está probado que éste es:

- a) Una grave intervención.
- b) Una falta deontológica extrema.
- c) Un delito.

Por lo tanto, quien realiza un aborto:

- **comete un delito y expone la vida de la madre sin justificación médica;**
- **comete una grave falta deontológica con agresión a la moral médica;**
- **viola el derecho del feto a nacer y vivir, y el de la sociedad de integrarse por todos los valores humanos a partir de la concepción.**

RESUMEN

Se estudia el grave problema del aborto criminal en nuestro medio y en el mundo antiguo y contemporáneo, haciendo un resumen de las distintas posiciones filosóficas, jurídicas y científicas y sus argumentos fundamentales.

Se analiza su gravedad como intervención quirúrgica, uniendo a la experiencia de autores extranjeros la de la Morgue Judicial con 25 necropsias efectuadas en dos años, de mujeres fallecidas luego de maniobras abortivas.

Se concluye, basándose en los argumentos expuestos, que el aborto criminal es una grave intervención, una falta deontológica extrema y un delito.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Filippi, O. Trattato di Medicina Legal, 125, 1922. Francesco Vallardi, Milano.
- (2) Constant, H.; Manuel du Droit Penale. Tomo II; 3, 1949, Lieja.
- (3) Carrara, E.: Programma, 1952.
- (4) Tardieu, A. A.: Étude Médico Légale sur l'avortement. 1856, Paris, Doin et fils.
- (5) Cuello Calón, E.: Tres temas penales. 1955. Barcelona. Bosch.
- (6) Camaño Rosa, A.: Delitos contra la persona física, pág. 156, 1958. Bibliográfica Uruguaya, Montevideo.
- (7) Van Camelbeke, M.: La Regulation des naissances devant le droit. 13: 2217, 1963.
- (8) Irureta Goyena, J.: Código Penal de la República Oriental del Uruguay, IV, arts. 325, 325 bis, 325 ter, 326, 327, 328, 1955. Centro de Estudiantes de Derecho. Montevideo.

- (9) García Pintos, S.: El nuevo derecho al aborto libre. 1935. Montevideo. Juan Zorrilla de San Martín.
- (10) Simpson, K.; Forensic Medicine, 12: 167, 1961. London. Adam and Charles Black.
- (11) Kerr, D.: Forensic Medicine, 174, 1957. London. Adam and Charles Black.
- (12) Chartier, J.: Le tetanus post abortum. *La Rev. du Pract.*, 4: 1205, 1954.
- (13) Quénu, J.: Enquête sur le tetanus post abortum. *Memoires de l'Academie de Chirurgie*, 70; 1195, 1944.
- (14) Rivière, M.: Étude médico sociologique de l'avortement provoqué en France et dans les principaux pays du monde. *La Rev. Du Pract.* 4: 1181, 1954.
- (15) Funck-Brentano, P.: Les complications chirurgicales des avortements criminales. *La Rev. Du Pract.*, 4: 1181, 1954.
- (16) Ravina, A., et Pestel, M.: Les accidents neurologiques des avortements criminales. *Press Med.* 60: 1348, 1952.
- (17) Planques, J. et Grezes Rueff, Ch.: Les complications neurologiques des avortements. *La Rev. du Pract.*: 4: 1195, 1954.
- (18) Gerchstein, N., citado por Calatroni, C., y Ruiz, V.: Terapéutica Ginecológica, 533, 1952. Buenos Aires, El Ateneo.
- (19) Turenne, A.: El aborto voluntario, 1935. Montevideo, Claudio García.
- (20) Rojas, N.: Medicina Legal, pág. 565, 1956, Buenos Aires, El Ateneo.

* * *

LA PRUEBA DE LAS TRES FICHAS PARA LA DETECCIÓN DEL ALCOHOLISMO

El Ac. Guido Berro Rovira me informó, mucho antes de que apareciera su libro sobre Medicina Legal³, de un importante aporte del *Chumbo Ríos* para el diagnóstico médico legal del etanol en los siniestros. En efecto, dice:

En la práctica sería útil guiarse por el llamado método de las tres fichas, empleado en Francia y que planteara su uso en nuestro medio GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO hace ya muchos años. Este sistema consiste en una primera ficha con datos personales, relato del sujeto, y relato sucinto de testigos, es la llamada ficha de comportamiento. Una segunda ficha donde conste la historia clínica con el interrogatorio médico y el examen completo ya referido, es la ficha médica. La tercera, llamada ficha toxicológica, consta de los datos del sujeto, muestras recibidas, día y hora, hora de dosificación, método usado y resultado. Con estas tres fichas se podrían sacar conclusiones diagnósticas más ajustadas a la real situación de la persona implicada. Espirometría, o prueba del alcohol en aire espirado, obraría como un sencillo método de screening o tamizaje, de gran valor en la primera etapa, habilitando la conducción del positivo a la realización de la ficha médica y toxicológica (alcohol en muestra de sangre).

3 BERRO ROVIRA, Guido y colaboradores: Medicina Legal, Derecho Médico y Aspectos Bioéticos, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 2013, 720 páginas; pp. 308-309.

EL SUERO DE LA VERDAD

En el año 1970, integró junto a los Dres. José María Reyes Terra, Luis E. Folle Richard, y Alfredo Pernin, una Comisión Especial para dictaminar acerca del uso del Narcoanálisis en los interrogatorios militares o policiales. En efecto, dicho procedimiento había comenzado a utilizarse en Uruguay, y despertó seria inquietud, respecto a su empleo desde el punto de vista ético, requiriéndose por el Sindicato Médico a esta Comisión su opinión autorizada. Allí estaban reunidos un Médico Forense, un Psiquiatra Forense, un Profesor Agregado de Farmacología y Terapéutica, y un Jefe del Departamento de Anestesiología del Hospital de Clínicas. El informe fue claro y contundente, en cuanto a condenar el empleo de esa técnica y advertir de sus riesgos para la persona sometida a ella. Otro pronunciamiento ético de los que hacen historia, en nuestro pequeño país. Pero que tuvo repercusión internacional. **Ver Anexo I.**

CASO MARTIRENA Y ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO: LA JUSTICIA CITA A TESTIGOS

El País, sábado 14 de abril de 2007

El 14 de abril de 1972, luego de que el Movimiento de Liberación Nacional (Tupamaros) “ejecutara” a la cúpula del Escuadrón de la Muerte, las fuerzas policiales y militares se lanzaron a una serie de actos de retaliación. En ese marco se produjo el asesinato a sangre fría de Luis Martirena e Ivette Giménez, en cuya casa se escondían Eleuterio Fernández Huidobro y David Cámpora, dos dirigentes de la organización guerrillera. El hoy contador David Cámpora, está citado para este viernes por el juez que investiga este crimen, Rolando Vomero. En declaraciones efectuadas esta mañana a la periodista Sonia Breccia en 1410 AM Libre, Cámpora explicó que el responsable del operativo (realizado antes del golpe de Estado, y por ello no incluido en la Ley de Impunidad), fue el hoy fallecido inspector principal Víctor Castiglioni. Según testimonios de su personal subalterno, ese día Castiglioni dio la orden de “salir a matar”, cuando textualmente les dijo: “no quiero presos”. Uno de sus cómplices en el mando fue el entonces capitán y hoy coronel del ejército Carlos Calcagno, actualmente requerido por Interpol por la desaparición de cinco personas que trasladó desde Paraguay a nuestro país y nunca más se supo de ellas. El otro cómplice fue el comisario Hugo Campos Hermida, también fallecido. Cuando las fuerzas conjuntas policiales y militares entraron a la casa, el matrimonio Martirena se encontraba desarmado y desprevenido, y Cámpora y Fernández estaban escondidos en una pieza secreta. Según relató al diario “La República” en 1993 el ex agente de inteligencia policial

Ayer, el ex juez de instrucción Daniel Echeverría, que constató el estado de los cuerpos, testificó ante el juez en lo penal de 10º Turno, Rolando Vomero, sobre el asesinato del matrimonio Luis Martirena e Ivette Giménez, perpetrado por las Fuerzas Conjuntas en la calle Amazonas 1440

A 33 años del asesinato de los Martirena, el juez de la época reveló toda la trama

La presencia del magistrado Echeverría y del médico forense Guaymirán Ríos evitó que Eleuterio Fernández Huidobro y David Cámpora, ocultos en el ático, también fueran ejecutados.

Echeverría no pudo instruir la causa porque al día siguiente de los trágicos hechos el Parlamento, con los votos de colorados y blancos, aprobó una ley que pasó la competencia de todos los casos que tuvieran que ver con las acciones guerrilleras a la Justicia Militar.

Echeverría concurrió ayer y, por primera vez, pudo brindar su testimonio ante la Justicia penal sobre los gravísimos hechos ocurridos el 14 de abril de 1972.

PAGINA 3

La República
Martes 5 de abril de 2005

POLÍTICA | 3

Aseguró que nunca se pudo probar que hubiera armas en la casa de la calle Amazonas 1440

Declaró ayer el juez que vio, ya sin vida, los cuerpos de los tupamaros Martirena

El juez en lo penal de 10º Turno, Rolando Vomero, tomó testimonio ayer en carácter de "testigo" al ex juez de Instrucción de 3er. Turno, Daniel Echeverría, quien, junto al forense Guaymirán Ríos vio, el 14 de abril de 1972, los cuerpos sin vida de los esposos y militantes tupamaros Martirena-Giménez, que fueron ejecutados por efectivos de las autodenominadas "Fuerzas Conjuntas", en su casa particular de la calle Amazonas 1440, en el barrio de Malvín.

El doctor Echeverría aseguró al juez Vomero que nunca se pudo comprobar que dentro de la casa hubiera armas que justificaran el feroz acorralamiento, que incluyó la utilización de metralletas antiáreas calibre .30, capaces de perforar varias paredes a la vez.

No obstante, Echeverría testificó que pudo ver el "desorden" en el que se encontraba la casa luego de la irrupción militar y policial, así como los "destrozos" ocasionados en los techos y en las paredes por el pesado ar-

mamento usado en el cuestionado allanamiento.

El forense Ríos, quien concurrió al lugar de los hechos a pedido del juez Echeverría, ese día de turno, había sido citado también como testigo, pero el juzgado comprobó que había fallecido años atrás. Sin embargo, el ex juez Echeverría, un testigo directo del estado en que se encontraron los cuerpos de Luis Nelson Martirena Fabregat y de Ivette Rina Giménez Morales, debió explicar al juez Vomero que no completó la instrucción de la

causa, ya que, al día siguiente, el Poder Legislativo votó una polémica ley que concedió todas las facultades a la Justicia Militar en los casos relativos a "la sedición".

Al final del operativo fueron detenidos los dirigentes tupamaros Eleuterio Fernández Huidobro y David Cámpora, quienes estaban escondidos en un "berrín" que había sido instalado en el ático de la casa, al cual se entraba por un falso techo en un placar del baño. Echeverría se limitó, en aquel entonces, a devol-

ver a prisión a Fernández Huidobro y Cámpora, que se encontraban "prófugos" desde el día que escaparon de la Cárcel de Punta Carretas, junto a casi un centenar de reclusos políticos, y algunos presos sociales.

Tres días después del asesinato del matrimonio Martirena y la captura de los dos dirigentes tupamaros, la instrucción de la causa quedó en manos de la Justicia Militar, que nunca aclaró el destino padecido por ambos esposos, que habrían sido ejecutados a tiros.

Cámpora acusó por el homicidio del matrimonio al ahora ascendido coronel Carlos Calceño, y a los ya extintos jefes policiales Víctor Castiglioni y Hugo Campos Hermida. Castiglioni habría ejecutado a Giménez de un tiro en el cráneo, en la cocina de la casa. Campos habría acorralado a Martirena, en el primer piso del domicilio, y luego lo dejó desangrar, sin prestarle ninguna asistencia médica.

En reiteradas oportunidades, Cámpora sostuvo que él y Fernández Huidobro permanecieron con vida gracias a la oportuna llegada al lugar del entonces magistrado Echeverría y del ex médico forense. Ayer fue la primera vez desde el retorno a la democracia que el ex juez Echeverría pudo brindar testimonio ante la Justicia Penal. ■

Este recorte de prensa fue cortesía de Natalia Ríos Cresseri y Aída Cresseri de Ríos. corresponde a la publicación de La República martes 5 de abril de 2005.

Winston Silva Cordero: “Cuando tomamos la casa por asalto encontramos a la señora de Martirena que corría histérica de un lado para otro, con las manos en alto (pero) el inspector Castiglioni metió el caño de su arma en su boca y la ejecutó”. Silva aseguró también que “en la casa no había ningún tipo de arma, pero nosotros efectuamos cientos de disparos”. Luego de asesinar a Ivette, Castiglioni “le colocó un arma en la mano”. Luis Martirena, fue ametrallado en el primer piso de la vivienda, y se le dejó desangrar hasta la muerte. Pero además, todo esto sucedía ante los ojos de Ana y Laura Martirena, las dos pequeñas hijas del matrimonio. Son ambas las que presentaron esta denuncia ante la Suprema Corte de Justicia en 2003 por intermedio de la Comisión de Asesinados por Motivos Políticos. Cámpora tuvo la oportunidad de denunciar estos hechos ante la justicia ese mismo año. Por tal motivo también será citado el doctor Daniel Echeverría, juez de Instrucción de 3er. Turno que ingresó a la casa e instruyó la investigación en 1972, y el doctor Guaymirán Ríos, el médico forense judicial que estuvo en el lugar y realizó las autopsias. Consultado por Sonia Breccia sobre a qué atribuía que la denuncia se hubiera efectuado 31 años después de ocurridos los hechos (siendo que el caso no puede bajo ningún concepto incluirse en la Ley de Impunidad), Cámpora consideró que creía que “En principio fue una falta de esperanza en que se pudiese hacer justicia en este país. Yo estuve nueve años preso y cinco años en el exilio -explicó- y cuando volví no miré hacia el pasado, lo que hoy creo fue una torpeza. Es que no tenía ninguna esperanza de que en algún momento se pudiese hacer justicia. Hoy, algo está cambiando en Uruguay y en América -continuó Cámpora- se está despertando la voluntad de saber, que es lo principal, y de castigar, que a mi entender es secundario. Lo principal es que se sepa lo que sucedió” -finalizó.

JULIO E. ARSUAGA SOTO (1924-1976)

Julio Arsuaga Soto fue un destacado médico forense, en el mismo tiempo que *El Chumbo* Ríos. Por eso hemos creído oportuno insertar este recuerdo, para uno de los forenses más destacados de su tiempo, que tuvo la valentía de llamar por su nombre a los hechos que la sociedad pretendía ignorar, recordándolos solamente cuando eran sufridos por alguna parcialidad. Nos referimos a la práctica inveterada de la tortura para fabricar “evidencia” en el ámbito de la investigación policial. La misma que conoció *El Chumbo* y que se traduce en alguno de sus cuentos glosados en este libro.

Aquí viene su interpretación de la tortura sistemática empleada desde siempre con los *delincuentes comunes*. La preocupación del momento se centraba en la tortura aplicada a los llamados *presos políticos*. Por su actuación digna como forense sufrió un brutal atentado con bomba en su domicilio

de la calle Mar Mediterráneo, por aquellos años.

Arsuaga había nacido el 21 de septiembre de 1924, se graduó en 1952, desempeñándose en las Clínicas Médicas de los Profesores Dres. Juan Carlos Plá Verde y Héctor Franchi Padé. Se dedicó a la Cardiología y fue durante muchos años Médico de Guardia del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, en tiempo anterior al que Ríos Bruno tuvo a su cargo la Dirección de ese Servicio. Fue durante muchos años Director Técnico de la Mutualista IMPASA. Alcanzó luego de una larga carrera de dedicación y concursos, el cargo de Profesor Director de la Cátedra y Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, siendo el sexto Profesor desde la fundación de la Facultad (1964-1974)⁴. Integró el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, y era el Decano interino en ocasión de resolverse por la Dictadura la Intervención de la Universidad, a raíz de cuyo hecho fue a prisión junto con otros Decanos. Falleció en Montevideo el 11 de agosto de 1976. Su nombre es recordado en una placa que fue colocada a la entrada del Salón de Actos de la Facultad de Medicina, en agosto de 1986. Homenaje muy justo y necesario.

El Chumbo todavía está esperando que la Facultad le tribute oficialmente el homenaje que con su vida se ha ganado. Sólo en la Cátedra de Medicina Legal el Prof. Dr. Guido Berro Rovira le hizo un homenaje del que damos cuenta en otro capítulo, y que es el motivo disparador de este trabajo. El homenaje que se le debe.

En 1970 le hicimos una entrevista junto al Dr. Edmundo Gómez Mango, para el Boletín *Noticias* del SMU⁵, que reproducimos:



4 SOIZA LARROSA, Augusto: Historia de la Cátedra de Medicina Legal: 1877-1974. <http://www.medicinalegal.edu.uy/depto/historia/dml-hist.pdf> (Consultada el 18.06.2013).

5 ARSUAGA SOTO, Julio E.: Reportaje publicado en el Boletín *Noticias* del SMU, abril de 1970, Año 13, No. 76, bajo el título: "¿Volvemos a la Inquisición? Las torturas en nuestro país".

Profesor Arsuaga, nosotros queremos conocer su autorizada opinión sobre el candente problema de las torturas en nuestro país.

Con mucho gusto voy a contestar a estas preguntas, pero tengo la necesidad de hacer una aclaración previa. Es notorio que habiendo yo sido interrogado en la Comisión Especial del Senado que estudia este problema – y digo que es notorio porque ha tenido difusión en la prensa – que yo allí enumeré una serie de observaciones personales hechas en mi calidad de Médico Forense. Sin embargo, en este momento, para síntesis, yo no puedo hacer las mismas declaraciones, porque en mi calidad de Médico Forense debo guardar el secreto profesional, y porque además la mayoría de estas situaciones por mí observadas, están todavía en la etapa de presumario, y eso exige un secreto absoluto. Así que es un doble secreto que tengo que guardar: el secreto como profesional médico y el secreto relativo a un expediente judicial. Con todo, y de cualquier modo, estoy dispuesto a contestar con estas limitaciones, las preguntas que Ustedes me quieran formular.

¿Qué entidad le parece a Usted que tiene este problema en el momento actual?

Este problema, yo entiendo que ha tenido entidad desde hace mucho tiempo. Me parece muy bien y me alegra profundamente que ahora esté en el tapete y nos preocupemos todos de solucionarlo. No tengo tampoco ninguna duda de que en este momento el problema tiene mayor gravedad que hace unos años. Es decir que es un problema que paulatinamente se ha venido agravando. Yo digo que es muy importante esa verdadera conmoción que hay en nuestro país en este momento por el problema de las torturas, conmoción que es muy notoria, porque no solamente hay una comisión del Senado que estudia este problema, sino porque él es objeto de Mesas Redondas que se han difundido por la prensa, y porque incluso, el próximo lunes se realizará en el Salón de Actos de la Facultad de Medicina un debate sobre este tema. Digo que me alegra profundamente este hecho, por cuanto además de todos los problemas jurídicos y médicos que implica la existencia de una organización que tortura y de hombres que reciben esas torturas, se viola uno de los más sagrados derechos del individuo como es el mantener su integridad psico-física. Y no tengo ninguna duda de que siempre, pero en este momento más, se tortura. A veces tortura que se trasunta en lesiones físicas muy evidentes y muy notorias. Pero hay tortura de tipo psicológico, que se practica prácticamente en el 100% de los casos. Porque el simple hecho de detener una persona sin expresión de causa, o sin causa verdaderamente, detención hecha a veces por la Policía, otras veces – que en estas últimas épocas hemos visto en un número muy elevado de casos – por disposición del Poder Ejecutivo y para internar en dependencias del Ejército. Esa privación de la libertad prácticamente sin contacto con sus familiares por una cantidad de días implica una tortura de índole psicológica. No hay

lesiones físicas en ese caso pero sí tortura psicológica. Y los resultados de este tipo de tortura tal vez todavía no los sepamos, pero seguramente para más de una persona este hecho ha dañado su salud psíquica.

¿De qué punto de vista le parece a Usted, Prof. Arsuaga, importante considerar este problema?

El problema es importante desde muchos puntos de vista, desde cualquier punto de vista que se encare. Es importante – desde luego, estamos entre médicos y es lo primero que tenemos que ver – desde el punto de vista médico. Por cuanto hay veces que hay casos en los cuales las torturas han determinado la producción de lesiones importantes, lesiones incluso que desde el punto de vista jurídico entran dentro de la categoría de lesiones graves dentro de la catalogación del Código. Por ejemplo, es notorio que muchos de los torturados han sufrido lesiones que simplemente los incapacitan por más de 20 días para sus ocupaciones habituales. Y eso el Código Penal dice que es una lesión grave. Y eso el Código Penal dice que es una lesión perseguible de oficio, aún cuando no haya denuncia de parte del damnificado. Es decir que desde ese punto de vista tiene una enorme trascendencia, y desde luego que también es trascendente desde el punto de vista médico. No sólo por lo que habíamos dicho anteriormente de que es una violación a la integridad del hombre, sino porque además, es una violación al derecho de todo hombre de mantener su salud. Algunos de esos lesionados, seguramente han quedado con secuelas de diversa índole, lo cual trae enrabado el problema social determinado para esa gente por quedar con alguna secuela de algún tipo. Por último, porque seguramente, muchas de esas personas, como dije anteriormente, van a quedar con alguna secuela de índole psicológica cuya magnitud en este momento no podemos apreciar, pero que seguramente va a ser más evidente con el correr del tiempo.

Y además el problema de las torturas, entonces, ha determinado en este momento, su notoriedad, su frecuencia, que tenga una grave repercusión social. Existe en el pueblo, en la gente, en la sociedad, conciencia de este hecho, y esto implica la aparición del miedo. Del miedo con todas sus implicancias psicológicas. Y que ha hecho y va a hacer cada vez más que la gente que es detenida y que es presionada simplemente con un “plantón” o con un estacionamiento en un local absolutamente inadecuado e inhumano, declare una cantidad de cosas falsas, e incluso se declare culpable de hechos no cometidos. En nuestro país ha habido algunos casos tragicómicos al respecto, que se arrastran desde muchos años, pero que seguramente esas situaciones se van a reiterar con una frecuencia mucho mayor.

La sociedad, yo entiendo, que hasta este momento no se ha movido bien para enfrentar este problema, y que recién ahora, hace muy poco, se ha empezado a notar una serie de intentos para impedir que se reitere o que se mantenga este tipo de situaciones. No creo que sea muy fácil solucionar

este problema, pero tampoco creo que es imposible solucionarlo. Creo que si existiera la voluntad en el Ministerio del Interior, este tipo de hechos desaparecería. Entiendo que es obligación de todos nosotros el evitar que eso siga sucediendo.

¿Cuál le parece a Usted que sería la medida que el Sindicato Médico, por la responsabilidad que tenemos como médicos, por nuestro conocimiento del dolor humano, y por el mantenimiento de la integridad psico-física de las personas, podría adoptar para tratar de impedir que estos hechos se sigan sucediendo?

Bueno, yo creo que la mejor manera es justamente, hacer tomar conciencia a toda la población de la importancia de este problema, dándole la más amplia publicidad. Una de las formas es ésta como la que estamos realizando con esta entrevista. Pero yo creo que hay otras formas. Y creo que el Sindicato, al igual que se han movido otras organizaciones, podría realizar mesas redondas, de las que se sacarían conclusiones, que tendrían gran importancia porque serían conclusiones sacadas por médicos entre los cuales podría haber psicólogos, psiquiatras, médicos forenses, o que por la naturaleza de su función se hubieran percatado. Además, este tipo de problemas, yo creo que hay otro punto de vista que no ha sido muy estudiado. No ha sido percibido por una enorme cantidad de gente. Yo creo que acá incluso se puede hablar de faltas de Deontología Médica, y de faltas de responsabilidad profesional de muchos de los médicos actuantes. Por ejemplo, yo absolutamente sin saber los nombres de los colegas que actúan, me animaría a decir que los médicos de la Policía, seguramente, han faltado a la responsabilidad de su título de médicos. Porque yo no he visto ninguna denuncia en ningún lado hecha por esos médicos de Policía que sin ninguna duda tratan a muchos de esos torturados, antes de que esos torturados pasen al Juez.

Es notorio, y uno lo ha oído en todos lados, que incluso estos médicos que desempeñan ese tipo de funciones les han dado comprimidos a los torturados, para limitar, o para acelerar –mejor dicho– el proceso de recuperación de su lesión. Lo más obvio, lo más notorio, un hematoma que por su localización se observa fácilmente, como una simple equimosis, por medio de algún tipo de medicación muy conocida [*Tromasin*] se ha pretendido hacerlo desaparecer rápidamente de tal modo, que cuando se encuentre con el Juez no sea obvio ese tipo de tortura. Me planteo también si no hay responsabilidad –no estoy seguro, por eso digo me planteo– de muchos de los médicos tratantes, que por la naturaleza de sus cargos han atendido también algunos torturados más graves. Por ejemplo algunos de los médicos que prestan asistencia en el Hospital Militar. Yo no sé, porque entiendo que el mecanismo administrativo debe ser que esos médicos debieron denunciar esos casos a la dirección del Hospital. Yo no estoy seguro si lo han hecho.

Si lo han hecho, de cualquier modo no ha tenido trascendencia pública, no ha tenido repercusión pública, y entiendo que tampoco policial. Caben dos posibilidades: o los médicos no hicieron la denuncia del hecho, cosa que están obligados a hacerla, o la Dirección del Hospital no lo puso en comunicación de la Justicia. Pero de cualquier modo es un problema a examinar. Entiendo que también, tal vez, los médicos de guardia de los Hospitales de Montevideo hayan podido observar algún caso de tortura. Sin embargo, esos casos de tortura, no he visto que hayan sido denunciados, salvo en contadas excepciones.

Yo hablaba recién de la obligación de los médicos de denunciar a las autoridades competentes este tipo de hechos, y quiero aclarar que esta obligatoriedad emana de claras disposiciones del Código Penal, cuyo artículo correspondiente es muy fácil de ubicar.

La opinión pública considera que en general los torturadores no son penados, sino que las sanciones son demasiado leves puesto que permiten una reincidencia muy frecuente. ¿Qué entiende Usted respecto a este punto, Profesor?

Lo primero que hay que aclarar es que este tipo de delitos es de difícil prueba. Ya he dicho una vez que el problema de las torturas en este aspecto tiene similitud con la dificultad que existe para sancionar desde el punto de vista penal a las personas que cometen el delito de violación. El delito de violación es un delito entre dos, en el cual simplemente, con que uno niegue, aunque el otro afirme, no hay una prueba evidente. Este es un caso parecido. Las torturas son siempre en reparticiones policiales, donde hay testigos – pero los testigos dicen que no pasó nada – y donde una persona acusa, a veces dando nombres y otras veces sin darlos. La mayoría de las veces, aún cuando él en su intimidad sepa quiénes son los que lo han torturado, no lo puede decir, porque no les vio la cara. Porque es notorio, en la prensa reiteradas veces ha salido, que siempre son encapuchados los individuos que van a ser sometidos a tortura. Entonces no pueden decir “son Sultano y Fulano el que me pegó”. Pero aún sin que exista este problema, aún cuando haya acusación con nombres propios, es obvio que los torturadores dicen que no. Que ellos en ningún momento han sometido a torturas, que jamás en esa repartición policial se le ha pegado a nadie. Entonces, hay que demostrar que sí, que se le pegó y que sí que fueron ellos. No puede haber un fallo con sanción judicial por simple presunción. Por lo menos hay que aportar una semiplena prueba. En algunos casos es fácil, porque el tipo de lesiones, o la magnitud de las lesiones, hacen evidente que no se las pudo haber inferido la misma persona lesionada. Hay otros casos en que no es muy fácil. Porque en algún tipo de lesiones, el interrogado responde: “sí, al entrar en una habitación se cayó”, o “iba caminando y se golpeó contra una pared, o contra tal lado”. Y son 10, 12, 15 personas que dicen eso, frente

al juicio de una persona que dice que no, que le pegó Fulano. Y entonces, en esa situación, es muy difícil que el Juez pueda fallar, diciendo que fue golpeado por Fulano de Tal.

Otras veces, en que las lesiones son de tal tipo que es evidente que no puede habérselas inferido él mismo, hay que probar quién fue el autor de ese tipo de lesiones. Y esto, supongo yo – que no soy abogado – que debe ser difícil de probar.

Por otra parte, uno tiene la sensación de que aún cuando sea probado y el responsable sancionado, después no tiene mucha repercusión en la carrera funcional del funcionario que castiga. Por cuanto, esto es obvio y se puede decir – porque ya no pertenece más al secreto profesional, ha tenido repercusión en la prensa en su momento – existe el caso de un Subcomisario que fue procesado por lesiones causadas a una persona detenida, que cuando salió de la cárcel fue repuesto transitoriamente en su cargo, en el Gobierno anterior, pero que, y esto sí que es muy, muy grave, mientras fue procesado todavía no está fallada la causa, y podría concluirse de que no hubo tal causa para el procesamiento. Pero en el caso que yo tengo en este momento en la memoria, es el de un Subcomisario que después de castigar a la persona y haber sido procesado, haber sido puesto en libertad provisional, fue reintegrado a sus funciones. Pero más tarde vino el fallo, vino la pena, es decir, la Justicia determinó y decidió que esa persona era culpable. Y sin embargo esa persona sigue ejerciendo sus funciones de policía, en el grado de Subcomisario. Lo cual demuestra que por lo menos mantuvo su cargo después de haber cometido un delito de este tipo. Así que uno piensa que aún cuando tengan sanciones, o sean procesados, - es claro, es una incomodidad el haber estado unos días en la Jefatura detenido, entre compañeros, entre amigos, y no pudo salir a la calle, claro que importa. Pero una vez pasados 10 o 15 días, no tuvo más repercusión que esa.

CAPÍTULO 8

ACTUACIÓN GREMIAL Y UNIVERSITARIA

LA ÉTICA MÉDICA

Fue, Guaymirán Ríos Bruno, Miembro de la Comisión de Ética Médica del Sindicato Médico, y su Responsable, durante largos períodos. Le encargaron y cumplió a cabalidad, encabezar una Comisión que redactó por los años '70 un Proyecto de Código de Ética Médica, ante una necesidad imperiosa que nuestra profesión tenía, y que la estaba golpeando intensamente. El pedido del Comité Ejecutivo fue realizado el 20 de abril de 1972, y el texto estuvo entregado a comienzos de agosto del mismo año, mereciendo el agradecimiento del Comité Ejecutivo, por la eficacia y prontitud con que fuera realizado dicho Anteproyecto encomendado. Dirigió una serie de mesas redondas para debatir cuestiones que hacían a temas médico legales, obteniendo la participación de destacadas figuras del Foro Nacional, y de la Judicatura, que trajeron luz a intrincados problemas. Cito, porque lo recuerdo perfectamente, que organizó un debate de alto nivel científico, en 1968, para obtener una posición nacional para llevar a la Asociación Médica Mundial, que estaba discutiendo *la nueva definición de la muerte*. Como consecuencia de los primeros trasplantes cardíacos, realizados en 1967 por el Dr. Christiaan Barnard, en el Hospital Groote Schur, de Ciudad de El Cabo, Sudáfrica, se produjo una conmoción mundial, sobre la oportunidad y metodología en que se obtenía el corazón para el trasplante. Esa posición, salida de la discusión dirigida por el Dr. Ríos Bruno, fue llevada a la Asociación Médica Mundial por el Dr. Omar Barreneche, integrante del Comité de Ética Médica de dicha organización, en representación de América Latina, postura que finalmente fue la adoptada en la Declaración de Sydney, que estableció la nueva definición, exigiendo una serie de postulados. Entre ellos, dos electroencefalogramas planos del futuro donante, y la total independencia de los equipos médicos que determinaban la muerte y de los que realizaban la ablación de los órganos, y su posterior implante. De modo que de sus elaboraciones teóricas y sus trabajos grupales, gracias

a su pericia técnica y su amplio sentido común, pudo hacerse un aporte de importancia universal.

En nota del 4 de diciembre de 1969, se dirige nuevamente al Comité Ejecutivo del SMU, para denunciar, como socio, *“un hecho que considero de particular gravedad y en que se involucra conceptualmente principios fundamentales que el médico debe defender sin claudicaciones. En la tarde del día 1º del corriente, fuerzas policiales fuertemente armadas a guerra, incluso portando armas automáticas, penetraron al Hospital Pereira Rossell a la hora 16 llegando incluso a invadir la sala 4 de Ginecología, donde se asistía una enferma detenida. Se rodeó el Hospital y se controló la entrada de todas las personas, aún del personal técnico. Dicha “ocupación” duró varias horas retirándose posteriormente a las 6 de la mañana del día 2, dejando una fuerte custodia a dicha enferma que había sido aislada por iniciativa de la nurse de sala, dado que consultado el médico de guardia no supo dar solución al problema. Creo que este hecho, que es un episodio más en una escalada donde los Derechos del Hombre van siendo arrasados y cuyo alcance aún no alcanzamos a ver, merece por sí que el Cuerpo Médico Nacional se pronuncie OBLIGATORIAMENTE en un gesto de condena y tome las medidas de lucha que las circunstancias o hechos futuros hagan necesarias. Considero que es el momento de trazar una norma de conducta para casos de esta naturaleza que constituyen una afrenta a la Persona Humana en uno de sus derechos más legítimos, que es el de ser asistido respetuosamente durante su enfermedad sea cual fuese su filiación política, raza o religión. Junto al hecho precedente debemos considerar los casos de detenidos por la Justicia Común con custodia policial a los que, incluso se ha llegado a tener con medidas de contención a la cama colocándoles esposas, todo ello delante del resto de los enfermos de la sala. Muchas veces, en mi carácter de Médico Forense he hecho oír mi protesta en los juzgados de instrucción y he logrado que esa situación de bochorno a un enfermo terminara, pero considero que eso no puede estar librado a la inquietud mía o de otro médico sino que es hora que se tomen decisiones sobre el punto, claras y terminantes. A mi criterio, NO DEBE PERMITIRSE EN UNA SALA GENERAL NINGÚN TIPO DE CUSTODIA NI MEDIDA DE CONTENCIÓN.- NINGÚN ACTO QUE EVIDENCIA DETERMINADA CONDICIÓN DE UN PACIENTE FRENTE AL RESTO DE LOS ENFERMOS QUE SIRVA PARA INFERORIZARLO.- Incluso los interrogatorios, especialmente aquellos hechos por gente uniformada deberán necesariamente contar con el permiso del Médico de Sala o en su ausencia del personal responsable y deben efectuarse en un ambiente aparte.- EL MÉDICO JAMÁS DEBE CEDER ANTE NINGÚN TIPO DE PRESIÓN CUANDO SE INTENTE LESIONAR MORALMENTE UN PACIENTE A SU CUIDADO y como esta actitud puede traerle problemas, debe contar con la solidaridad gremial de sus colegas en caso que un enfrentamiento se produzca. Es por eso que hoy me dirijo a Ud. para solicitarle se tracen las normas futuras frente a hechos de esta naturaleza. (...)”*

Desde luego, frente a esta denuncia y a quien la formulaba, se dispusieron las medidas del caso que iban desde notas al Presidente de la Asamblea General, al Presidente de la Suprema Corte de Justicia, difusión a la prensa, nota al Ministro de Salud Pública, se solicitó audiencia al Presidente de la Corte y otras medidas. Pero este solo hecho, muestra la sensibilidad exquisita y altura moral del Dr. Guaymirán Ríos Bruno, respecto del trato que debían recibir los pacientes, cualquiera fuera su condición. Un mandato ético ineludible.

LA REELECCIÓN DE UN PROFESOR

Para tener idea de la forma en que actuaba, como Universitario y como hombre, baste citar dos ejemplos. Uno primero, documentado el 16 de junio de 1961, cuando se presentó ante la Mesa del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, a realizar una larga exposición, a propósito de lo que había aparecido en el Acta 58 del XXXI Ejercicio, del 15 de mayo de ese año, bajo el rubro “Comisión de Asuntos de Facultad, tema “Re-elección del Prof. de Medicina Legal, Dr. Héctor Castiglioni Alonso, páginas 13-14”. Allí él hace una encendida defensa de la actuación docente de este profesor y de sus colaboradores, disecando el informe de la Comisión, en base al cual el Comité Ejecutivo habría mandado a la delegación profesional a votar en su contra. Es un documento extenso al que nos remitimos para tomar razón de su posición, pero tomamos un fragmento, por su contundencia: *“Hace luego referencia el Informe a que 3 personas, en concreto el Dr. Arzuaga, el Dr. Folle (Juan A.) y el que habla, efectuaron sus concursos sin oponentes. Al leer esto medité sobre el motivo que pudo llevar a los Miembros de la Comisión a exponer en esta forma lo antedicho. Ni el Dr. Folle, ni el Dr. Arzuaga, ni yo, hemos tenido ningún roce con los miembros de la Comisión que pudiera explicar lo que precede. Por otra parte, es público que el Concurso para Médicos Forenses es de Oposición abierta, comprende varias pruebas y su Tribunal es uno de los más serios de nuestra República, pues consta de Delegados del Poder Judicial y de la Facultad de Medicina. A modo de ejemplo, durante mi Concurso actuó como Presidente el Dr. Piñeyro Chans, Presidente del Tribunal de Apelaciones en lo Penal, el Dr. Marcora, Juez Letrado del Crimen, el Prof. A. Chifflet, el Prof. Franchi Padé y el Dr. Ventura Darder, actuando como secretario el Escribano Pedro Grille. La seriedad de estas personas es de todos conocida y no merece comentarios. Se inscribieron 5 participantes con el que habla, no presentándose los otros a la Oposición, habiéndolo hecho a la Prueba de Méritos. Pasé por alto la frase a la que he hecho referencia, dije, pues por un lado existe la posibilidad en toda oposición de ser derrotado, como sabrán los integrantes de la Comisión, si es que alguna vez han hecho un concurso, y por el otro, porque nuestra trayectoria universitaria demuestra por lo menos que nos hemos esfor-*

zado para alcanzar nuestra posición actual teniendo el que habla 8 (ocho) concursos en su haber y siendo de los tres el menos capacitado. Como conclusión de lo antedicho, dado que no tenemos nada personal con los Miembros de la Comisión, que somos personas por todos conocidos en el ambiente universitario, que el Concurso es uno de los más puros, esta frase encerraba únicamente el propósito de restar méritos a la actuación que el Dr. Castiglioni Alonso pudo tener en nuestra preparación – y eso no lo puedo pasar por alto, y protesto indignado, pues cualquiera de los tres Forenses antes mencionados encontramos en el Prof. Castiglioni Alonso un amigo y un consejero, que nos abrió su Cátedra, que nos brindó su ayuda y experiencia en la preparación de nuestro concurso y al cual estamos profundamente agradecidos. Creemos que debe ser considerado un mérito que de la Cátedra de la Facultad hayan salido 3 Forenses que son respetados y estimados en el Poder Judicial”.

Defendía no sólo el honor de los Forenses, sino el de la Cátedra y su Catedrático.

SU ACTUACIÓN EN EL S.M.U.

Ríos Bruno no tuvo actuación en cargos de dirección del Sindicato Médico del Uruguay, salvo la integración de importantes comisiones asesoras del Comité Ejecutivo, que le confiaron los asuntos más delicados: los referentes a la Ética Médica, en diversos campos. La excepción es la siguiente.

En el estudio que realizamos sobre las *Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay 1920-2002*,¹ que recogió las referencias documentales de las elecciones realizadas en dicha institución en tal período, encontramos una sola mención de que Guaymirán Ríos Bruno haya integrado un órgano de gobierno institucional. Fue electo en 1968 como titular a la Junta Directiva del CASMU, como surge del Acta de Escrutinio que se transcribe parcialmente:

En mayo de 1968,² se presentan los mismos lemas médicos (“Dr. CARLOS MA. FOSALBA” y “SINDICALISMO AUTÉNTICO” y estudiantil (“ASOCIACIÓN SINDICATO”) que en la edición anterior, obteniéndose la siguiente distribución de cargos: Para el Comité Ejecutivo: “Dr. CARLOS MARÍA FOSALBA” los Dres. Jorge Dubra Tafernaberry, Ricardo J. P. Elena, Yamandú Sica Blanco y como suplentes los Dres. Domingo Russi Caramella, Rómulo Rodríguez Canzani, María del Luján Jauregui de Gayoso, Carlos Pazos, Wadi Dede, Daniel Gil e Isidoro Sadi. El lema “SINDICALISMO AUTÉNTICO” se adjudica dos cargos para los Dres. Luis Felipe Algorta Ponce de León y Héctor Puppo Touriz, como titulares, y como suplentes los

1 TURNES, Antonio L.: *Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay (1920-2002)*, 26 de noviembre de 2002. En: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/agrupaciones_smu.pdf (Consultada el 10.04.2013)

2 SMU: Acta General de Escrutinio del 18 de mayo de 1968.

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY	Entrada	7 Nov. 1950
	Libro	II Pág. 261

Montevideo, 30 de octubre de 1950.

Dr. Presidente del Sindicato Médico del Uruguay

Deseo ser inscripto como afiliado del Sindicato Médico, cuyos Estatutos conozco y acepto.

Nombre Guaymirán Arturo Páez

Domicilio Calle Bolívar 2614

Presentado por Drs. Fernando Paredes

Fecha en que se recibió de Médico _____

Firma: Guaymirán Páez

Estudiante de 4º año Aceptado en la sección de 21 de Dic 1950

Dr. Páez

Ficha de ingreso al SMU, siendo estudiante de 4º año, aceptado el 21 de diciembre de 1950.

Dres. Esteban Gaspar, Luis Bonavita Páez, Jorge Nin Vivó, Alberto Aguiar, Hugo Rodríguez Carrasco, Carlos Trujillo, Luis M. Piñeyro y Oscar Chavarría. El lema estudiantil "ASOCIACIÓN SINDICATO" obtiene tres cargos para los Dres. Gary Paulo, Horacio José Mirabal de la Llosa y José Luis Rodríguez Bossi, y como suplentes los Dres. Homero Bagnulo, Héctor Siris, Jaime Gofin, Nelson Albertoni, Barrett Díaz Pose y Luis Carriquiry.

Para la Junta Directiva del CASMU el lema "DR. CARLOS MARÍA FOSALBA" obtiene dos cargos para los Dres. Moisés Wasserstein y Daniel Canetti y como suplentes los Dres. Jaime Kalechszajn, Ismael Conti Díaz, Miguel Fierro, Raúl Muchada, Víctor Raggio Petrillo, Juan José Noli; el lema "SINDICALISMO AUTÉNTICO" obtiene dos cargos, para los Dres. Guaymirán Ríos Bruno, Juan Carlos Reynés, y como suplentes los Dres. Héctor Fazzio, Alejandro Bozzolo, Ary Tejedor Gatti, Luis A. Oronoz, Rubels Pereyra Aroztegy y Franco Danza. El lema estudiantil "ASOCIACIÓN SINDICATO" obtiene un cargo para el Br. Angel Ginés y como suplentes los Dres. Carlos Cagno y Tito Pais.

En el Comité Ejecutivo, la distribución de cargos resultó así:³ Presidente: Dr. Jorge Dubra Tafernaberry, Vicepresidente: Dr. Luis Felipe Algorta Ponce de León, Secretario médico Dr. Ricardo J. P. Elena, Secretario estudiante Br. Gary Paulo; Tesorero: Dr. Felipe Gaione. Sin embargo, poco tiempo después, un nuevo certificado notarial nos da cuenta de algún cambio: Presidente: Dr. Jorge Dubra Tafernaberry, Vicepresidente: Dr. Luis Felipe Algorta Ponce de León, Secretario Médico Dr. León Leibner, Secretario Estudiante: Br. Gary Paulo y Tesorero: Dr. Felipe Gaione.

CUESTIÓN DE ÉTICA UNIVERSITARIA

El 6 de agosto de 1969 José M. Reyes Terra (1909-1990) y Guaymirán Ríos Bruno, se dirigieron al Presidente del SMU, Dr. Omar Barreneche, con la siguiente consulta⁴:

Los abajo firmados, Dres. José M. Reyes Terra y Guaymirán Ríos Bruno, se dirigen a Ud. y por su intermedio al Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay, para poner en su conocimiento que el día 5 del corriente mes, han sido designados por el Poder Ejecutivo para integrar una Comisión Honoraria Técnica Asesora, que se ocupará del estudio de la "Prevención, Represión y Tratamiento de la Delincuencia Común".

Integran la misma los tres Catedráticos de Derecho Penal de la Facultad de Derecho, Drs. Adela Reta, Fernando Bayardo Bengoa y Juan Carballa, el actual Ministro de Apelaciones en lo Penal Dr. Fernández Viqueiras y el ex Presidente de la Suprema Corte de Justicia, Dr. Francisco Gamarra.

Dada la situación de conflicto entre la Universidad y el Poder Ejecutivo, hemos considerado nuestro deber como Docentes, dar cuenta de las razones que nos han movido a aceptar dicha designación:

- 1) El problema de la delincuencia ha sido inquietud permanente a través de nuestra actuación como Psiquiatra y Médico Forense respectivamente, la que se ha manifestado a través de Trabajos Científicos, Congresos Nacionales e Internacionales, Conferencias, etc.*
- 2) Nuestros nombres fueron propuestos por la Profesora de Derecho Penal Dra. Adela Reta, con quien fundamos e integramos la Sociedad de Ciencias Criminales y Medicina Legal en el año 1967.*
- 3) La Comisión es honoraria, estrictamente técnica y destinada a estudiar exclusivamente desde todos sus ángulos la problemática de la delincuencia común.*

3 BARDALLO, Julio R.: Escribano Público. Certificado de Autoridades del 6 de agosto de 1968.

4 REYES TERRA, José María: legajo personal en el SMU.

- 4) *La importancia del tema, es por demás conocida y abarca diversos aspectos técnicos: Psiquiátricos, Médico Legales, Sociológicos, Jurídicos, etc.; y por primera vez en nuestro País, se plantea este estudio a nivel Universitario inter disciplinario.*
- 5) *Todos los Miembros de esta Comisión, cinco de los cuales son Docentes Universitarios han demostrado a través de toda la carrera, su independencia personal frente a cualquier tipo de influencia, posición que están dispuestos a mantener sin claudicaciones a lo largo de la actuación que les quepa en esta Comisión.*
- 6) *Dejamos especial constancia que cuando se nos comunicó el día miércoles 30, que dicha Comisión se iba a constituir, se nos planteó de inmediato el escrúpulo de ver, que por un lado teníamos la posibilidad de contribuir a una obra trascendental para nuestro País, y por otro colaboraríamos con un Ejecutivo con el cual discrepamos en múltiples aspectos de su gestión, en especial y fundamentalmente, en su actitud frente a la Universidad. Esto nos llevó a consultar al Presidente del Sindicato Médico del Uruguay Dr. Omar Barreneche, quien a título personal, y sin comprometer la opinión de dicho cuerpo, no vio ninguna objeción a que integráramos dicha Comisión, dado que la misma era de carácter exclusivamente técnica. A su vez los Juristas, plantearon el problema al Sr. Decano de la Facultad de Derecho y al Sr. Rector de la Universidad, quienes aconsejaron la aceptación en pleno de los designados.*
- 7) *A pesar de lo antedicho, el día lunes 4, cuando se nos comunicó que a la hora 18 era la designación oficial, solicitamos una prórroga de una semana, para comunicar en ese lapso, las razones que hoy exponemos al Consejo de la Facultad de Medicina y al Sindicato Médico del Uruguay.*

La urgencia de los problemas a tratar hizo que el día martes a la hora 11, se nos designara oficialmente, por lo que esta comunicación se hace a posteriori de la toma de posesión.

No se nos escapa, que se ha solicitado un servicio y una colaboración desde sectores cuya política no compartimos, y que así lo hemos manifestado [a] quienes nos han designado; pero entendimos, al aceptar, que ese servicio y esa colaboración lo prestamos no a Personas sino al País, considerando que hoy más que nunca, se necesita del esfuerzo de los ciudadanos que miran al futuro con espíritu constructivo.

Saludan al Sr. Presidente y por su intermedio a los demás Miembros del Comité Ejecutivo, quedando a sus órdenes,

Dr. José M. Reyes Terra

Dr. Guaymirán Ríos Bruno

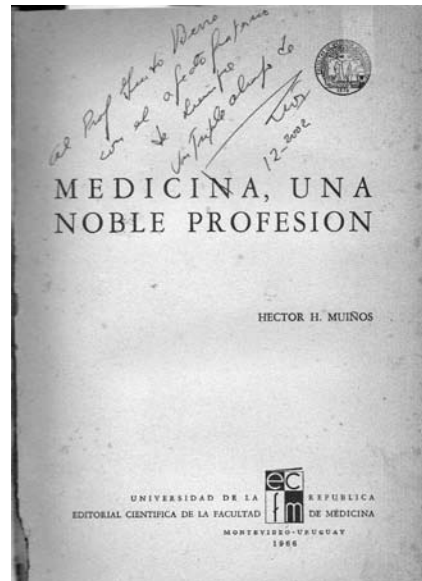
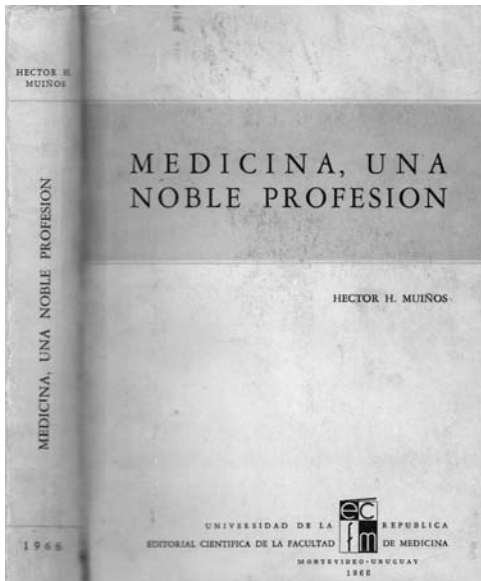
CAPÍTULO 9

EL HUMANISTA

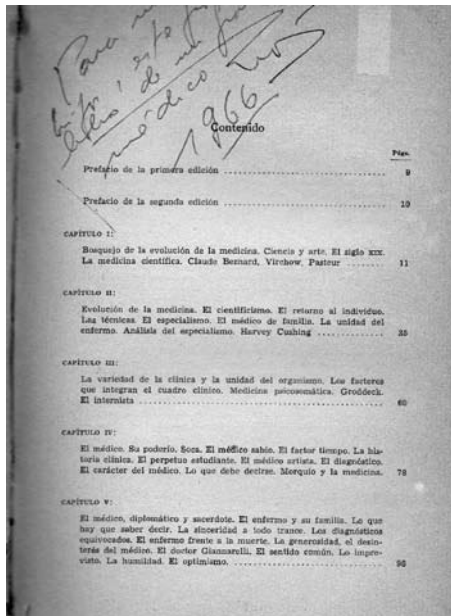
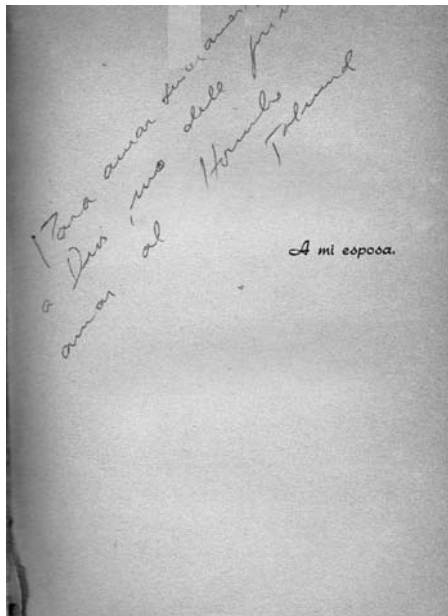
MEDICINA, UNA NOBLE PROFESIÓN

Fue un combatiente laico en defensa de la vida. Trabajó más de 30 años por la organización de los servicios de Emergencia y elaboró las pautas para realizar los primeros simulacros de desastres, a fin de preparar psicológica y materialmente a la organización, sobre todo entrenar a los recursos humanos hospitalarios.

Colaboró con diversas Cátedras, de Medicina, Cirugía, Semiología, Medicina Legal. Con el Sindicato Médico. Con la Sociedad Uruguaya de Cirugía. Y finalmente, cuando la Cátedra de Medicina Legal celebró en el Aula Magna de la Facultad su 125° aniversario, él acercó, humildemente, un libro del que dijo todos los estudiantes de Medicina y los Médicos deberían leer: *Medicina, una noble profesión*, cuyo autor fue el discípulo de



Francisco Soca, Héctor Homero Muñós. Con ese gesto público, el último que recuerdo de él en la Facultad, pasó la posta y dejó un legado. De ética, de coraje, de inmenso humanismo y de profundo optimismo. Su memoria estará siempre entre nosotros, como guía y ejemplo.



Guaymirán Ríos Bruno le entrega su ejemplar de *Medicina, una noble profesión* al profesor Guido Berro en ocasión de celebrar el 125° aniversario de la creación de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina.

LA VIDA ES PURO CUENTO

En el año 2000 Guaymirán Ríos Bruno publicó, con un viejo y entrañable amigo, Alfredo Brida, un herrero de cultura singular, el libro *Cuentos de uruguayos sobre las cosas y los hombres*,¹ con prólogo del Dr. Alberto Zumarán, quien conocía desde la militancia juvenil con Wilson Ferreira Aldunate, al segundo de los autores (Brida), y cuyo prólogo ilustra sobre la naturaleza de los vínculos y la sorpresa que le produjo al prologuista tomar contacto con la obra de ambos. Pero sobre todo la impactante dureza no exenta de ternura de los personajes que Ríos Bruno describe en sus 16 cuentos.

Nos dice Zumarán: “(...) Distinto es el caso del Dr. Guaymirán Ríos Bruno, porque mi relación con él no alcanzó ni la intensidad ni el tiempo para sazonar que tuvo la que a lo largo de la vida he sostenido con Alfredo Brida. Me enfrenté pues a los cuentos del Dr. Ríos sin esa carga de emociones y prejuicios que todos llevamos auestas cuando nos ponemos frente a la obra de alguien a quien conocemos y estimamos. Comencé pues a leer los cuentos del Dr. Ríos con el espíritu más sereno, para encontrar en ellos un mundo de violencia, vicio y miseria que me conmovieron profundamente, hasta hacerme perder aquella serenidad, aquella cómoda placidez inicial. Como que los cuentos del Dr. Ríos actúan como un removedor de nuestra conciencia, tantas veces adormecida por el diario trajinar. Cuando me sumergí en las páginas de Ríos, ante mis ojos – como ante los suyos, estimado lector –, fueron desfilando la pobreza extrema, la infancia desamparada, las carencias tremendas de los servicios de salud cuando están dirigidos a los más pobres, los excesos de alguna policía, las



1 BRIDA, Alfredo y RÍOS-BRUNO, Guaymirán: Cuentos de uruguayos sobre las cosas y los hombres. Mario Calvi Servicios Gráficos. 1ª. Edición, Montevideo, noviembre de 2000, 163 páginas. De ellas, unas 90 páginas corresponden a cuentos del primero de los autores, y unas 69 a los del segundo, todos ellos producciones breves e impactantes.

fuerzas de seguridad enfrentando a los estudiantes en el clima de los años setenta y sobre todo, lo que emerge con más fuerza de los textos, ese cúmulo de frustraciones que puede llegar a sentir un espíritu sensible y con responsabilidad social, cuando en medio de tantas miserias, quiere ser ese “médico de los pobres”, altruista y justiciero, pero que a pesar de sus intenciones se estrella ante las limitaciones que la realidad impone, y que, a su vez, no pierde las ganas de volver a empezar su lucha contra ellas, a pesar de los fracasos acumulados. En estas páginas el Dr. Ríos Bruno recoge sus experiencias de médico cirujano discípulo del Profesor Larghero que llevó adelante la ímproba tarea de organizar la Emergencia del Hospital de Clínicas a la que acuden, precisamente, tantos pobres de nuestra ciudad y del país o también sus experiencias en el Hospital Policial con un entorno humano de similares características; además de haber sido durante treinta años Médico Forense, con lo que supone el ejercicio de esta especialidad en lo referente al conocimiento del ser humano en condiciones extremas. Entonces, no es de extrañar que en la obra, la denuncia social aparezca nítida, terminante, como si la vida y el mundo empezaran y terminaran en esas miserias, sin que los desheredados pudieran conocer otra realidad, y ni siquiera tuvieran delineado en el horizonte la esperanza de un mundo mejor. Pero a diferencia de alguna literatura de denuncia en boga en los años sesenta y setenta, que describía estas duras realidades casi con morbo, donde el autor se regodeaba con la sola circunstancia de describirla, aquí en los cuentos del Dr. Ríos, de la dureza del escenario y del entorno emergen personajes llenos de ternura. En los relatos del Dr. Ríos, además de la descripción de esas duras realidades realizada por alguien que demuestra conocerlas bien a fondo, se levanta el dedo acusador a una sociedad y a un tiempo que miran con indiferencia la miseria que la rodea, pero sin que este elemento acusatorio se transforme en lo central del relato. La denuncia aparece casi como un pretexto para destacar, con rasgos muy vigorosos, que a pesar de tantas miserias y renunciamentos, el caído es un ser humano que vale la pena de ser conocido, que puede ser valorado y amado; por lo que el autor baña a sus personajes con una ternura que llega a ser conmovedora.”²

CUATRO CUENTOS DEL CHUMBO RÍOS

De los dieciséis cuentos publicados en el mencionado libro, hemos seleccionado cuatro. Pero en realidad deberían estar todos. Porque cada uno pinta las miserias humanas vinculadas al ejercicio de la profesión y de los diferentes ámbitos por los que el *Chumbo* circuló. Detrás de cada uno parece una ficción, aunque revela un hecho vivido, con personajes reales. Una clínica con un profesor que ya podemos imaginar, haciendo contravisitas en la madrugada. Un juzgado penal con un juez que culminó como un alto magistrado. Un episodio en el pasaje por un hospital universitario. Sin duda inspirados muchos años antes de darle forma escrita. Dan cuenta de la

2 Obra citada, páginas 5-6.

sensibilidad del autor por esos hechos abandonados al olvido, que forman el interminable collar que cada uno lleva consigo. Nos revelan al *Chumbo* bajo una mirada diferente, aunque totalmente coherente con su manera de ser y expresarse, llanamente y sin pelos en la lengua. Mostrando lo que de tanto repetirse, va anestesiando el espíritu. Pero él lo explicó bien en la introducción: son autobiográficos. Así podremos conocer al *Chumbo* algo mejor, o tal vez redescubrirlo.

El propio autor realiza una introducción, que titula “*A modo de Justificación*”, que lo revela en todo su humor y permite asomar a su filosofía de vida, y dice así:

“Querido Lector: A vos que gastaste unos pesos en comprarme este libro y que te lo vas a tener que leer (salvo que lo hayas comprado para alguno que le tengas rabia), tengo que darte algunas explicaciones para que sepas cómo se originó. Primero debés conocer algunos datos de mi vida, para que entiendas mejor la cosa. Te diré que ya estoy viejo y me pasé la vida estudiando y trabajando como un loco hasta que un día Dios misericordioso se acordó de mí y dijo: “Pobre pecador, ya se ha roto bastante, vamos a mandarle una bendición” y me tapó una coronaria. Por si no sabés, es una de las dos arterias que irrigan el corazón y casi sin darme cuenta me encontré en una cama de sanatorio, y así de pronto pude hacer algo que nunca había hecho: meditar sobre la vida y sobre la muerte, sobre las cosas y los hombres. Repasar los buenos y malos momentos de mi vida y cuando me dejaban solo para descansar, mi cuarto se llenaba de fantasmas que me contaban sus historias y que me pedían que las escribiese, para que por lo menos alguno no los olvidara. Y así nacieron mis cuentos, sus personajes fueron reales; a muchos los conocí por fuera y a algunos por dentro, autopsia mediante. Todos ellos tenían para mí un mensaje y fueron mi consuelo y mi compañía en esos jodidos momentos. Ellos me ayudaron a pasar mis horas de soledad y de angustia y tal vez nos encontremos pronto cuando se me tape la coronaria que me queda. En el estilo no te fijas; si encontrás una falta de ortografía no le hagas caso, sólo quiero que sepas que son de verdad, que vivieron y murieron tal como te lo cuento. Algunos amigos a quienes se los leí me echaron en cara que había algunos muy amargos y que las cosas no son como yo las pinto. Gracias a Dios, no todas las cosas son como yo las pinto; en el mundo todavía hay una gran dosis de amistad, de amor y bondad, si no fuera así, ¡ya te digo! Pero también hay mucho de lo otro y creo que es necesario mostrarlo de vez en cuando para ver si entre todos arreglamos un poco este mundo loco. El Talmud dice: “Tú no eres quien, para dar cima a la obra, pero no tienes derecho a abstenerte de intentarlo”. Y así yo traté de poner mi granito de arena. Empecé a escribir para entretenerme y empecé a hacer cuentos. Se los leí a mis hijos y les gustaron, otro día me animé y lo hice con un gran amigo; para asombro mío, me insistió en que siguiera escribiendo, así que ya ves que no solo yo tengo la culpa de esto. Tengo la esperanza que cuando veas un bichicome o un desgraciado en el suelo o leas en los diarios

un hecho que “conmueve a la opinión pública”, te dé por pensar en cuáles fueron las causas que llevaron a ese ser humano a hacer eso y tal vez, lo comprendas un poco y te des cuenta qué difícil es juzgar a los hombres y al decir hombres digo tus hermanos, digo vos mismo, porque si mirás un poco para adentro a lo mejor encontrás algo de todo esto que tienen mis personajes. Para tu tranquilidad debo decirte que desde hace muchos años, grandes cerebros de la humanidad han tratado de buscar explicación a estas conductas y se lo han atribuido a la herencia, a la educación, a la influencia del medio ambiente, yo qué sé, a todo lo que te puedas imaginar, con lo cual te das una idea de que la conducta de un hombre está influenciada por mil factores y que de estos depende que sea un honesto ciudadano o un delincuente perdido. Vas a ver cómo un hombre está hecho de claroscuros y que el delincuente más perdido tiene a veces gestos que lo engrandecen. En suma, tal vez llegues a la conclusión que el partido no se juega entre los buenos y los malos, sino en una mezcla de más o menos buenos y más o menos malos. Así que cuando veas un desgraciado en el pozo, no te alcance con darle la mano para sacarlo. Si querés hacer las cosas bien, tenés que meterte adentro y empujarlo de abajo para que salga y al final, de repente, te dé por pensar como yo lo hago tantas veces... ¿Quién tuvo la culpa? No faltará algún exquisito que diga que soy un derrotista y que así no se consigue otra cosa que amargar a la gente; yo creo que eso no es verdad; para curar una enfermedad lo primero es hacer un diagnóstico y éste se basa en el análisis de los síntomas y de los signos. Lo que pasa es que en nuestro país, desgraciadamente, a veces se ven los síntomas y los signos pero raramente se hace el diagnóstico y casi nunca el tratamiento adecuado. Si no me creés, date una vuelta por las cárceles y vas a ver cómo reforman a la gente, por el Consejo del Niño, por los hospitales, hablá con los jubilados, con las prostitutas y con los malandros, hablá con los médicos, los policías, los maestros y los jueces y vas a ver en definitiva en qué queda lo de la enseñanza gratuita, la asistencia integral, la seguridad del retiro, la reforma del preso, y vas a ver que en este país desgraciadamente somos todos iguales, pero algunos más iguales que otros. Y si te quedan dudas paseate un rato por Gorlero y por Arocena y después andá para Aparicio Saravia y notarás algunas diferencias que, si sos muy sagaz, te llamarán la atención. Conocer esa trágica realidad es meterle el hombro al Uruguay, tratar de arreglar eso debe ser tarea de todos, pero mientras se consigue, tratá de entenderlos y si podés, dales una mano. Tu amigo que te pide disculpas, Chumbo.”

A tan elocuente síntesis sólo debemos agregar que los cuentos publicados se titulan: 1. La vuelta al pago. 2. Anhelos. 3. Rehabilitación. 4. El derecho a la salud. 5. Diagnóstico final. 6. Frustración. 7. Solidaridad. 8. El mejor amigo del hombre. 9. Policía científica. 10. Patria pa'naides. 11. El amigo. 12. Sean los orientales tan ilustrados como valientes. 13. Reencuentro. 14. Experiencia. 15. El degollado de Masoller. 16. Un pedazo de pan.

I

*A mi hijo Gonzalo***ANHELOS**

Estaba contento. Al fin después de tanto traquetear lo iban a operar. Tenía fe en los médicos, siempre lo habían tratado bien, sobre todo el Profesor. Todavía se acordaba de la noche que ingresó con la hemorragia, cómo lo vino a ver a las dos de la madrugada en pleno invierno y lo tranquilizó con su presencia y sus palabras: *“Quédese tranquilo mi amigo, todo se va a solucionar bien”*. ¡Pareció mentira! Se sintió mejor y pudo dormir luego de varias noches en vela.

Se puso a pensar en el pago, en los gurises que habían quedado en lo del compadre. Por ellos tenía que curarse, porque lo tenían sólo a él.

Su compañera la perdió dos años atrás cuando monteaba en el Arapey. Recordó esa noche cuando la encontró en un charco de sangre y blanca como un papel. Hacía tiempo que tosía, pero a doce leguas del pueblo y con gurises chicos iba guapeando con remedios caseros. Murió apretándole la mano con los ojos muy abiertos y mirándolo fijo. Lo último que dijo fue: “Cuidame los gurises”. Desde entonces fue padre y madre; recién ahora había tenido que dejarlos.

La cosa empezó de a poco, primero los dolores que fue aguantando, un tiempo después los vómitos y al fin la hemorragia. En un carro lo llevaron al Pueblo medio desmayado y de ahí a Montevideo en ferrocarril. Del viaje se acordaba como entre sueños.

Ahora se sentía bien. Al fin todo iba a solucionarse, el médico le había dicho seis o siete días más y volvería al pago.

Si podía iba a comprarles algo a los gurises en el Pueblo y luego... pa' las casas, antes que lloviese mucho, porque de no, no pasaba la cañada. Los extrañaba mucho, como buen criollo nunca les demostró lo que los quería, pero jamás les dejó faltar nada, iban creciendo sanitos y fuertes; el mayor con sus ocho años ya era un gauchito guapo que lo ayudaba con los otros y en el trabajo del campo. ¿Qué estaría haciendo? ¿Qué estaría pensando?

Cuando lo estaban preparando para operar bromeó con las enfermeras y subió a la camilla contento y confiado en la ciencia. Sintió el pinchazo en el brazo y se durmió pensando en sus montes del Arapey.

Cuando hicieron la lista de operaciones el Profesor le apuntó la operación del paciente de la cama 11; era un cáncer de estómago. ¡Iba a ser su primera gastrectomía! Miró el equipo de ayudantes y quedó tranquilo, estaba bien ayudado.

Hacía tiempo que lo venía esperando. Se sabía todos los tiempos quirúrgicos de memoria.

Era un caso bastante bueno, con un diagnóstico precoz y una lesión al parecer no muy extendida. Además el gaucho era fuerte como un roble, estaba flaco pero aún conservaba esa fortaleza que da voltear árboles y trabajar la tierra toda la vida.

De tarde fue al hospital para la contravisita y lo fue a ver:

—¿Cómo andás hermano? ¿Te sentís bien para mañana gaucho jodido? Quedate tranquilo que te dejo como nuevo y andá preparando el cordero que nos vamos a morfar juntos cuando te vayas de alta.

Le gustaba el criollo ese, serio, callado, nunca se quejaba ni molestaba a nadie. Sabía que era salteño y que estaba solo en Montevideo. En la Sala lo querían todos, ayudaba a las enfermeras y hacía mandados a los otros enfermos.

A veces hablaba de sus montes, de su río y de sus hijos.

Cuando le hizo la historia clínica supo de una caída de un potro domado a campo y de una herida en el muslo alambrando un potrero.

No había otros antecedentes patológicos.

Algo se acordaba que le había contado de la mujer que murió tuberculosa o algo así; tenía que aconsejarle cuando le diera el alta de llevar a los hijos a hacerles una radiografía. Le indicó la premedicación y se fue para la casa, quería repasar la técnica esa noche, por si el Profe venía a ver la operación.

Los estudiantes sacaban apuntes mientras el autopsista describía los hallazgos post-mortem con voz monótona “...abierta la cavidad abdominal se comprueba una peritonitis difusa motivada por una falla de sutura en una gastrectomía ensanchada...”

Se quedó parado atrás; sabía que no tenía la culpa, esas cosas pasaban. ¡Era un cáncer de estómago machazo! Recién al abrir el vientre se dieron cuenta de la extensión; a pesar de todo, le quisieron dar una chance al pobre paisano.

Le dio bronca que se le muriese la primera que hacía. Salió de la Morgue decidido a aguantar las cachadas de los colegas; sabía que era una forma de poder llevar la pesada carga de la cirugía, de aturdirse un poco y no pensar en el fracaso porque si no, era para pegarse un tiro o irse a vender ballenitas en un ómnibus.

* * *

Sentado en la barranca veía cómo crecía la cañada de a poquito. La conocía bien, en poco tiempo no daría paso. Miró el camino, pronto vería el carro del puestero trayendo a su padre. ¿Cuánto hace que se lo llevaron?

Se quedaron solos, de agregados en lo del Padrino; no es que estuvieran mal, pero no era lo mismo.

Extrañaba su rancho, el patio chiquito donde se crió jugando con sus hermanos, corriendo las gallinas a cascotazos a la siesta cuando su padre se tiraba a descansar.

En ese patio el viejo desensillaba al volver del campo de tardecita y él lo esperaba con un amargo calentito.

Recién se daba cuenta de lo que quería y extrañaba al padre; siempre lo conoció trabajando día y noche, en el monte volteando árboles, en el bañado cortando paja brava y cuando volvía del campo, preocupándose por ellos.

¡Gracias a Dios él ya era grandecito y le daba una mano!

A veces cuando descansaba en el monte, le hablaba de su madre, de lo buena que era, que se había ido al cielo y de allí los cuidaba y protegía.

Cuando le pasaba la mano dura y callosa por la cabeza, sentía brotar una gran ternura en su pecho y miraba al Padre y lo veía grande y fuerte y se sentía seguro y tranquilo. Ahora se habían quedado solitos y habían sentido la ausencia del Padre como nunca.

Por eso estaba ahí, sentado, esperando, deseando que volviera para abrazarlo y gritarle que cuando fuera grande sería como él, así de fuerte y así de Hombre.

A lo lejos volaron unos teros; el sol se ocultaba atrás del monte, pero el camino seguía vacío.

* * *

II

*Para mi hermano Armando, “un Juez de Lujo”,
con quien pasamos tantas horas tratando de lograr
lo que es cada día más difícil: la justicia.*

REHABILITACIÓN

Apenas entró de turno lo llamaron de Jefatura; al parecer un detenido en averiguación se había ahorcado en la celda. Usó la camisa atando una manga al cuello y la otra al barrote de la ventana y quedó semi-sentado de cara a la pared; y así lo encontró el guardia cuando por la mañana abrió la celda.

Cuando hizo el reconocimiento, lo encontró frío y con rigidez cadavérica, lo que demostraba que la muerte se había producido varias horas atrás. La cara tumefacta, de color azul, con los ojos y la lengua afuera. No presentaba signos de otras violencias.

Algo le llamó la atención, pero en el primer momento no se dio cuenta bien de lo que era. Se despidió del oficial luego de disponer que enviaran el cuerpo por la tarde a la Morgue para la autopsia correspondiente.

Salió caminando para buscar el auto que había dejado a un par de cuadras y de paso, en un boliche se tomó un café para sacarse el sueño.

Mientras iba por la Rambla se puso a pensar en el muerto, solo y colgado de una reja en una fría celda. ¡Qué jodida manera de morir!

¿Qué lo llevó a eso? ¿El miedo a las palizas? ¡La desesperación final de una vida desgraciada! ¡Vaya saber! Fuese lo que fuese se llevó el secreto a la tumba. Como dijo el oficial, “*El Pirincho, iun malandra de mi flor!*”

Almorzó rápido y salió para la morgue, era lunes y por lo general era un día de mucho trabajo. Ya lo esperaba Mirta, la secretaria, con un montón de oficios y certificados de defunción para llenar y firmar.

Había seis fallecidos sin asistencia médica, dos de los cuales eran unos bichicomes que encontraron en un baldío del Puerto, muertos de hambre y frío.

Dos accidentes de tránsito y un suicidio por herida de bala craneoencefálica.

Trabajó duro y tres horas después ya había terminado las autopsias. Todo quedaba en orden, los cadáveres en sus ataúdes, los certificados de defunción completos y firmados.

Iba a sacarse la túnica, cuando reparó en el último oficio que había llegado y vio que era el del ahorcado de la mañana. El ayudante lo puso en la mesa de autopsias y en ese momento, en ese preciso momento, cuando lo examinó de cerca, recién se dio cuenta que era *El Pirincho* porque le faltaba

el lóbulo de la oreja. Eso era lo que le rondaba en la cabeza, en la comisaría lo había visto colgado y no se había dado cuenta del detalle.

¿Cuánto había pasado? ¿Seis o siete meses? No se acordaba bien.

Fue un día en que, al llegar al Juzgado el Juez lo estaba esperando para ir juntos a un hecho... al parecer, un caso claro. Dos policías habían sido agredidos a balazos por un delincuente que se encontraba robando; al darle la voz de alto, los había agredido a balazos y en defensa propia repelieron la agresión, dando muerte al delincuente.

Recogieron al Actuario por el camino y se dirigieron a la Seccional, donde estaban los funcionarios que protagonizaron el hecho.

La explicación fue clara; mientras estaban de recorrida, sorprendieron a dos sujetos forzando la puerta de una farmacia. Al darles la voz de alto, huyeron cubriendo su retirada a balazos. Uno, al parecer herido, se perdió en la oscuridad de los baldíos de la zona, el otro al verse acorralado, se cortó los antebrazos y atropelló a uno de los funcionarios, al que tiró una puñalada que le alcanzó a cortar la ropa. Frente al peligro de su vida, repelió la agresión con tan mala suerte que al hacer un disparo con fines intimidatorios, tropezó en una piedra yendo el proyectil a herir al delincuente que cayó al suelo fulminado.

Todo parecía en orden pero la cosa no terminaba de gustarles, a pesar que cortarse es frecuente en los malandras veteranos, para ser llevados al hospital, donde no solo se salvan de la pesada, sino que a veces se las toman.

Pero, ¿por qué cortarse y después atacar a los agentes?

Otro hecho llamativo, aunque en esos barrios no era raro, era el hecho de que no hubiese ningún testigo en ese lugar, con un boliche abierto en la esquina. Nadie oyó ni vio nada.

Salió con el Juez y el Actuario al lugar del hecho para hacer el examen *in situ*. Era una calle del Cantegril y allí contra la pared de un rancho estaba el muerto. La sangre y la sustancia cerebral habían ensuciado la pared.

Se agachó sobre el cadáver y lo dio vuelta; enseguida se dio cuenta, que tenía las mangas del saco arremangadas y ambos antebrazos mostraban varios cortes transversales, los bordes de las heridas sin retracción, nada de sangre ni en el fondo ni en los bordes de las heridas. Evidentemente eran lesiones *post-mortem*.

Se levantó y miró al Juez, éste esperaba los datos del reconocimiento primario, mientras conversaba con los funcionarios que los habían acompañado.

¿Cómo tomó el cuchillo mientras se arremangaba? La cosa ya no les gustaba nada. No había dudas: los habían querido pasar. El Juez estaba pálido y como siempre que se enfurecía, no dijo ni una palabra. Ordenó dejar a los agentes detenidos y volvieron al Juzgado. Necesitaban más pruebas, en

especial algún testigo de los hechos. Mandó llevar al Juzgado a varios vecinos pero nadie sabe nada, era evidente que no le iban a dar ningún dato.

Pasaron varias horas interrogando a los homicidas pero se mantuvieron firmes en su relato.

La cosa parecía no tener salida, hasta que sonó el teléfono y una voz temblorosa pidió hablar con el Juez:

–*Yo vi todo Señor Juez y quiero declarar.*

–*Venga al Juzgado mi amigo* – dijo el Magistrado.

–*No me animo, si me agarran en camino me hacen la boleta!!*

–*Quédese donde está que lo vamos a buscar del Juzgado.*

Cuando dio la dirección salieron en el auto del Juez y se dirigieron a La Teja, ahí en un rancho al lado del Pantanoso, estaba *El Pirincho*, con una herida en la oreja, ladrón conocido, delincuente desde siempre, fruto de la miseria y la orfandad.

Lo llevaron al Juzgado temblando, tuvieron que darle un café con leche. Hacía cuarenta y ocho horas que no comía nada encerrado en el rancho.

El Juez le dijo:

–*No tengas miedo, aquí nadie te va a hacer nada y decime lo que viste.*

El Pirincho, sin levantar la vista del suelo, contestó:

–*Yo era el que iba con el muerto. Cuando vimos los canas, quisimos disparar pero nos pararon pistola en mano, y entonces uno se acercó y reconoció a mi amigo y le dijo “al fin caíste roto”, y le apuntó a la cabeza. El Chueco vio que lo mataba y se arrodilló pidiendo por la madre. Cuando vio que le iba a tirar se dio vuelta y el cana lo baleó en la nuca. En ese momento disparé y me metí en los baldíos esquivando las balas aunque una me voló la oreja.*

–*¿Vos tiraste sobre los agentes?*

–*¡Yo! ¡Si nunca tuve un chumbo!*

–*¡Decime por qué viniste a declarar carajo!*

–*Mire Señor Juez, yo nunca fui nada, soy un desgraciado, pero el Chueco era mi amigo y me hizo muchas gauchadas y lo mataron como a un perro, por eso quiero quemar a esos hijos de puta.*

El Juez lo quedó mirando, era evidente que no mentía, su indignación era real. En el fondo del alma de ese malandra, una luz había brillado, un destello de emoción y de sed de justicia, frente a ese hecho incalificable. Y ahí estaba asustado, temblando por lo que le pudiera pasar, pero dispuesto a jugarse por el amigo.

–*Está bien* – le dijo el Juez – *vamos a carearte con los policías, de eso depende todo, si te aguantás se van a pudrir en la cárcel. No tengas miedo que acá te vamos a proteger.*

Entraron los dos agentes esposados y cuando vieron al *Pirincho*, se les endurecieron las caras y le clavaron en los ojos la mirada. En ella se leía un mensaje de odio y venganza.

El Pirincho temblaba, parecía que se había achicado, no levantaba los ojos del suelo por miedo a mirarlos, pero así y todo declaró en forma terminante. Sabía que se jugaba la vida y lo hizo sin esperar nada.

Con eso y las pruebas periciales el procesamiento fue inmediato. Cuando salieron los detenidos, el *Pirincho* no se animaba a salir del Juzgado. Sabía que los capangas de la policía se la iban a cobrar.

El Juez se dio cuenta y le aseguró que no debía temer nada, que cualquier problema se lo hiciera saber, que él lo protegería. Le explicó que la mayor parte de la policía, era gente de bien y que se pondría de inmediato en comunicación con los Superiores para que no se cometiera ninguna arbitrariedad con él.

Para darle mayor tranquilidad, lo citó al Juzgado cuarenta y ocho horas después.

Cuando se fue, quedaron charlando sobre el caso, comentando los claroscuros del mismo; lo terrible del crimen cometido por quienes tienen el deber de cuidar la Sociedad y que en un acto así, traicionan la profesión y ensucian a sus compañeros decentes.

No había duda que el fiscal les iba a pedir la pena máxima a los homicidas, pero el hecho más llamativo fue la actitud del *Pirincho*. Demostró que todo hombre, así haya caído a lo más bajo, tiene algo de bueno dentro. Insistió en el hecho, él siempre creyó en la rehabilitación del delincuente e insistía que había que sustituir las cárceles por otros establecimientos, educarlos, darles oportunidades y ese caso lo demostraba claramente.

Dos días después el Actuario le dijo sonriendo:

—Doctor, ¡su protegido no apareció!

Quién sabe, no se habría animado a venir, pensó.

Un pensamiento pasó por la mente del Juez y se comunicó con Jefatura. Allí le comunicaron que había sido detenido por “conocido” y se le estaba interrogando. Todo parecía en orden, salvo el hecho que no le hubiesen comunicado al Juzgado. Pidió que se lo enviaran de inmediato y cuando lo vio, le dio lástima y se dio cuenta que si seguía así la cosa iba a ir mal.

Llamó a un amigo dueño de un garaje, le contó el caso y le consiguió una changa como sereno.

A los dos días robó un auto y lo agarraron con cosas robadas y así murió, como había vivido. De cara a la pared, de espaldas a la sociedad... y fue historia (con h minúscula).

* * *

III

Para Aída

EL DERECHO A LA SALUD

Al principio no se dio cuenta de nada; le pareció que se daba vuelta, pensó moverse pero no pudo, sentía ruidos y unas voces a lo lejos, un terrible dolor de cabeza y sin darse cuenta vomitó. Alguien le dio vuelta cara al piso y como entre sueños oyó al vecino de abajo, al del tallercito, gritar: “*Le dio un ataque, le dio un ataque*”, después lo envolvió la oscuridad y el silencio.

* * *

Tenía una bronca bárbara, todavía que se perdió la mañana con todo el trabajo que tenía por entregar, tuvo lío con el guacho ese que la iba de médico y que lo rebotó de la puerta del hospital con el verso de que no tenían camas. ¿Qué carajo quería que hiciera con el pobre viejo, que lo tirara a la calle como un perro? Para mejor, el viejo le había vomitado toda la camioneta. Arrancó para el Clínicas, esquivando el tráfico.

* * *

La guardia venía pesada, faltaron dos internos y para colmo, no había una cama disponible. Pasó visita para dar altas. Los boxes, las camillas y hasta los carritos de traslados estaban ocupados con enfermos a cual más jodido. Hizo las indicaciones de cada paciente y se fue al cuarto médico a tomar unos mates; no se había terminado de sentar cuando la enfermera le comunicó que habían traído un viejo con una hemiplejía. ¿Dónde quería que lo pusiera, que se lo llevara para la casa? Se acordó de toda la parentela del ministro para abajo y salió a atenderlo. Era un pobre viejo que venía rebotando de dos hospitales; lo traían en el piso de una camioneta.

Como pudo consiguió una camilla y lo metió en un box de examen. Casi le dio una trompada al tarado que lo trajo, que en vez de darle una mano para ayudarlo, lo único que sabía hacer era relajar al hospital.

—Al final — pensó — ¿qué sabe este infeliz de las condiciones en que trabajamos? ¿Qué sabe de la escasez de camas, medicamentos, de personal, de todo?

Se sentía cansado, cansado de esa lucha diaria, estaba podrido de las mentiras de los políticos con sus reformas que terminaban siempre en nada.

A él no lo podían engrupir, hacía años que bancaba esa muchedumbre de desgraciados que llegaban a los Servicios de Emergencia.

* * *

Recobró el conocimiento cuando sintió el pinchazo en la espalda, abrió los ojos y sólo vio una pared blanca, oyó que le hablaban como de lejos pero no pudo contestar, tenía la lengua como trabada y no sentía un lado del cuerpo. Como entre sueños oyó los comentarios de los médicos: "*Hemiplejia... Afasia...*" términos que no entendió del todo. Al rato se dio cuenta aterrorizado que estaba paralítico. ¿Qué haría ahora? Tuvo un rayo de esperanza; tal vez lo podrían curar... ¡Ahora los médicos saben tanto!...

A los tres días lo dieron de alta, precisaban la cama y él tardaría un tiempo en recuperarse.

El Asistente Social le pagó el taxi que lo llevó a la pieza de la pensión y allí quedó.

Tenía la foto enfrente, se veía un pedazo de la casa con el jardincito y él estaba de pinta con la Patrona. ¿Cuánto hacía de eso? No recordaba cuántos años, una vida de trabajo en la oficina y en las horas libres haciendo changas para arrimar un peso más a la casa. Recordó cuando lo jubilaron; le dieron una medalla y le hicieron un discurso, quiso mirarla, pero con una sola mano no pudo abrir el estuche.

Como pudo cerró la ventana y abrió la llave del gas.

Lo enterró el Municipio, el cajón era bastante lindo; antes de cerrar la tapa un cochero pierna le puso la medalla adentro.

* * *

IV

A la Tolerancia

PATRIA PA' NAIDES

Ya no daba más, llenó sin darse cuenta el último certificado de defunción: anemia aguda, perforaciones viscerales múltiples por proyectiles de arma de fuego.

¿Cuántos habían sido ese día, doce o trece? Había perdido la cuenta, se sentía cansado, le dolía la cabeza y quería salir de una vez de la Morgue e irse a su casa para tomarse unos mates.

Estaba solo en el escritorio, la secretaria ya se había ido y el limpiador había cruzado al aserradero de enfrente a buscar viruta y aserrín para tapar la sangre. En las mesas quedaban aún dos cuerpos, todavía no habían venido a reconocerlos los familiares. Cuando pensó en esto se deprimió más, veía madres abrazadas a los cuerpos, desmayándose, gritando, llorando. Gente pobre y gente rica, todos confundidos en su dolor y actores de esas escenas trágicas. Lástima que los que organizaron esta “fiesta” no tengan que bancarse esto, pensó.

De cansado nomás, se puso a mirarlos, blancos de anemia, de cara al techo, con los ojos abiertos. Se tocaban las manos. Se dio cuenta que uno estaba uniformado y miró los partes policiales. “... *La Seccional envía el cadáver del soldado C.P.V. oriental, soltero, de diecinueve años de edad, oriundo del departamento de Soriano, caído en curso de un enfrentamiento con un grupo sedicioso el día de la fecha...*”

“*La Seccional envía el cadáver de A. F. oriental, soltero, de veinte años de edad, estudiante de medicina, caído en un enfrentamiento con las fuerzas armadas al resistirse a mano armada a su detención*”.

Dos pibes; y allí estaban mirando al cielo como buscando un camino y con las manos juntas, como si por ser tan jóvenes tuvieran miedo de hacer el viaje solos.

* * *

Siempre había sido bastante “negado” como le decía la vieja. A veces en el cuartel, le gustaba pensar en sus pagos, cuando galopaba por las cuchillas y con el Juan iban a pescar y bañarse en el Río Negro. Esos momentos eran como rayos de luz en su existencia gris y sin esperanza.

Había nacido y se había criado en la estancia “Los Molles”, donde su madre servía desde niña. De su padre nunca supo nada, tal vez era un tropero que pasó y se lo tragarón el camino y el tiempo. Y así fue creciendo

de agregado en la estancia, acarreando leña del monte, trayendo el barril de agua de la cachimba, haciendo mandados a la cocinera, al capataz y a los patrones, comiendo lo que le daban y a veces heredando algún trapo viejo de los hijos del patrón; y muchas veces ligando un rebencazo cuando no andaba ligero.

Le gustaba buscar nidos de teros y correr a pedradas a las lechuzas, a veces miraba el cielo por la noche y se maravillaba al ver brillar las estrellas en el firmamento y pensaba que en una de esas, Tata Dios estaba sentado mirándolo.

Un día, nunca supo por qué, se fueron de la estancia los dos solitos con sus pilchas al hombro rumbo a Mercedes. Se acomodaron en el rancho de un tío en el barrio *La Lata*. Así fue creciendo entre el pobrerío que vivía como podía. Era cerca del cuartel y en el barrio había mucho rancho de milicos que salían del cuartel los domingos, y entonces el barrio se alborotaba, los boliches se llenaban y siempre algún lío de mamados había.

El tío viejo decía “*milicos en día de pago*”, porque lo primero que hacían al cobrar era gastarse la plata en los boliches.

La madre lavaba para el cuartel. Lo mandó a la escuela y él, como pudo, a las patadas, completó la escuela. En realidad no sabía mucho, ni de cuentas ni de frases; le gustaba la historia cuando la maestra les hablaba del Padre de la Patria Don José Artigas y les explicaba que él quería que todos fuesen iguales, que no quería que hubiesen infelices, que todos los hombres eran libres y la Patria era de todos. Le gustaba oírla aunque se daba cuenta que eran cuentos, porque aunque negado y todo, se acordaba de los hijos del patrón y los comparaba con los gurises de *La Lata* y veía que la cosa era diferente, pero le gustaba oírla y a veces soñaba que cuando fuera grande iba a ser como Artigas, que iba a terminar con la pobreza, que iba a darle un pedacito de campo a cada peón, que todos los gurises iban a comer todos los días, iban a ir a la escuela de túnica y de zapatos nuevos los domingos.

Un día al Tío Viejo le dio un dolor en el pecho, se puso azul y se murió mientras esperaba la ambulancia del hospital, se quedaron solos y los años pasaron. Ya era un mocito y entró de agregado al cuartel y después de soldado.

La vida era dura pero se comía todos los días y ¡qué orgullo el primer día que salió uniformado y le llevó su primer sueldo a la vieja al rancho! Esa noche mientras comían un asadito, le prometió que cuando ascendiera la iba a mudar a una casita de material con luz eléctrica y todo.

Le gustaba sobre todo un oficial joven, recién venido de Montevideo, que les hablaba de Artigas como la maestra de *La Lata*; les hablaba de la Patria y de la obligación que tenían de defenderla con la vida si fuera necesario.

Un día lo trajeron a la Capital con toda la compañía, al parecer había llo, alguien quería destruir la Patria y había que defenderla. Entendió poco lo que le explicaron pero sintió rabia contra los que querían hacer eso y estaba deseando meter bala cuando lo mandaran.

Esa noche fue el procedimiento, rodearon el apartamento y a patadas echaron la puerta abajo, sintió como un golpe en el pecho y antes que se le nublaran los ojos alcanzó a leer en la pared: "*Patria pá todos o pá naides*". Murió como asombrado.

* * *

La reunión terminó tarde y se fue al centro a tomar un café con el Cachó; le dolía la cabeza y estaba nervioso. Pensó que Enrique tenía razón, estaban podridos de hablar, tenían que abrirse de los teóricos. Ya las palabras no daban para más, había que pasar a la acción. Era la única forma, los políticos podridos, los sindicatos vendidos y la oligarquía cada vez más fuerte; los ricos más ricos y los pobres locos de hambre. Había que destruir estas estructuras podridas para luego hacer una Patria como quería Artigas. Siempre simpatizó con Enrique, desde el primer día que entraron en la Facultad, cuando empezaron a disecar juntos; se fueron haciendo amigos y un día lo invitó a la reunión y oyó hablar por primera vez del Movimiento; y le gustó la idea. Al principio tuvo un poco de miedo pensando en los viejos que se rompían todos por él y que vivían soñando con verlo médico. Habían hecho cualquier sacrificio para mandarlo a la Facultad y comprarle los libros.

El padre laburaba en dos lados y de noche cuando volvía a la casa no podía más de cansado, pero siempre contento; hablaban de la Facultad, de las clases, de los compañeros. ¡Pobre Viejo! Siempre trabajó como una bestia en la fábrica y con el corretaje y nunca lo había oído quejarse.

La Vieja lo acompañaba a la puerta cuando salían para la clase y lo esperaba levantada hasta que volvía para calentarse la comida. A veces cuando las reuniones se prolongaban hasta tarde, le daba pena encontrarla despierta, pero la hacía feliz diciéndole que llegaba a esa hora porque estaban estudiando fuerte para los exámenes.

Cada día se convencía más que tenía que ir a la lucha, por el Pueblo, por los desgraciados como sus viejos, por los obreros, por el peón de estancia, la lucha por los marginados y contra la riqueza y el poder.

Un día Enrique analizó el tema de los partidos políticos y llegó a la trágica conclusión de que habían hecho una torta con la Patria y se la habían repartido entre ellos, dejando al Pueblo afuera. Sólo la lucha armada podía sacar al país de esta situación.

Se tomó el café y se fue a dormir algunas horas; no pudo pegar los ojos, estaba nervioso, mañana era la acción. Tenían que copar una fábrica y concientizar a los obreros para que se unieran a la Causa. Siempre que tenía una acción no podía dormir, aunque hasta ahora les había ido bien y por suerte sólo había tirado unos tiros cuando lo habían llevado a entrenarlo a la playa. Se acordó de cuando le dieron la automática y tuvo que expropiar el primer auto; estaba temblando, por suerte el tipo se quedó quieto y todo salió bien. Se fue tomando confianza y escalando posiciones y ya era un personaje importante en la columna y veía con satisfacción que cada día de lucha que pasaba se acercaba el momento del triunfo; cuando la Reforma Agraria fuera una realidad y se rompieran las cadenas que empobrecían y esclavizaban la Patria de Artigas.

El auto lo recogió a las siete y rumbearon para el Camino Maldonado, donde estaba la fábrica, las armas las traía Enrique. Coparon la fábrica enseguida y sin resistencia. Le tocaba hablar a él, empezó con miedo y fue tomando confianza, cuando vio que los obreros se quedaban quietos y lo oían en silencio. Les explicó cómo los explotaba el capitalismo, que las máquinas tenían que ser de los que trabajaban, que la tierra y la Patria eran “*pa’ todos o pa’ naides*”.

Salió contento, cuando la ráfaga lo atravesó todavía estaba sonriendo.

* * *

Se sacó los guantes y el delantal, se cambió la túnica, se puso el saco y salió esquivando los charcos de sangre que marcaban el suelo. Era ya de noche, el aire fresco le hizo bien. Caminó por General Flores, en la esquina miró para el Palacio Legislativo, estaba iluminado y en la explanada no cabía un colachata más.

* * *

Este cuento fue agregado a la selección original por una amable sugerencia del Ac. Guido Berro Rovira.

CONVERTIDO AL JUDAÍSMO POR AMOR

Siendo joven, se convirtió a la religión del pueblo judío, para contraer matrimonio con su primera esposa, por lo que fue covertido (circuncidado) según el ritual en Buenos Aires. Durante toda su vida respetó las costumbres de ese pueblo, tradición que continuaron sus hijos. Fue un gran conocedor de los textos sagrados, de la Torá y el Talmud, de donde sin duda tomó muchos elementos para guiar su conducta personal y profesional. Sus restos descansan en el Cementerio Israelita de La Paz (Canelones) de la Nueva Congregación Israelita.



Guaymirán Ríos Bruno, con su joven esposa Aída Oliwensztejn.

LAICISMO

Un querido amigo me hizo llegar este escrito, tal vez leído entre un grupo de amigos por *El Chumbo*, sobre un tema que había investigado, desde el punto de vista filosófico e histórico. Nos brinda allí una ocasión de profundizar en este aspecto de sus reflexiones y pensamientos, que definen su personalidad. Escribió él:

Unos amigos tuvieron la amabilidad de encargarme algunos conceptos sobre este tema para ser puestos a consideración, análisis y discusión.

Aceptamos el reto con gran placer aunque conscientes que la amplitud del mismo lo hacía prácticamente imposible de tratar en toda su profundidad.

Para ubicarnos en el concepto debemos saber, al comienzo, que no se debe confundir laico, laicismo y laicidad con ateo, anticlerical o anárquico.

El Laicismo considera solamente que la Iglesia católica es una iglesia más, con idénticos derechos a las restantes organizaciones religiosas.

*El Laicismo o laicidad son métodos que aplicados a los medios y formas de comunicación de las ideas, se caracteriza fundamentalmente por ser **adogmático**, es decir, no imponer convicciones particulares como si ellas fueran verdades absolutas y universales que nadie tiene ni tendrá derecho a dudar ni refutar.*

O sea, primer concepto fundamental, el Laicismo es la antítesis del Dogmatismo.

Sabemos que el dogmatismo es el mayor enemigo del progreso, constituye el camino más corto para la intolerancia y el fanatismo; la laicidad orienta y estimula las libres ideas, propone el estudio de lo que se considera verdad, insta a la lucha y a la perfección, respetando los esfuerzos de todos por igual, y un aspecto fundamental que la enseñanza de la libertad que predica, prepara hombres libres, capacitados para la vida democrática de los pueblos.

La enseñanza laica es la enseñanza de la libertad, es la enseñanza que no impone ningún credo religioso, ni una filiación política, ni filosofía alguna.

La educación laica es, repito, la educación para la libertad, es la preparación integral para la vida democrática que se caracteriza por el respeto de las ideas ajenas aunque estas sean opuestas a las nuestras, como lo expresa Voltaire, en su Tratado de la Tolerancia: No comparto su opinión pero estoy dispuesto a dar la vida por su derecho a mantenerla.

Vemos pues que la educación laica libre de todo sectarismo y de toda intolerancia, conduce a la laicidad, estilo de vida donde no se admite absolutismo alguno y los hombres conviven en el mutuo respeto y la paz.

Indira Gandhi cuando era Primer Ministro de la India, dijo: Elegimos el laicismo no como una negación de la religión sino como una afirmación que todas las religiones son sagradas y en base de ello, para dar mayor libertad a nuestro pueblo y para contar con la máxima participación popular en los asuntos de la nación y hemos elegido a la democracia como base de nuestra política.

La laicidad en la educación es un concepto que surge en Francia después de la Revolución de 1789.

Su creador teórico Jean Antoine de Caritat, Marqués de Condorcet, Secretario perpetuo de la Academia de Ciencias de París, colaborador de la Enciclopedia y editor de las obras de Voltaire, diputado girondino en la Asamblea Legislativa, condenado a muerte por los jacobinos, se suicidó en prisión. Redactó en la cárcel su obra maestra Bosquejo de un cuadro histórico de los progresos del espíritu humano, donde defiende el perfeccionamiento indefinido de la humanidad. Integró la Comisión de Instrucción Pública de 1792. La concibió como antidogmática y la definió como la conducción naturalmente surgida, medio popular heterogéneo en sus

credos y opiniones, pero que debe vivir en armonía en el respeto recíproco de las diversas opiniones, buscando cada parcialidad por su lado, en el intercambio fecundo y el perfeccionamiento para la mayor felicidad humana.

La laicidad pues es un aspecto del Derecho Natural, nuestro derecho a no ser esclavizados por dogmas, es nuestro derecho a ser respetados en la libre formación de nuestra personalidad y también nuestra obligación de respetar similares ideas de los demás.

*En suma, la laicidad es un método de educación y enseñanza de relaciones humanas, de comunicación de las ideas fundadas en la conducta adogmática de cada hombre; sostiene que el perfeccionamiento humano así como la investigación de la verdad, nunca son definitivos: su ideal es la diversidad de opiniones y su tolerancia a las ideas opuestas. **Laicidad es armonía en la diversidad.***

De este modo con el que disiente con nosotros seguiremos buscando juntos, el camino de la verdad e iremos perfeccionando nuestras vidas.

Recordemos aquel concepto fundamental: Nada de lo que es humano me es extraño o ajeno.

Vemos en los opuestos del pensamiento una riqueza humana y nos abre un camino no a la uniformidad no deseada, sino a un conjunto de esperanzas de reciprocidad y confianza.

Laicidad es el único camino para el bien y el desarrollo armónico de la humanidad.

Nuestro país tiene una gloriosa historia en cuanto a la enseñanza del Pueblo se refiere. Recordemos la impactante frase de nuestro máximo héroe nacional, cuando en el año 1816 al inaugurarse la Biblioteca Nacional, idea del ilustrado presbítero Juan Manuel Pérez Castellano, quien legó su casa y sus libros a este fin, cuando al morir en 1815, dejó encargado de instalar la Biblioteca Pública, a Dámaso Antonio Larrañaga, quien le plantea al Libertador esta posibilidad, el que no sólo aprueba la idea, sino que facilita los pocos medios con que contara el gobierno e impone como santo y seña de su ejército, el Sean los orientales tan ilustrados como valientes, protegiendo la escuela pública y envía de su campamento de Purificación a los sacerdotes José Ignacio Ortazú y José Benito Lamas a fin de que se ocuparan de la enseñanza.

Se instala así en Montevideo la Escuela de la Patria, con Lamas como director y con la consigna ella debía ser el molde en que deben formarse las virtudes distintivas de la juventud oriental.

Recordemos el episodio de Manuel Pagola, maestro que tenía una escuela privada previa a la mencionada y por sus ideas contrarias a la revolución había sido suspendido y se hallaba en la pobreza y apenas se ganaba el sustento con unos pocos alumnos privados entre ellos el hijo del caudillo, José María, quien le escribe a su padre, una carta solicitándole le perdone la pena a lo que el General admite contestando una carta llena de palabras de tolerancia para el adversario político revelando con ello un ejemplar respeto por los encargados de difundir la cultura.

La educación del Pueblo tuvo en Artigas un eficaz defensor, la instrucción pública mereció la atención de los orientales porque era una imperiosa necesidad destruir el oscurantismo del pasado; ello implicaba el derecho a todos a la luz del pensamiento.

El hombre sin instrucción, es un ser incapaz de defenderse en la vida. Oprimido no sabrá libertarse, libertado no sabrá ser libre.

En 1873 de Vedia fue el primero en presentar en nuestro país un proyecto para implantar la Laicidad en la Educación.

Surge la figura de José Pedro Varela Berro, en 1876, el gran educador reformador del sistema de enseñanza en el Uruguay, principal instructor de los principios de laicidad, gratuidad y obligatoriedad de la Enseñanza. Miembro del Partido Colorado y opositor a Venancio Flores, su padre lo envía a Europa y EEUU en 1867, donde conoce a ilustres hombres, entre ellos a Domingo Faustino Sarmiento, quien le pone en contacto con liberales educacionistas de EEUU que influyeron profundamente en su manera de pensar. Al regresar al Uruguay funda la “Sociedad de Amigos de la Educación Popular”.

En 1874 publica La Educación del Pueblo, su obra más importante. Opuesto al golpe militar liderado por Lorenzo Latorre y en contra del gobierno de Pedro Varela.

En mayo de 1876, Latorre asume el poder y nombra como ministro a José M. Montero, quien le ofrece a José Pedro Varela la Dirección de Instrucción Pública. Éste es atacado por el clero, por Carlos María Ramírez; se le denomina el tráfugo político, pero el seguro de la importancia de su obra sigue adelante.

Muere a los 34 años el 24 de octubre, siendo su labor reformista continuada por su hermano Jacobo Varela.

Los que juntos en los bancos de la escuela aprendieron a sentirse iguales no admitirán otra diferencia que las de las virtudes y talentos.

José Batlle y Ordóñez decreta la separación de la Iglesia y el Estado.

Se promueve la libertad de pensamiento desde la infancia, se enseña que el dogma genera no sólo inseguridad y desconfianza, sino que nos quita la libertad de raciocinio y nos transforma en esclavos y que defendiendo la laicidad defendemos la libertad.

Surge la voz de José Enrique Rodó, quien había cursado sus estudios laicos en el Elbio Fernández, quien a su vez fue fundador de la Sociedad de Amigos de la Educación Popular, junto con José Pedro Varela y Gonzalo Ramírez, verdadero maestro de la Juventud de América, ya más cerca de nuestro tiempo.

Antonio Grompone, Decano de la Facultad de Derecho, fundador y primer Director del Instituto de Profesores Artigas (IPA), en 1950, entre muchas figuras precedieron en la intelectualidad al laicismo.

En la actualidad la Sra. Carmen Tornaría integrante del Consejo Directivo Central (CODICEN) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), afirma que: La escuela laica no anula convicciones ni creencias, los ayuda a construir sin fundamentalismos porque sin optar por ninguna, las convoca a todas.

Las Instrucciones de Artigas de Libertad religiosa en toda su extensión imaginable tenían en un estado laico, el marco ideal para cumplirse, desde el gobierno a los que creían en distintos dioses.

Como conclusión, la escuela laica forma ciudadanos no devotos.

En la escuela pública se instruye el niño sobre valores.

Como decía el gran filósofo Werner Jaeger: La educación no es posible sin que se ofrezca al espíritu una imagen del hombre tal como debe ser.

En resumen: visto que el Laicismo, como antítesis del dogma lleva a uno de nuestros principios fundamentales y básicos, la TOLERANCIA, recordemos las palabras del filósofo africano TIERNO BUCARD: Cualquiera sea la raza del hombre cuando la adoración ilumina su alma, ésta adquiere el brillo del diamante místico y ni su color ni su origen entran en juego.

La Tolerancia es la base de la Igualdad y la Fraternidad entre los hombres y ésta nos asegura la Libertad; bases que son el fundamento de nuestra filosofía de vida y como hombres libres debemos luchar con todas nuestras fuerzas contra las oscuras tendencias que brotan esporádicamente en nuestro convulsionado mundo.



La boda nocturna, hacia 1960-1961. Marc Chagall.
Óleo sobre lienzo, 55 x 46 cms.

CAPÍTULO 10

EL HOMENAJE

ECOS DEL HOMENAJE EN LA CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL

El 3 de diciembre de 2008, el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la época, el Ac. Guido Berro Rovira, organizó un homenaje al *Chumbo* en ocasión del Día del Médico. Acudieron familiares, colegas y amigos. Se habían dado cita para evocarlo la Ac. Eva Fogel de Korc, el Prof. Agdo. Dr. Augusto Soiza Larrosa, el Prof. Nisso Gateño Yaffé, el propio catedrático Guido Berro y quien realiza esta reseña. Nisso dijo en admirable síntesis, que improvisó, rasgos muy cercanos en lo afectivo e intelectual del homenajeado, pero no lo escribió. Las evocaciones de los otros autores se transcriben a continuación, omitiendo la del autor por estar contenido en los párrafos anteriores.

I

EVOCACIÓN DE GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO (1928 – 2004) *Desde la memoria de un médico legista*

COLABORADOR DOCENTE DE LA CÁTEDRA DE MEDICINA LEGAL

Guaymirán Ríos Bruno egresó con el título de médico cirujano de la Facultad de Medicina de Montevideo el 10 de diciembre de 1954. En esa época, la Cátedra de Medicina Legal no era tal, sino un *Curso Libre Facultativo* (lo fue entre 1941 y 1955) al cual concurrían los alumnos sin obligación. Ríos Bruno fue alumno del entonces *Encargado del Curso*, doctor Héctor Castiglioni Alonso (12/06/951 al 28/02/953), un anatómo patólogo y médico forense del Poder Judicial.

Como concurrente al curso, tuvo su primer contacto con quien sería su colega y amigo de toda la vida, Julio Arsuaga Soto, por entonces Ayudante de Clase de Medicina Legal (1953-1956), el futuro *Profesor Titular* (1964-1974).

Héctor Castiglioni Alonso fue luego designado *Profesor Titular* por concurso el 05/05/955, venciendo a Juan José Scandroglio, otro anatómo patólogo y médico forense. Fue reelecto Castiglioni Alonso el 31/01/957, en la ya *Cátedra* y a la vez *Departamento de Medicina Legal* (hasta entonces meramente *Sección Medicina Legal y Morgue*). El cuerpo docente se completaba con J.J. Scandroglio, *Profesor Agregado* (hasta diciembre de 1963), Daniel Murguía, *Jefe de Trabajos Prácticos* (hasta 1965, en que renunció para hacer su brillante carrera de psiquiatra), y Julio Arsuaga, uno de los *Ayudantes*. Ríos Bruno era *Colaborador* del Departamento, pero no tenía cargo rentado.

En 1960, Ríos Bruno ingresó como *médico forense del Poder Judicial*, por concurso, siendo designado en uno de los juzgados de instrucción de la capital. Al siguiente año, de su cosecha como cirujano y autopsista, publicó con Castiglioni Alonso, "*Lesiones cardiovasculares en las contusiones cerradas de tórax*" (*Bol. Soc. Cir. Urug.*, vol. XXII, N° 4-6: 767-775). Su amistad con Castiglioni Alonso sería motivo de la cerrada defensa que hizo de su segunda reelección ante el Sindicato Médico del Uruguay.

En efecto, en 1964 se planteó la reelección de Castiglioni Alonso como *Profesor Titular de Medicina Legal*. Ríos Bruno lo defendió ante el Consejo Directivo del Sindicato Médico, pero no tuvo éxito; no contó con votos para ser reelecto y el cargo quedó vacante desde el 20/02/964.

A pesar de esta defensa, quienes conocieron a Héctor Castiglioni Alonso en la Cátedra, no gastaban lisonjas. Parece que no era muy afecto a la docencia, tal vez porque no encontró lo que esperaba: la aureola del profesorado. Era una Cátedra menor, mal mirada por los estudiantes que no veían en sus enseñanzas nada práctico para el ejercicio futuro. Mirtha Cano, que fue por años secretaria administrativa de la repartición - a quien sí conocí por años- siempre contaba que Castiglioni Alonso, "*cuando venía*", se limitaba a "*tomar un cafecito*". Parece que tenía ciertas destrezas, pues según Julio Arsuaga era capaz de lograr los difíciles *cristales de hematina (cristales de Teichmann)* calentando un portaobjeto con una gota de sangre mediante su encendedor.



De izquierda a derecha: Augusto Soiza Larrosa, Guido Berro Rovira y Dagoberto Puppo.

Habiendo quedado la Cátedra bajo interinato del doctor Julio Arsuaga, entonces ya *Profesor Agregado*, se llamó a aspirantes para la provisión. Se anotaron tres postulantes: J.J. Scandroglio, Julio Arsuaga y Guaymirán Ríos Bruno, pero ninguno logró los votos necesarios. El Consejo de la Facultad resolvió llamar a concurso de oposición cerrado. Tanto Scandroglio como Ríos Bruno desistieron y Julio Arsuaga fue designado como el *6º Profesor Titular de la Cátedra de Medicina Legal y Director del Departamento* sin concursar (13/06/964). Fue el último intento de J.J. Scandroglio, quien no volvió a la docencia y ni siquiera permitió que durante su turno como médico forense, los estudiantes bajaran a la morgue del subsuelo del Departamento a presenciar autopsias.

Las clases que daba Ríos Bruno eran espléndidas; no solamente al pie del cadáver en la sala de autopsias, sino en el anfiteatro. Fue el primero al que oí disertar sobre *Accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales*. Esa (como otras clases del curso de 1966) la grabé en un aparato portátil, y luego hice una copia mecanografiada de todo el curso y mimeografiada circuló por toda mi generación. Debo reconocer que ningún docente se ocupó de un tema tan importante para la medicina legal, ni aún en los sucesivos textos de la Cátedra.

En 1968, en ocasión de proponerse por la Asociación Médica Mundial un conjunto de signos diagnósticos de “*muerte cerebral*” (Declaración de Sydney), Arsuaga y Ríos Bruno hicieron su aporte, que fue incluido en el tra-

bajo colectivo “*Diagnóstico de muerte*” (*Acc. Sindical*, 1968, [Montevideo], vol. XXX: 8-9). Y ampliado –con la colaboración de todos los docentes del Departamento– como Relato Oficial al III Congreso Argentino de Medicina Legal, Rosario (R.A.), 1973 (“*Diagnóstico de muerte*”, folleto mimeografiado, salido con esfuerzo de la propia Cátedra).

En 1977, cuando se realizaron en Montevideo las Primeras Jornadas Médico Legales organizadas conjuntamente por las Cátedras montevidéana y bonaerense (presidente, profesor de la UBA, León Levit), Ríos Bruno integró la mesa redonda sobre “*Aspectos médico legales de los traumatismos*”. Las ponencias fueron publicadas en la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, N° 258, 1978).

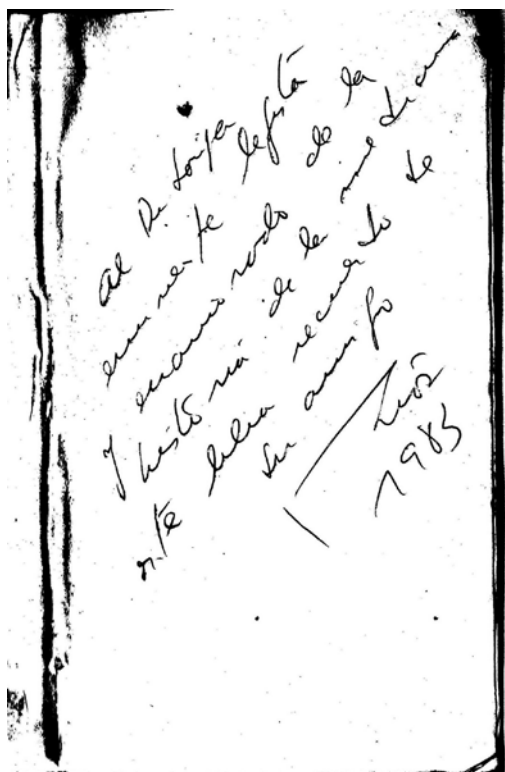
Bajo el profesorado de Héctor Puppo Touriz (1973), su colaboración con la Cátedra raleó; y se notó su ausencia bajo el siguiente profesor, Guillermo Mesa Figueras. Tal vez la organización y agotador trabajo en su Cátedra (y posteriormente Departamento) de Emergencia del Hospital de Clínicas, le absorbiera el máximo de tiempo disponible.

BIBLIOFILO Y COLECCIONISTA EMPEDERNIDO

Apasionado por los libros de Medicina Legal, parte de su biblioteca la guardó por años en el subsuelo del Departamento, en una habitación anexa a la morgue. Allí trasladó un viejo escritorio, retratos, incluido el de su padre en uniforme militar y uno suyo propio, en plena juventud y corbata voladora, y acondicionó estanterías que el funcionario de la Facultad, Alberti, autopsista del Poder Judicial que nunca acumuló los cargos, le construyó. Atesoraba los tratados clásicos de Medicina Legal así como textos más modernos y numerosas colecciones de revistas, inencontrables. En esa su biblioteca leímos los textos de Piédelièvre, de Balthazard, de Lécha-Marzo y el primer Simonin, en francés.

Adquirió además en librerías de lance, obras antiguas, como la rara edición en italiano – que me obsequió autografiada – de la “*Medicina Legale e Polizia Medica. Opera postume di P.A. Mabón, Professore de Medicina Legale, Della Storia Médica di Parigi e... Traduzione dal Francese, Seconda Edizione, Milano, 1809*” (2 volúmenes en 1 tomo encuadernado).

Guardaba celosamente parte de la gran biblioteca de su maestro en cirugía, Pedro Larghero Ybarz. Había en ella colecciones de revistas que Larghero recibía y colocaba en cajas especialmente armadas para tal fin. Por años esa biblioteca permaneció encajonada en el subsuelo del Departamento de Medicina Legal, sufriendo las desventuras (y explicables “pérdidas”) de



MEDICINA LEGALE E POLIZIA MEDICA

OPERE POSTUME

DI

P. A. O. MAHON

PROFESSORE DI MEDICINA LEGALE,
DELLA STORIA MEDICA DI PARIGI,
E MEMERO DI VARIE SOCIETÀ.

TRADUZIONE DAL FRANCESE.

SECONDA EDIZIONE

REVISIONE E CORREDDATA DI ANNOTAZIONI
RELATIVE ALL' ATTUALE LEGISLAZIONE

DA

GIUSEPPE CHIAPPARI

CHIRURGO PRIMARIO DEL LUOGO PIO DI SANTA CORONA
DI MILANO.

~~PRIMO PRIMO.~~

MILANO

Piemonte-Pirella e Maspero Stampatori-Librari

1809.

Tratado de medicina legal y policia médica de P. A. O. Mahon, obsequiado por Guaymirán Ríos Bruno a Augusto Soiza Larrosa en 1983.

numerosos traslados, en los cuales iban perdiéndose las colecciones como las hojas caídas de un árbol en otoño. Entre ese material, estaba el original mecanografiado de su tesis sobre *El hueso temporal*, tal vez para la oposición del cargo de Prosector de Anatomía.

De su ejercicio médico forense, nada que pudiera tener algún valor especial, testimonial de un acontecimiento, o una rareza, escapaba a su atesoramiento. Así pasaron a engrosar la parafernalia de objetos, tanto armas de fuego, "cortes" carcelarios, huesos y cráneos (la colección de calotas del Museo de la Cátedra fue donada por él); lazos de ahorcamiento, pieles tatuadas, instrumentos de suicidio raros, proyectiles de todo tipo; ¡hasta una máscara antigas de la 1ª guerra! Todo eso llenaba estantes y más estantes de aquella increíble habitación, que era para nosotros como la cueva de los piratas y cuyo especial olor al penetrar nunca más volví a percibir. Creo que no inventarió todo eso, ni tuvo cabal idea de lo que poseía; tal era el número de objetos y desorden allí reinante.

De un viaje que hizo a la región de Masoller, donde se libró la batalla final de la Revolución de 1904, trajo vainas de proyectiles de fusil Máuser y Rémington, que me obsequió, y que conservo como un preciado recuerdo, tanto de la batalla como del generoso maestro.

PERITO MÉDICO FORENSE

Ríos Bruno, ingresado por concurso al Poder Judicial como médico forense, estuvo muchos años adscripto al juzgado de instrucción del doctor Armando Tommasino, a quienes unió una entrañable amistad. De su extensa actividad en ese cargo, existen innumerables casos a recordar. Solamente relato tres.

1) EL TESTAMENTO POLÍTICO DEL DR. LUIS ALBERTO DE HERRERA

En 1969, al cumplirse 10 años de la muerte de Luis Alberto de Herrera, en la prensa de la época apareció su “Testamento político”, primera parte de un documento más extenso que se intentó atribuir al caudillo. Era un documento mecanografiado, con la firma de Herrera y su dama de compañía Angélica Agustina Cabrera Medina, como testigo. Por supuesto también fallecida esta última. Existía una segunda parte donde había una extensa lista de correligionarios, a los cuales Herrera adjudicaba a diestra y siniestra –como era su proverbial costumbre- tanto honores como agravios. En esa época, la difusión de estos controvertidos documentos levantó una polvareda política. Su falsedad era más que probable, y su intención, de baja política.

¿Y cuál fue la intervención de Ríos Bruno? Habiéndose sostenido que el documento original estaba en el sarcófago de la dama de servicio de Herrera, Angélica Cabrera, depositado en la cripta que guardaba los restos mortales del caudillo, al cual parece que seguía sirviéndole después de muerto, se tramitó la autorización judicial para la exhumación. Y allí fue Ríos Bruno, sin encontrar nada al abrir el sarcófago. Se conserva foto del acto en que aparece Guaymirán con túnica blanca, de pie, tratando de sacarse de encima las telarañas que llenaban la cripta. Por años esta foto la ví en aquella su habitación de la morgue y debe aún conservarse entre sus papeles. Por supuesto, no se encontró documento alguno y todo había sido una patraña.

2) EL HALLAZGO DE RESTOS ÓSEOS EN LA CIUDAD VIEJA

Se trató del hallazgo en febrero de 1979, de un montón de huesos mezclados con objetos varios, al practicar una zanja para tendido de cables tele-

fónicos frente al Teatro Solís. Todo fue a parar, por disposición del juzgado de instrucción 1º, cuyo médico forense era Ríos Bruno, a la morgue, en el subsuelo del Departamento. Guaymirán – yo estaba presente- abrió la bolsa, echó un vistazo, tomó algún hueso y sentenció “... *restos antiguos*”. Así lo informó al juzgado y no se habló más del asunto.

Pero las bolsas quedaron por años abandonadas en un rincón, hasta que pude echarles mano, de cuyo estudio resultó mi comunicación a las VIII Jornadas Médico Legales y Criminológicas, Tucumán, 1986, “*Hallazgo de un sepultamiento colectivo en el Montevideo Colonial. Estudio antropológico e histórico*”.

Debo agradecerle a Ríos Bruno no haber pasado esas bolsas a su colección.

3) LOS MUERTOS DE LA SECCIONAL 20ª DEL PARTIDO COMUNISTA

En 1972, hubo, como consecuencia de un allanamiento por fuerzas militares en el local de la Seccional 20ª del Partido Comunista, un elevado número de concurrentes muertos. Ese hecho ha sido recientemente estudiado como “*autopsia histórica*” por el doctor Hugo Rodríguez Almada y publicado en la “*Revista Médica del Uruguay*”.

En esa trágica jornada tuve la oportunidad de intervenir como colaborador de Ríos Bruno, pues el hecho aconteció durante su turno judicial. A medida que iban llegando los cadáveres (de a ratos), eran depositados como reses en el suelo de la morgue. No puedo transmitir una idea cabal del shock emocional que albergaba a los que presenciaban aquel drama. El ambiente era de horror: cuerpos sangrantes, desfigurados, aún tibios, sus ropas desgarradas. Y acribillados a balazos. Guaymirán señaló uno de los cadáveres e hizo un gesto sobre su cuello “... *aquí un bayonetazo*”. Con un aplomo admirable, comenzó su tarea: contar los cadáveres, subirlos a la mesa, identificarlos y explorar las heridas exhibidas. Yo, apuntaba. Mi memoria se pierde en ese punto, pues no alcancé a finalizar la tarea y me retiré. Allí quedó Ríos Bruno, rodeado de policías y otros funcionarios, en la penosa tarea.

SU AFICIÓN A LA HISTORIA

Es uno de los aspectos menos conocidos de Ríos Bruno. No sabemos cómo ni cuándo comenzó su interés en esas lides. Sólo recuerdo que, tardíamente comenzó a concurrir a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, hacia 1984 – yo era asiduo desde años antes, con el número 6 de

la lista- y en una de sus sesiones, en el Salón de Actos “Joaquín de la Sagra y Périz” del Hospital Maciel, hizo su primera contribución: presentó un antiguo volumen, de su cosecha por las librerías de viejo, “*Secretos médicos descubiertos en la escuela de la experiencia*” por Francisco Suárez de la Ribera, Madrid, 1733 (sesión del 8/05/984).

Concurrió con bastante asiduidad hasta 1990. Comunicó a la Sociedad:

1) en 1984, y en colaboración con su amigo y ex – funcionario de su juzgado, el Prof. Roberto Puig Peronetti, “*Consideraciones históricas y médicas sobre la muerte de León Gambetta (Francia, 1838-1882)*”, (sesión del 18/09, impreso en el vol. VI: 109-129 de la revista de la Sociedad); en que discutieron la causa de muerte del político francés, que habiendo recibido un balazo en su mano, murió durante la convalecencia por una peritonitis apendicular retrocecal;

2) en 1987, *La medicina en las campañas napoleónicas*”, (sesión del 7/07);

3) en 1988, colaborando con el Prof. Roberto Puig, “*La medicina en el ejército francés durante la Primera Guerra Mundial*”, (sesión de mayo);

4) en 1990, año en que integró la Comisión Fiscal de la Sociedad en mi presidencia (1989-1991), la representó en la instalación de la Sociedad Uruguaya de Anatomía (6/12/990, Museo de Anatomía de la Facultad de Medicina), con la conferencia “*Historia de la anatomía en la Facultad de Medicina*”;

5) también en 1990, “*Los resurreccionistas*”. *Una etapa interesante en la historia de la anatomía*”, los “ladrones de cadáveres” (sesión del 16/10). Fue en esa sesión que expresó su molestia ante la falta de comentarios al trabajo (?) y se retiró ya ofuscado. Dejó entonces de concurrir definitivamente a la Sociedad. Tenía pues, su genio.

Alejado de aquella Sociedad, continuó con su afición histórica, publicando en la *Revista del Hospital Maciel*.

Montevideo, 3 de diciembre de 2008 “*Día del Médico*”.

Dr. Augusto Soiza Larrosa

II

HOMENAJE AL PROF. DR. GUAYMIRÁN ARTURO RÍOS BRUNO

*Facultad de Medicina, Cátedra de Medicina Legal.
3 de diciembre de 2008*

PALABRAS DE LA AC. PROF. DRA. EVA FOGEL

Nos reunimos hoy en este homenaje, para evocar la figura y los legados de un gran hombre: el Prof. Dr. Ríos Bruno.

Sentimos que en ello nos va el reconocimiento profundo y merecido de la Facultad de Medicina, de los pares que lo conocimos, de sus alumnos, y de todo el personal de aquellos ámbitos donde actuara.

Docente nato, de personalidad incisiva, su vasta trayectoria en Cirugía y Medicina Forense, culmina con los cargos de Dirección en el Departamento de Emergencia y de Jefatura Médica en el Hospital Policial.

Nuestra presencia en este homenaje, representa también y fundamentalmente, el más sentido agradecimiento póstumo de todos los que nos beneficiamos de sus enseñanzas y de su proceder ejemplar. Compañeros de los que ya quedamos pocos, y discípulos de las diversas áreas de su extensa actuación: Cirugía, Emergencia y Medicina Forense.

Queremos en este homenaje, rescatar la esencia de sus enseñanzas. Esencia que tiene que ver con la capacidad de transmitir, como supo transmitir un método en la Semiología y en el diagnóstico Clínico de su especialidad en Cirugía, al estilo del Prof. Larghero, de quien fuera alumno.

Nunca dejó a un lado los temas médicos basados en sus conocimientos forenses. Agudo y atento, de proceder independiente y honesto, sepamos conservar el tesoro de sus nutridas enseñanzas. Lo intemporal, lo imperecedero. Lo que nace de la extraordinaria capacidad docente que trasciende generaciones, y hace a los dones del verdadero maestro.

Su larga actuación en Medicina Forense y en Cirugía de Emergencia, sumado a su saber académico, nos regaló ese conocimiento único que emana de la experiencia.

Honesto hasta el extremo, independiente a ultranza, el Prof. Ríos Bruno fue un ejemplo de dedicación exclusiva al Servicio, aún sin haber sido designado para ello. Con él fue creado el Departamento de Emergencia, con todos los escalafones docentes, con todas las especialidades internas. Nunca aceptó que la Emergencia fuera en sí misma una especialidad. Sostenía que todo médico, necesariamente, debía conocer los cuadros clínicos de emergencia.

Para aquellos jóvenes que no lo conocieron, como breve semblanza que lo ilustre, quiero evocar su firmeza de pensamiento y de proceder. Su temple y su estampa, sincretismo del espíritu del Departamento de Emergencia. Su vehemencia y su firmeza, que marcaban siempre su presencia donde fuera que estuviera.

Comencé a trabajar con el Prof. Ríos Bruno siendo Practicante Interno. Era el primer año de rotación en Ginecología en el Hospital Pereira Rossell. Para entonces, él ya actuaba como cirujano siendo Practicante, y yo fui su ayudante.

Años más tarde, volvimos a encontrarnos en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. Nos reunió la tarea médica y docente, pero también cultivamos una profunda amistad. Atendí a su hijo Andrés, a la familia, compartimos cumpleaños, casamientos, alegrías, inquietudes y el trabajo cotidiano.

El Departamento de Emergencia, con el Prof. Ríos Bruno como Titular, conformó un sólido equipo de trabajo: los Profesores Agregados de Cirugía, Julio Mañana y Celso Silva, los profesores Agregados de Medicina, Urretarazú y yo, y todos los demás Grados y Practicantes Internos. Se dictaron cursos permanentes de temas de Emergencia en todas las especialidades, para los Graduados, para los médicos del Interior del país, para los Practicantes Internos y para los Post Grados que cumplían pasantías en la Emergencia. Asimismo, los temas fueron publicados en numerosos trabajos que hoy son una valiosa fuente de consulta, para quienes se interesen.

Dentro de la extensa y diversa labor en el Departamento de Emergencia junto al Prof. Ríos Bruno, se desarrolló una intensa investigación en relación a los desastres naturales y los desastres químicos. Cursos de capacitación, estudios en el exterior y situaciones trágicas imprevisibles, como la caída de los helicópteros en las playas de Pocitos en 1971, o el escape de amoníaco en una fábrica de Capurro en 1977, dejaron enseñanzas fuertes y las primeras huellas para un capítulo abierto, desafío para las generaciones venideras.

Su humanidad, su pasión por la Medicina, su clara visión de futuro, le valió premios, reconocimientos y numerosas invitaciones al extranjero. Va-



La Ac. Eva Fogel de Korc junto al autor (marzo 2010).

rias somos las generaciones que lo recordamos con emoción y lo añoramos desde su partida.

Los tiempos que nos reunieron en la actividad, fueron en especial difíciles. Opiniones controvertidas nos asignaron erróneamente posiciones políticas, aún sin hacer política. Años de francas rupturas, años de un país castigado y dividido. Años de intolerancia y sectarismos a ultranza, que dejaron sus heridas...

Años que compartimos con el Prof. Ríos Bruno, señalados como “comunistas” por un lado, por los pseudo políticos de “turno”. Observados y obligados a gestionar nuestra “inocencia” bajo presión, bajo la amenaza de ser separados de nuestros cargos. Pero llegada la “democracia”, años más tarde, fuimos igualmente cuestionados por otros, por el mero hecho de haber trabajado durante el “régimen de facto”.

La Facultad de Medicina nos debe explicaciones. Todavía nos debe explicaciones. Nos debe explicaciones a los médicos que nos quedamos manteniendo los Servicios con el mayor esfuerzo, durante los años más oscuros de este país.

Bienvenido este acto...

Muchas gracias.

Muchas gracias.

III

HOMENAJE AL PROF. DR. GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO

*Departamento de Medicina Legal
Facultad de Medicina – 3.12.2008*

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL AC. PROF. DR. GUIDO BERRO ROVIRA¹

Queridos amigos, especialmente familiares y amigos de Guaymirán, muchas gracias por estar aquí. Estamos hoy en el Día del Médico, ubicados donde Guaymirán tantas veces estuviera, trabajara tanto y quisiera intensamente.

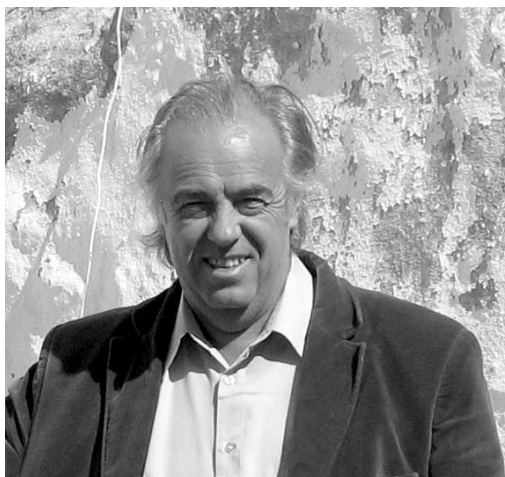
Homenajecemos hoy a Guaymirán Arturo Ríos Bruno, *Chumbo*, sin duda que con mayor autoridad y precisión que yo se refirieron a él los entrañables amigos que me precedieron en este homenaje, especialmente en datos biográficos y destacados atributos que portaba, su brillante desempeño docente, su increíble currículo vital.

Yo quisiera transmitirles cómo lo veía y si acaso contarles alguna anécdota o momentos inolvidables, simples pero de profunda enseñanza, esos momentos que al decir de Borges son la vida y esas anécdotas que son la sal de la vida.

Mientras a algunos los percibimos como seres reflexivos o más bien como “especulativos”, “intelectuales”, a otros los vemos como “motores”, mejor dicho “prácticos”, “activos”. Es evidente que en la diversidad de situaciones en las que se encuentra un individuo puede alternativamente cargar sus aptitudes especulativas o prácticas, pero créanme que solo en Ríos conocí a alguien que pudiera ser tan impresionantemente práctico, con tanto peso reflexivo profundo y al mismo tiempo y lo más increíble, tan sencillo. Son ejemplo de ello las anécdotas ya contadas muchas veces por mí, que hacen referencia a cuando me señalaba frente a un gran dilema pericial de imposible solución “*Guido: mirá que una respuesta es que no hay respuesta*”. O cuando tentado por contestarle al juez con diagnósticos entre signos de interrogación, cosa que veo actualmente también con cierta frecuencia, o devolviéndole preguntas, me decía “*¡Pero Guido!, le vas a pasar al Juez más dudas que las*

¹ Director del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina

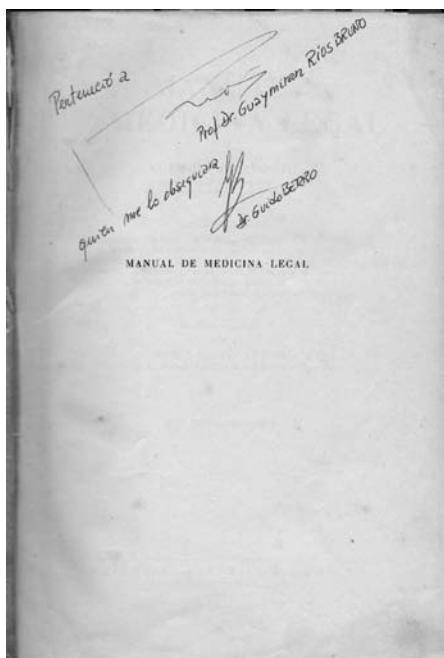
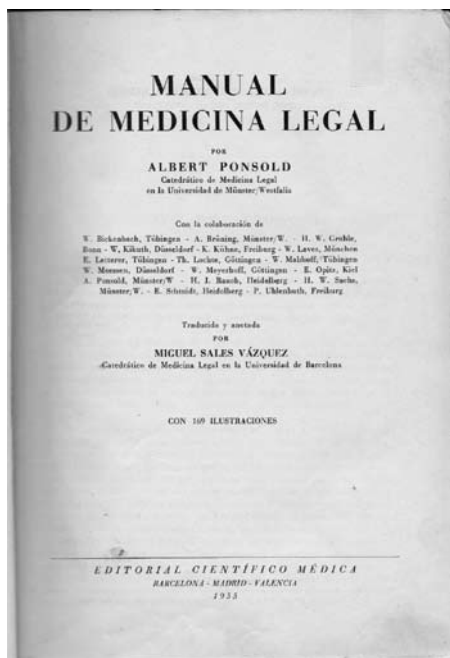
que ya tiene". O cuando me advertía *"Pero mirá que porque esté escrito en un libro no quiere decir que sea verdad; los libros contienen disparates..."* y me mencionaba algunos ejemplos.



Práctico total al momento de periciar, recuerdo que estando yo interrogando a un abusador sexual y preguntándole sobre relaciones sexuales mantenidas, esos términos empleaba, y él oyéndome, me lleva aparte y me dice *"Si seguís preguntando de esa forma te agarra de punto y te contesta cualquier cosa. Tenés que manejar su léxico"*; bueno imagínense las palabras adecuadas que utilizó. Lo cierto que su cultura era amplísima y conocía todo tipo de gentes y sabía comunicarse notablemente.

Exigente en la terminología y referencia anatómica más correcta: *"muñeca es un juego de las nenas, esa región se llama puño"*, *"tobillo es cuello o garganta de pie"*, *"eso de entrepierna es de modista o sastre, es entremuslos o cara interna de muslos, región obturatriz talvez, pierna es de la rodilla para abajo"*. *"Los dedos de la mano tienen nombre, no son segundo, tercero, etc., Eso es del pie"*. *"El orificio de bala que decís en la sien no es ni frontal ni fronto-temporal casi seguro es pterigoideo, vení a ver en un cráneo"*

Culto y generoso. Ya jubilado y aprontándose para mudarse me llama para que pase a ver y llevarme todos los libros que me sirvieran, *"aunque eso sí, dejale algunos de psiquiatría al Dago (Dr. Dagoberto Puppo), mis libros de medicina legal y psiquiatría forense son pa' vos, algunos le dí a Soiza, y el Dago que sé que los aprecian y les van a dar utilidad, sino van al cordón de la vereda junto al árbol. Los libros no se venden ni regalan; se continúan con los que los valoran. Eso quiero, y tenés una hora para venir"*, se imaginan que salí volando y aún hoy descubro anotaciones al margen y en libros que están en inglés, francés e italiano. Tiempo después comentábamos con Dagoberto Puppo ilo que leyó este hombre! Y me dice Dagoberto ¡y como sabía psiquiatría! Sí, Psiquiatría y toda la Medicina. Sabía la teoría y su conocimiento lo transformaba en resoluciones totalmente prácticas, con dictámenes certeros, sin ambages, expeditivo 100%. Incluso tengo sus libros de Criminología subrayados por él, Garófalo, Borri, Lombroso y los clásicos de Medicina Legal. Fue amigo del maestro Emilio Bonnet, el argentino, quien le obsequiara un libro que



Manual de Medicina Legal de Albert Ponsold, obsequiado al Prof. Guido Berro Rovira por el Prof. Guaymirán Ríos Bruno, 1983.

tenemos aquí en el museo. Discutió con Bonnet sobre la muerte cerebral. Bonnet oponiéndose a la misma, *Chumbo* siempre adelante, en la avanzada de la Medicina, siempre. Toxicología, Emergencia, Desastres, Trasplantes, Medicina Laboral; qué sé yo... En todo hacía punta.

Era también muy entretenido, y hasta seguro que exageraba, cuando nos contaba “casos” y se entusiasmaba, como aquel de “*muerte por nutria en 18 y Andes*” (una nutria viva en un balcón del edificio Palacio Salvo se cayó de gran altura y mató a un señor que esperaba el ómnibus) o el “*Suicido a ruego u homicidio consentido*” (unos amigos matan a otro sin querer, con un arma vieja supuestamente descargada con la que pretendían asustarlo y desistir de sus deseos de suicidio que no tenía por sí el coraje de llevarlo a cabo y les rogaba a sus amigos que lo mataran y hasta los exculpaba en un papel firmado), o el “*no sé cómo no se olvidan más cosas*” que le atribuía a Armando Tommasino, cuando lo hizo ver una cirugía con el propósito que Armando (su querido juez y amigo) entendiera los *oblitos*.

A veces era explosivo, “*calentón*” y luego se arrepentía. Defendía las armas de fuego, condenaba el aborto criminal, la eutanasia y era absolutamente cuidadoso en las valoraciones de actuaciones de colegas demandados, casi diría que su posición era en principio contraria a la existencia de la res-

[illegible]

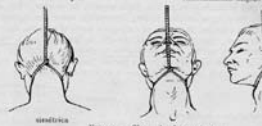
¹⁰ Hildegarde, *Sobre las funciones y deberes del médico*. En un número de textos seleccionados de la obra hipocrática, editados por Th. Mayer-Sternberg y W. Schönbach. *Kleine Texte der Vorlesungen und Übungen*, editado por H. Lierckow, ed. 1961, Bonn.

delo del Tribunal Supremo del 26-4-1909, *RGJN*, vol. 38, pág. 62. V. también *RGJN*, vol. 35, pág. 247. Es interesante que el RJO intentó apesarse en una ley para impedir la restitución de secretos, y sea en la ley francesa, respecto a los tribunales militares de honor, del 22-11-1890.

PRILLHAUS, *Def.*, 1908, pág. 294 y, sobre todo, FISCHER. Véase Dürstelaug, vol. 8, pág. 294, nota 1 (el tallo es muy lamentable y no justificable).

En los hallazgos de autopsia se deben distinguir los signos demostrativos de reacción vital, de los producidos después de la muerte.

Aberramientos típicos



Colocación simétrica del luo en la taza (tal como ahorcamiento libre); forma típica (izquierda). Cualquier otra forma de colocación del luo (tal como ahorcamiento apoyado); forma atípica (centro y derecha). La forma atípica es más frecuente que la típica.

a) *Signos demostrativos de reacción vital (signos de ahorcamiento)*
Ningún signo cadavérico da la seguridad de haberse producido en vida.
Por ello, sólo se puede hablar
con cautela de las reacciones
vitalas.

a) *Congestión facial.*
La congestión facial se presenta en los casos de oclusión venosa, dificultando permeabilidad las arterias (fig. 52). Se manifiesta por hinchazón facial y coloración rojo azulado. Cuando se acompaña de hemorragias congestivas no pudo producirse después de la muer-



Crisis hemorragica congestiva (Cava)

[illegible]

En vida, a menos que accidentalmente se lea a través del individuo colapsado después.

Cuando la suspensión del cadáver se haga con la colocación del lazo de manera típica, habrá que esperar encontrar

Fue él quien me despertó curiosidades de temas que solo a él se los oía. Cuando nadie hablaba no conocía de baremos, un día me comenta del bareme [decía “*bareme*” y no “*baremo*”] de la URSS y lo comparaba con

diámetro del mismo y que se ennegrece intensamente. Los gases de pólvora, cuando penetran despegan la piel (cavidad de humo) (fig. 89) y estallan (lesión de estallido) (fig. 90).

7) Lesión de estallido.
Puede ocurrir que la lesión de perfil anfractuoso de la entrada del rectil sea tomada erróneamente como lesión de salida, si no son visibles

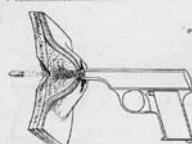


Fig. 10

Cantidad de humo en el disparo próximo alabado. La cantidad de humo inmediatamente posterior de la zona y humo de pólvora, a consecuencia del deterioramiento de la piel del hueso craneal, se determinada por la expansión de los gases de la pólvora cuando se dispara con la boca de arma aperturada. El humo próximo abundante. Al distenderse la piel en exceso, estalla en forma irregular (véase fig. 10). Simultáneamente la boca del arma deja en forma trazo en la piel en la parte superior de la boca (véase fig. 11). En la parte superior de la boca (véase fig. 12), en la zona de la herida de entrada (véase fig. 13), en la zona de la herida de salida (véase fig. 14) después de que se han cicatrizado los bordes de la herida.



Lesión de estallido en el diaparo pedáneo absoluto.

Diaparo efectuado con la boca del cañón apoyada sobre la piel. Rota estalla al distenderse en extremo por la presión de los gases provocados por la explosión de la pólvora y que se difunden por debajo de la piel.

en sus alrededores vestigios de humo o de pólvora. De ello se deduce que el orificio de salida puede ser mayor que el de entrada, olvidándose de mirar debajo de los bordes de la herida y buscar la presencia de la cavidad de humo.

En el disparo efectuado con la boca del cañón apoyada sobre la piel, la penetración del proyectil puede efectuar una salpicadura de partes tisulares, p. ej., masa cerebral. Estas salpicaduras son absorbidas por el cañón, puesto que después de salir de los ojos de la pólvora, se origina una presión negativa. En el disparo a proximidad, a menos de 1 cm. de distancia, pueden encontrarse, por lo tanto, en la boca del arma y en el interior del cañón, hechas de sangre y de tejidos orgánicos, p. ej., tejido adiposo o sustancia cerebral. Las manchas o salpicaduras de sangre (no frotadas) en la mano del cadáver son signos a favor del suicidio.

En el disparo con el arma sobre la piel puede haber también mayores

distintos en los vestidos del lado de entrada del proyectil: Desgarros por rasado en los tejidos, de forma semejante a la herida descrita.

7) *Huella de presión.*

Si el arma está apoyada sobre una zona de la piel debajo de la cual hay un hueso, el gas de la pólvora penetra a través de la herida del disparo, se dilata y se calienta, lo cual irrita la piel, la piel se contrae contra la boca del arma. A consecuencia de la presión de la piel que se eleva con la cavidad de la herida y debido al movimiento de avance que sigue al retroceso del arma después al disparar, se produce un efecto de pistón que empuja la piel (zona de presión) y se forman ondulaciones en la piel que rodea el orificio del cañón (fig. 4). La lesión de la piel representa una reproducción de la boca del cañón. Estas lesiones traumáticas penetran profundamente en la dermis. De ello se puede deducir que el disparo se hizo con el arma apoyada sobre la piel. Una vez más, la acción de la burlita puede deducirse en que forma la onda repinta el arma apoyada sobre la piel.

Se puede realizar argumentos en favor



Fig. 4. — Acción de la burlita al penetrar en la piel.

Reproducción de la boca del arma en la zona de la burlita al penetrar en la piel.

Reproducción de la boca del arma en la zona de la burlita al penetrar en la piel.



Fig. 11. — Husilla de presión en el disparo por acción automática.

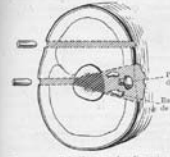


Fig. 10. — Relativamente las dimensiones de los orificios de entrada y salida del proyectil.

Archer Orificio de salida y entrada iguales (partición 10a). — *Aljibe*, Orificio de salida mayor que el de entrada, debido a los proyectiles secundarios trochus de hueso, fragmentos de tejido y por la deformación del proyectil al perforar el hueso.

el de Balthazard! El tema de lo que el forense puede dilucidar en casos de *comuriencia* por primera vez se lo vi plantear a él en los desastres en masa y qué hacer con los fallecidos.

Su rectitud ética intachable, al punto de por ejemplo no llamarme para interesarse nada menos por su hijo que estaba injustamente en una confusa situación en un caso en el juzgado en el cual yo tenía que informar como forense. Una vez terminado todo y aclarado el tema le hice notar que yo esperé que me llamara y su contestación fue: *“Pero cómo iba a llamarte por ese caso si estaba nada menos que mi hijo medio enredado”*. ¡Que ejemplo!

Su lado humano,... un día encuentra en la Morgue a un funcionario, Bouza de apellido, con síntomas y signos de grave dolencia cardíaca, con un infarto en curso. Sin dudar un instante lo carga y lo lleva al Clínicas dejando sus tareas de turno y salvándole la vida. El funcionario no tenía mutualista y él le hizo todos los trámites de asistencia correspondientes.

Su bohemia característica... si parece verlo cruzando la plaza San Martín, en Buenos Aires, bajando del ómnibus y con su cartera tipo mochila al hombro. O como lo recordaba Mesa, comiéndose un refuerzo luego de su magnífica conferencia, sentado en el muro de enfrente de un gran hotel cinco estrellas de Buenos Aires, donde se hacía un importante congreso de Cirugía.

En la Morgue fue quien diseñó los protocolos de autopsias con esquemas y dibujos que aún algunos forenses usan. Me honró dejándome para que hiciera pericias suyas que luego veíamos en conjunto y haciendo luego sus subrogaciones, casi sin darme cuenta fue docente, con esa calidad, y haciéndome creer que era yo que lo ayudaba, mucho tiempo después me di cuenta, ¡qué notable! Una vez, cuando recién hacía yo mis primeras armas, me dejó un montón de huesos con una esquelita que decía más o menos: *“Guido: me gustaría conocer tu opinión autorizada sobre este hallazgo”*. Les confieso me sentí *“ancho”*, ¡que el profe Ríos Bruno me dijera eso!, ¡Tu opinión autorizada! nada menos que él que yo sabía muy bien que era un anatómista de fuste, que dominaba la osteología. Bueno, me esforcé estudiando y midiendo aquellos huesos para darle un buen informe, fue, no dudo uno de los motivos que me llevaron a estudiar osteoantropología forense y que no dejo de agradecerse. Mucho tiempo después meditando sobre aquella esquila me di cuenta que *“opinión autorizada”* tenía otra lectura sutil, simplemente que me autorizaba, me daba permiso a ver esos huesos, todavía no sé cuál era la correcta interpretación, pero fuera cual fuera obró como seguramente él quiso: Un formidable estímulo al estudio e interés por la osteoantropología forense que aún me perdura. Me hizo varias así. Con

larvas, con tóxicos, con todo. Siempre activo, motor incansable, curioso, abierto a la búsqueda e investigación. Siempre práctico, reflexivo y curioso, todo junto. ¡Con decirles que hasta había intentado fotografiar el aura de los moribundos! También en otra oportunidad estuvo no sé cuantas horas dándole fuego a unos restos para ver cuánto tiempo demandaba una carbonización y cremación con medios precarios, lo cual también me dejó grabado a fuego qué importante es poder llegar a la etapa experimental en la respuesta pericial. Y así cuando la Comisión para la Paz nos preguntara sobre algo parecido, inmediatamente lo evocamos, y junto con Hugo [Rodríguez Almada] hicimos un modelo experimental que nos permitió una respuesta más precisa y científica.

En otra oportunidad me pregunta de qué murió tal individuo y yo bien firme y tranquilo le digo: *“comprobé Shock hipovolémico, hematoma en pelvis, herida de vejiga”*. ¡Para qué!, todo mal: *“¡Mirá!, no hay shock en la mesa de Morgagni (será exangüinación o anemia aguda); el hematoma será en cavidad pelviana porque pelvis es hueso; y de herida de vejiga, no se muere nadie! Vení, vamos a disecar la aorta terminal y las ilíacas; debe tener una herida de hipogástrica”*... y tal cual.

A veces me parece sentirlo a mi lado y un poco atrás, sin túnica y protegiéndose con la mía, aconsejándome *“no te empoces, no te empoces, plano por plano, seguí la hemorragia y encontrás la bala”* y en seguida *“dale metéle, más rápido”*; lo que parecía contrario al plano por plano previo. O cuando me aconsejaba, *“Mirá: no te apresures en hablar, terminó primero toda la autopsia antes de sacar conclusiones”* y en seguida, aún antes de abrir: *“Mirá ese abdomen ¿Qué tiene?, dale”*, contradictorio, ansioso, pero un gran maestro. No son pocas las veces que siento su entrada, su presencia, con sus lentes con cadenita, con su forma tan peculiar de tomar el lápiz o la *bic* entre sus dedos (nunca con lapicera de más marca) y señalar lo que teníamos que ver o mostrarle.

Fue quien propuso, pocos años después de Francia, en la década del 60, el diagnóstico científico de la ebriedad etílica mediante el método de las tres fichas: la policial, la clínica y la bioquímica, que aún hoy es de referencia y no totalmente implementado.

Aleccionante su postura frente al narcoanálisis y al suero de la verdad. Impresionante su firmeza al constatar apremios físicos.

En suma: un cabal y verdadero Maestro que no dudo en decir perdurará como ejemplo y referencia de todos cuantos aspiramos ser como él, útiles a los semejantes y a la humanidad.

Disculpen si me extendí demasiado, nunca me cansaría de seguir evocándolo, contándoles anécdotas, pero como de inicio les dijera, hay grandes amigos que quieren referirse también al querido Chumbo.

Gracias nuevamente y al final les pediré me asistan a descubrir una foto suya que perdurará en el Departamento.

Guido Berro

CAPÍTULO 11

RECUERDOS DE FAMILIA

En diferentes momentos fuimos recogiendo testimonios, anécdotas y recuerdos de dos de sus tres hijos varones, que viven en diferentes lugares del mundo. Luego también de su segunda esposa y su única hija mujer. Por correos electrónicos y entrevistas fuimos tejiendo este capítulo.

RECUERDOS DE ANDRÉS RÍOS OLIWENSZTEIN



Guaymirán Ríos Bruno y Aída Oliwensztein, el día de su boda



El día de su boda, rodeado por Tabaré Mario Fischer, Julio César Marmo Robino y Hugo Delgado Pereira.

I

Mi padre fue un tipo único, yo nunca vi alguien tan grande en todo aspecto, (y he vivido en 12 países e interactuado con gente de todo tipo y calibre). Nunca vi *Coraje* como el de él, diferente, irreverente, humor constante fuerte y sarcástico, te decía las verdades en la cara sin ningún miedo o titubeo, humano como nadie, profundo como nadie, caminaba esa línea que los cirujanos y médicos de emergencia circulan viendo vida y muerte a cada segundo con una valentía que no se puede poner en palabras.

La medicina, su patria, sus estudiantes, la docencia eran su religión. Él caminaba adelante sin pensar que abría caminos nuevos, con una modestia abrumadora, sin ninguna posesión material. Cuando yo le pregunté un día porqué no se hacía la vida más fácil económicamente, me decía *"Andrés yo soy médico de los pobres, yo soy un docente de la Facultad de Medicina, y no le voy a operar un forúnculo en el culo a una vieja millonaria porque me paga"*.

Un tipo fuerte pero sensitivo a los otros, que se comunicaba con fuerza y sarcasmo, siempre un chiste y una risa en los peores momentos. Soberbio nunca fue, pero su humildad y sus palabras fuertes y honestas eran a veces difíciles de digerir por otras personas.

Honesto y derecho, con un honor gigante, siempre diciendo la verdad a su manera, y a veces era difícil y llevaba tiempo comprender, pero jamás, jamás, le vi un gesto de maldad o deshonestidad.

Tengo miles de cuentos, en sus mejores años, y en sus últimos días cuando estaba azotado por las enfermedades horribles que tuvo. Te hago una historia y Gerez te la puede refrescar. Cuando lo trajeron semi muerto

a operar un aneurisma de ventrículo y una arritmia brutal (creo que Gerez y su equipo lo mantuvo vivo en base a shocks porque era *El Chumbo*), lo trajeron en un vuelo común a Alabama porque no teníamos medios, mi padre estaba al borde de la muerte cada segundo según me cuenta Gerez.

Cuando lo bajaron en una silla de ruedas, su aspecto era de un hombre con un pie en la tumba una cosa terrible, me vio venir, lo empujó a Gerez y se puso de pie *“para que su hijo no viera a su padre así”*, caminó diez pazos y me abrazó sin decir una palabra. Gerez me agarró del brazo y dijo *“iloco, a la ambulancia porque se muere acá!”*

Coraje y humanidad como nadie, así lo definiría.

Muchas veces lamento no haber sido médico, no haber seguido sus pasos y haber estudiado con él. Esas cosas de la adolescencia en las que hacés decisión y quizás no sepas lo que ganás o perdés me hicieron ser ingeniero, pero siempre tuve eso en la cabeza, cómo perdí esa dimensión que ustedes como sus estudiantes observaron.

Ante la pregunta: cómo se escribía el apellido de la madre, si Olivenshtein u Oliwensztein, responde:

Cuando éramos chicos había documentos de toda la familia con varias diferentes maneras de escribirlo, según recuerdo Papá los arregló todos a “Oliwensztein”



Chumbo y Aida Oliwensztein, con su pequeño primogénito Gonzalo

II

Una vez cuando era chico me presentó a un muchacho que se llamaba Guaymirán. Yo le dije *“Papá ¿otro con ese nombre raro como el tuyo?”*

El otro Guaymirán me contó que su madre tenía un cuadro muy grave durante el embarazo que creo que iba a resultar en una amputación de la pierna y terminación del embarazo. Parece que recurrieron al *Chumbo* quien mantuvo el embarazo y evitó la amputación salvando a la mamá y al nene.

Resulta que la madre era soltera y había sido abandonada por el novio durante su convalecencia. Papá aparentemente lo fue a buscar al tipo y lo hizo regresar a su familia y casarse. Al hijo lo llamaron Guaymirán.

III

Vivieron en la casa, todavía existente, de José H. Figueira 2290, entre Patria y Carlos M. Maggiolo, en el Parque Rodó. Cuenta Andrés:



La casa está ahí, mi mamá en el verano llenaba una camioneta que teníamos con todos los nenes del barrio y llevaba a 15 o 20 a la playa. Es un barrio de gente modesta y los padres de esos niños trabajaban. Hacíamos cumpleaños que eran legendarios con partidos de fútbol en el Parque Rodó, todos los nenes del barrio venían.



La casa tenía un fondito donde mi papá plantaba árboles y una quintita que él adoraba, teníamos una tortuga de río que vivía ahí, debajo de una higuera gigante.

IV

Sobre la casa de José H. Figueira, dice Andrés: Está igualita, en el centro había un pinito antes y el árbol de la vereda era un plátano o algo así.

La casa de al lado era una mansión de unos viejos solterones que se ve sustituida por un edificio.

ANÉCDOTAS DE GONZALO RÍOS OLIWENSZTEIN

I

Tenía la increíble incapacidad para vestirse normalmente. Ignoraba por completo lo que era una combinación de colores entre camisa, pantalón, y zapatos. En ese sentido estoy seguro que no sabía que la ropa se compraba en tiendas donde uno elegía lo que le gustaba.

Yo estaba de novio con mi actual esposa que es el perfeccionismo en ese sentido, y admito que sin llegar a ser lo que era Guaymirán, tuve que aprender con el tiempo a “combinar” las cosas, y yo le regalaba mucha ropa “buena” al viejo que siempre andaba con su vieja camisa o pantalón.

Valga esta anécdota:

Congreso Internacional y Uruguayo de Medicina y Cirugía de Emergencia en el hotel Conrad de Punta del Este recientemente inaugurado.

Gran cierre del evento a cargo del Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno.

Bombos, platillos y disertación esperada del gran profe.

Habló y se lució.

Se me acerca y me pregunta:

-¿Y Gonzalo, cómo estuve?

-¡Papá....sos un desastre!

-¿¿¿Por??? Me preparé como un loco y me pareció que estuve muy bien....todos me aplaudieron...

-¡Mirá para abajo!- le dije.

Miramos los dos al piso.....nos "caíamos de la risa"

....¡¡¡Tenía puesto un zapato negro, y el otro marrón!!!

Así dio su conferencia en pleno Conrad frente a lo máximo de la Emergencia de América Latino.

Eso era el *Chumbo*.

II

Como médico-hijo-discípulo aprendí muchísimo de él, y siempre el apellido me jugó a favor y en contra a la vez.

Era *el hijo del Chumbo* y a veces era una ventaja, pero la mayoría de ellas era una enorme responsabilidad.

Y lo sigue siendo.

Sé que muchos colegas me observan siempre, y en ese sentido siempre traté de enseñar lo que él hizo conmigo.

Anécdota:

Un día en el Hospital Policial yo estaba parado de túnica en la puerta de la habitación de un paciente que había operado y gritaba y se quejaba muchísimo y sin parar.

Yo lo miraba con una sensación de pánico y desesperación, con la historia clínica en la mano, que revisaba una y otra vez, y miraba al paciente y sudaba...

Sin darme cuenta el viejo se me acercó por detrás, me puso una mano en el hombro y me preguntó qué pasaba.

-Recién lo operé y no ha parado de gritar y quejarse...estoy muy pre-ocupado...

Y me dijo:

-*M'hijo no se preocupe por un paciente que grita y patalea... preocúpese si estuviera calladito y quieto.*

...Y siguió caminando por el pasillo del hospital.

Un fenómeno.

Hoy día se lo enseño a cuanto médico joven tengo oportunidad.

III

Era un clínico por excelencia.

No le gustaban los estudios ni *los aparatejos*.

Él te apoyaba la mano en el abdomen y con eso bastaba, el diagnóstico estaba hecho sin dudas.

Anécdota:

Un mes de febrero luego de haber tenido varios episodios de fibrilaciones auriculares paroxísticas, terminó en el CTI del Hospital Policial, muy grave, con varias cardioversiones mientras estuvo internado.

Allá estaba yo cuidándolo y vigiándolo a través de los monitores, cables, y tubuladuras.

Al lado de él había una paciente ingresada hacía unas 24 horas y los médicos iban y venían; charlaban y discutían desconcertados y sin diagnóstico mientras la paciente se agravaba.

De repente Guaymirán se empieza a sacar los cables de los monitores y se levanta semi-desnudo agarrado del soporte del suero; todos lo mirábamos y no acreditábamos lo que estábamos viendo. Camina despacito con esfuerzo hasta la cama de la paciente grave, la mira, la toca, se da media vuelta y le dice a los intensivistas y al cirujano que estaban pasando visita:

-Tiene una pancreatitis....Operála ya y no jodas más que se te muere.

Se dio media vuelta y se volvió a acostar.

La paciente sobrevivió y se fue de alta en pocos días.

IV

¿Los viajes de papá?

Fueron todos trágicos.

Viajó tres veces a USA y una a Europa.

1er. viaje a Europa.

Creo que fue por el '78. Juntaron unos pesos con mi madre y se fueron con el Dr. [Luis A.] Gregorio y la Sra., a Europa.

Todo muy modesto a pequeños hoteles y moteles europeos.

En el trayecto por barco desde Grecia a Italia, se le perfora un divertículo, hace una peritonitis y lo operan de urgencia en el *Ospedale Umberto Primo* de Roma.

Yo acá no sabía nada, no había celulares ni internet, y veía que no regresaron el día planeado.

Me llega un telex a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, que lo habían operado de apendicitis y que en una semana volvían.

No fue así.

Sospechando algo más grave, me voy al Ministerio de Relaciones Exteriores y pido que me contacten con el Embajador en Roma.

Era el Sr. Octavio Brugnini, y le cuento la situación y le pido que me averigüe qué está pasando en realidad (todo por telex va telex viene).

Entonces me entero que fue más grave: que era una peritonitis y que el post-operatorio no era el mejor.

Me sentía desesperado pensando en mi madre sola en medio de esta grave situación.

No me olvido más. Era un sábado en la mañana temprano, desperté a mi suegro, y le pedí plata prestada para irme a Roma.

El domingo estaba volando.

A mamá le avisó el Embajador pero papá no sabía nada.

Cuando llegué al aeropuerto me estaban esperando con dos coches diplomáticos de la embajada uruguaya el Embajador y el Secretario.

Fuimos directamente al hospital.

Abracé a mi madre y mi viejo al escuchar mi voz en el pasillo, luego me confesaría que pensó que era un sueño en el umbral de la muerte, porque no era posible que yo estuviera allí.

Cuando lo vi tuve que sostenerme al marco de la puerta.... había adelgazado 30 kilos, hundido en un colchón de una típica sala de viejo hospital tipo el Pasteur.

Me acerqué y me dijo:

–*Sacáme de acá.*

Le apreté la mano y le contesté.

–Te lo juro.

Allí empezó una odisea increíble en la que el viejo cada vez estaba peor.

La situación era que él mismo se auto-diagnosticó un flemón difuso de pared abdominal y les rogaba a los cirujanos que lo re-operaran que si no drenaban la pared iba a entrar en sepsis.

Los cirujanos siempre contestaban que era la *fiebre post-quirúrgica* (concepto obsoleto de la antigua cirugía) y que no eran intervencionistas...

De mientras cada día era peor y peor...

Una mañana aparece de la nada el Dr. Raúl *Mincho* Praderi.

Le habían contado lo del *Chumbo* en el Congreso y se fue para el Hospital.

Cuando vio el cuadro la situación fue la siguiente:

–¿Qué hacés *Chumbo*? ¿Qué pasa?

–*Mincho* los tanos no saben un carajo, tengo bruto flemón de pared y no me tocan...

–Ah! ¿sí?...-dijo Praderi

Salió al pasillo, manoteó un par de guantes de un carrito de enfermería, y le metió el índice en la punta proximal de la incisión longitudinal del abdomen, y le abrió toda la herida hasta el pubis... El pus salió como sopa espesa ante la mirada atónita de mamá, mía, y una enfermera que salió disparada buscando a los médicos.

Así en frío. Tal cual.

Allí lo curaron con una malla, y empezó a mejorar y a ganar peso.

Luego de pelearme a muerte con la compañía del seguro médico, cuando estuvo apenas en condiciones de volar, logré meterlo en un avión de línea en camilla, y volvimos al Uruguay.

Lo tomó a su cargo, en Uruguay el Dr. Jorge Pradines, lo operó 3 veces haciéndole la reconstrucción del tránsito intestinal, y salió vivito y coleando.

El cuento es muchísimo más largo con miles de idas y venidas, pero por sobre todas las cosas no tengo palabras de agradecimiento al *Mincho*, y al embajador Octavio Brugnini que puso durante casi un mes toda la Embajada a mi disposición.

1er.viaje a USA.

Fue por el '83. Lo habían internado acá por un *angor* inestable, con un diagnóstico positivo en la coronariografía de varias obstrucciones del árbol coronario. Había que operarlo de *by-pass* coronario cuando en el Uruguay había cero (0) experiencia.

Sin titubearlo llamé al Servicio de Cirugía Cardíaca de la Universidad de Alabama en Birmingham, creo que fue un miércoles, y me contestaron sin que se les moviera un pelo que el domingo estuviera allí, y que el martes lo operaban.

Hablé con mi señora, juntamos todos los ahorros que teníamos de la boda (nos habíamos casado en el '81 y nos habían regalado mucho dinero). Le mentí a papá diciéndole que me había contactado con el Ministerio de Salud Pública, y que el gobierno iba a pagar todo.

Tal cual lo planeado el martes ese lo operaron, a los 4 días le dieron el alta y a la semana ya estábamos de vuelta.

(Todavía se piensa que el Ministerio de Salud Pública le salvó la vida)

2do.viaje a USA

Creo que fue a través de la OPS/OMS que lo mandan casi por un mes a diferentes servicios de emergencia en hospitales de referencia en USA, con todos los gastos pagos.

Su primer destino era el Washington Hospital Center donde el jefe era un gran amigo nuestro el Dr. Mario Golocovsky.

En ese entonces yo me había ido a vivir a Los Angeles y estaba muy contento porque el itinerario indicaba que iba a pasar por esa ciudad también.

Hablamos por teléfono antes que saliera de Montevideo, y le deseé buen viaje, y que pronto nos veríamos.

No me olvido más.

Colgué y le dije a mi mujer textualmente:

–Qué te juego que este tipo se equivoca de avión...

A las 5 de la mañana suena el teléfono en casa en Los Angeles.

–...Ho..hola???, papá?

–Sí, no te asustes todo bien...pero ¿donde queda Oklahoma?

Dicho y hecho, se había equivocado y fue a parar a Oklahoma.

Lo más increíble fue que un colombiano vio su situación de que no tenía vuelo a Washington hasta el otro día, y no tenía dónde quedarse ni conocía nada.

El colombiano iba a una Convención de granjeros y se lo llevó con él, le pusieron un sombrero de paja (tengo la foto), y allá salió a recorrer las granjas de Oklahoma. Incluso me trajo los libros y folletos sobre agricultura y granja que le dieron en la Convención.

Siguió su viaje, pero como “extrañaba” mucho se volvió al Uruguay a la semana. No aguantó.

3er.viaje a USA

Nuevamente estaba grave con fibrilaciones auriculares paroxísticas, por lo que le indicaron una ablación en *Casa de Galicia*.

Con los nervios del caso, recuerdo que sale el Dr. [Walter] Reyes una vez terminado el procedimiento, y me dice que no se lo pudo hacer porque el catéter no alcanzó.

Yo le digo:

–“Me estás diciendo que porque te faltó un *cacho* de plástico ¿¿ no llegaste a la pared de la aurícula?????”

–Y....sí, tu viejo es muy grande.

Yo no acreditaba lo que estaba escuchando y recuerdo que llamé a mi hermano Andrés que vivía en New York y le dije que hablara con Birmingham de nuevo que le mandábamos al viejo para allí.

Esta vez fue mi hermano Andrés que sacrificó una cantidad de dinero brutal, de tiempo, de trabajo y de familia para salvar a papá.

Allá se armó un equipo con el Dr. Gerez y otro colega (no me sale el nombre ahora), lo monitorizaron, lo metieron en *United* y allá se fueron con el viejo totalmente inestable.

Nuevamente en Birmingham fueron de lo más eficaces y le hicieron la ablación.

Esta también es una historia larguísima que mi hermano Andrés bancó prácticamente solo, porque yo en ese momento no pude viajar ni ayudarlo, pero nuevamente logró que volviera vivito y coleando.

(Ni yo, ni papá, supimos nunca el dinero que se gastó mi hermano).

Esta fue la paradoja de los viajes del *Chumbo*.

Un gran parecido al personaje de la televisión, tipo “*survivor*”.

V

LA CASA DE LA CALLE JOSÉ H. FIGUEIRA 2290



Cada tanto paso y la miro.

Está tal cual.

Sin duda nuestros años más felices, cuando mamá vivía.

Anécdota.

El Chumbo era un gran cazador.

Y en casa, allí en Figueira teníamos muchas armas, y una increíble colección de cuchillos.

En la época de los Tupamaros, nuestro cuarto, que daba a la ventana del frente que se ve en la foto, lo mudaron para el living que quedaba más protegido en la parte más interna de la casa, porque en esos años cada tanto explotaba alguna bomba como atentado.

Una noche vuelvo de mi clase de dibujo y veo el garaje abierto con la camioneta en contacto, y entro a casa diciéndole a mi madre que se había olvidado de las llaves en el auto y la veo rodeada de cuatro sujetos de traje.

Mi madre me abraza y me dice:

–Son tupamaros, y quieren las armas.

Yo tenía unos 13 años y no entendía muy bien de qué se trataba todo lo que estaba pasando en el país.

Finalmente buscaron, y casi no encontraron nada, salvo los cuchillos y algunas cosas nuestras que terminaron juntando para llevárselas como simple robo...

Jamás voy a olvidar este diálogo de mi madre con uno de los tupas:

–Pero ¿cómo? ¿no querían las armas?... ¿y se llevan una guitarra y una armónica de mis hijos?

–¡Señora –le dice uno– nosotros estamos haciendo patria!

Mi vieja se para con una cara de furia que jamás le había visto y le contesta:

–¡Mirá hijo de puta! Patria hago yo, que me levanto a las 5 de la mañana todos los días, pa' ir al hospital a curar niños con cáncer, gratis!

El tipo mudo, se dio vuelta agarró su botín y se fue en silencio.

Nunca más supimos de los cuchillos, las armas, ni de ellos.

Eso pasó en esa casa.

VI

ALGUNAS AFICIONES Y PREFERENCIAS DEL CHUMBO

–Fue boxeador casi profesional hasta que se le rompió el tendón de Aquiles.

–Tuvo un conjunto folklórico, cantaba y tocaba la guitarra.

–No recuerdo que escuchara otra radio que no fuera *Clarín*... hincha a muerte de Gardel.

–Gran estudioso de cuanto tema se te ocurriera... en Figueira no había un sólo pedazo de pared libre... era todo biblioteca.

- Muy bolichero... con él aprendí dónde comer los mejores sandwiches, chorizos, asados, etc., de Montevideo.
- Siempre anduvo armado de revólver.
- Anticomunista a muerte

Anécdota:

En la época *caliente* del Sindicato Médico en una de esas reuniones de discusiones gremiales, había un sujeto que dale y dale con el *compañero* Ríos pa' acá y el *compañero* Ríos pa' allá...

Mi viejo se levanta y le dice categórico:

-*Compañeros son los huevos; yo para Ud. soy el Profesor Dr. Ríos.*

VII

EL CHUMBO VIAJÓ A ISRAEL

En los diferentes relatos había contradicciones. Mientras Gonzalo me contaba que su padre nunca había estado en Israel, su segunda esposa, Aída Cresseri me habló con cierto detalle que sí había estado y había quedado maravillado de Jerusalem, con deseos de volver allí, lo que no pudo concretar. Sorpresivamente, cuando estaba cerrando la preparación de este trabajo, me viene un mail de Gonzalo con este relato que sigue, fresquito de la noche anterior:

Anoche fui a una fiesta de una institución judía que celebraba sus 90 años de existencia y de la que yo fui dirigente.

Me encontré con viejos amigos y una de las actividades fue el compartir fotos antiguas de paseos, campamentos, viajes a Israel etc.

Uno de los muchachos que estaba en un grupo que yo dirigí me muestra una foto con 2 amigos en Israel y me dice: *esta foto nos la sacó tu viejo...*

-¿¿Qué lo qué??-le dije-mi viejo nunca fue a Israel!

-¿¿Sos boludo?? *Se sentó al lado mío en el avión, encima le conté que yo fui paciente de tu mamá Aída.*

Yo no entendía nada...

Encima me dice:

-*Me contó que no sé qué lío tuvo con unos certificados de defunción... pero fue en el '78 no me acuerdo bien...*

Todo coincidía. Yo sabía que el lío ese de los certificados de defunción que los milicos lo presionaron para que *mintiera* cuando un preso había muerto torturado y él siempre se negó... (eso le equivaldría la *categoría C*

de ciudadano, que incluso le complicó su nombramiento en el Hospital Policial a posteriori).

Mi teoría es que él estaba muy vinculado a la embajada israelí y que quizás por algún lío grave lo hayan “sacado” a Israel un par de meses... pero no tengo ningún registro mental de ese episodio... rarísimo...

Incluso le pregunté a mi señora que era mi novia en esa época y tampoco tiene idea que el *Chumbo* haya ido a Israel.

¿¿Fue y nunca supe?? ¿¿Y no recuerdo??

No tengo la respuesta.

Pero el relato de estos amigos coincidían ellos tres que papá seguro, seguro, viajó con ellos.

Así que ahí tenes el *Chumbo* sigue dando sorpresas.

ENTREVISTA CON LA DRA. AÍDA CRESSERI de RÍOS BRUNO Y CON LA Q.F. NATALIA RÍOS CRESSERI

Miércoles 17 de abril de 2013

¿Cómo lo conoció?

En el Hospital de Clínicas. Él era el Director del Departamento, y yo era Asistente, Grado 2 de Clínica Quirúrgica, cursando el post-grado. Estaba en la Clínica de Bolívar Delgado, que luego mudó su Clínica al Hospital Pasteur. Fue en el año 1981.

¿Qué noticias tienen de la familia y los ancestros de *Chumbo*?

El padre era coronel, y a la muerte le dieron el grado de general, anduvo recorriendo varios departamentos, mucho tiempo en Soriano, en Florida donde nació la hermana que fue Contadora y profesora Grado 5 de Ciencias Económicas, y tenía una media hermana mayor, Sara, por parte de padre. Su padre quedó viudo joven y se casó nuevamente con la señora Bruno, que también falleció joven. El padre falleció a los 60 años de muerte brusca, amaneció muerto, ya retirado. La madre vivió unos años más luego de enviudar, y falleció a los 70 y pocos años, también de causa cardíaca.

¿Tenían idea que el apellido Ríos pudiera tener origen sefardí?

Él hizo todo el árbol genealógico y había llegado a la conclusión de que eran de origen sefardí, y nos había comentado eso. Pero eso lo investigó él, que siempre se interesó mucho en la historia de las religiones. Había llegado a ubicar hasta los escudos de armas de la familia.



Con su esposa Aída Cresseri y su hija Natalia, al cumplir ésta sus 15 años (1999).

¿Qué recuerdos conservan de *Chumbo*?

Como gran compañero, cirujano, padre, muy compañero con los hijos, muy familiar. Nos casamos en 1982 y Natalia nació en 1984. Quería una hija mujer.

Yo hacía una guardia obligatoria en el HC, como obligación del postgrado, aunque ya fuera del Hospital Pasteur. La actividad en el Departamento de Emergencia del HC era espectacular. Se pasaba de mañana visita de todos los pacientes, médicos y quirúrgicos, mucha enseñanza, se veían los enfermos en forma ordenada, como en una clínica médica o quirúrgica. Había camas por todos lados, hasta en los corredores, además de los boxes. Había una sala de operaciones pero nunca se utilizó, quedó vacía, aunque él peleó por tener una sala inmediata a la Emergencia.

Eso lo consiguió en el Hospital Policial, porque era el sueño de todos, para no llevar los pacientes al piso 17, esperar el transporte, y ese sueño pudo cumplirlo en el Hospital Policial, donde lo apreciaron mucho y le hicieron un homenaje en él, colocando en vida una placa *Comisario Inspector Ríos Bruno*.

Él trabajó en el diseño del Hospital Policial, y fue Subdirector del Hospital. Junto al Arq. Tomás Sprechman pudo hacer realidad ese sueño de diseñar el Servicio de Emergencia. Fue el primer servicio que funcionó. También el helipuerto que lo ví funcionar mucho. Sigue funcionando.

En las primeras seis horas de un paciente politraumatizado es donde se juega la vida. *Son las seis horas doradas*, como él decía, donde lo que se haga allí determina el futuro de ese paciente.

Yo viví mucho el funcionamiento del Hospital Policial porque trabajé allí como Cirujana Pediátrica, de lo que ejercí la Jefatura; había ingresado en 1995.

El Hospital de Clínicas tuvo un helipuerto junto a Emergencia, entre el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología y la Facultad de Odontología. También fue usado en su tiempo. Estuvo mucho en contacto



El Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en la actualidad.



El espacio destinado en la época de *El Chumbo* a helipuerto, junto al Hospital Universitario, ha desaparecido, ocupado ahora por la Facultad de Odontología y por un estacionamiento vehicular.

con el Profesor Mario Golocovsky, que venía casi todos los años, a los congresos.

Hacía congresos internacionales con médicos emergencistas de Cuba, de Israel, de todas partes, con muchos médicos y cirujanos jóvenes, que eran jefes de Departamento. Hacía cursos en todos los departamentos del interior para médicos y cirujanos, con todo el equipo, para estimularlos en la Emergencia. Lo mismo hacían cursos en Montevideo para los médicos locales.

Hacía entrenamiento con la Policía y los Bomberos para la atención de desastres. Él fue el patrocinador de los simulacros, como forma de entrenar al personal. Eso quedó en evidencia cuando el incendio del Hospital Policial, hace pocos años, porque estaba todo muy bien protocolizado.

Lo quieren mucho Gabriel Pombo, que es actualmente el Director del Hospital, Douglas Piriz, que fue también Director, Jorge Gerez que es el jefe del CTI, Luis Cidade como jefe de Cirugía. Lo querían mucho porque dejó mucha enseñanza. Por eso lo nombraron *Maestro de la Medicina*.

Enseñó mucho y a mí también, le debo mucho. Iba a las guardias de cirugía pediátrica a acompañarme, al Hospital Pereira Rossell. Siempre se preocupaba de los enfermos importantes, y estaba a la orden de todos. Me fue a ayudar al Hospital Pasteur, con una herida de corazón que había recibido yo en la puerta, pero hacía lo mismo con todos sus alumnos; estaba



El Hospital Policial, en toma realizada el mismo día que las anteriores, en su estado actual.

siempre a la orden para ayudar en los casos difíciles.

Vivía para la Cirugía, no importaba la hora. Tuvo dos maestros, el Profesor Larghero, como gran organizador del servicio, que pasaba dos veces visita y el Dr. José Iraola, como gran cirujano. Él aprendió eso de la escuela de Larghero. También la autopsia clínica; si moría un paciente quería saber por qué fallaba, y de eso se aprendía. Había que ver la

honestidad increíble del profesor que con franqueza le decía a la familia cuando encontraba la causa. Y le decía a la familia del paciente, como está dicho en el libro *Pedro Larghero: Cirugía y Pasión*. Larghero les decía a los familiares del paciente fallecido: pasó tal y tal cosa, y fallamos en esto o en aquello. Usted puede hacerme un juicio a mí, denunciarme al Ministerio de Salud Pública y a la Facultad de Medicina. En la época actual, eso resultaría increíble.

Algunos le criticaban que el Profesor no les dejaba hacer muchas cosas a los colaboradores, porque él hacía todo y lo ayudaban. Porque para largarse a operar había que saber mucho. A diferencia de Iraola, que dejaba actuar.

Enseñaba haciendo las cosas, que es una forma pedagógica, de ver hacerlas bien por primera vez.

La idea de *Chumbo* sobre el helipuerto en la cercanía de los hospitales, ha seguido funcionando, al menos en el Hospital Policial, donde siguen



El helipuerto del Hospital Policial, que está plenamente operativo.



La entrada del Departamento de Emergencia del Hospital Policial, que *El Chumbo* dirigió, y donde se le recuerda con cariño, testimoniado con una placa.

trayendo a veces niños para trasladarlos al Hospital Pereira Rossell desde allí. En otros lugares hay helipuerto diseñado o señalado en edificios o cercanías, pero nunca se han visto funcionar. En cambio aquél sigue maravillosamente funcionando.

En el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, le sucedieron José Trostchansky, Ricardo Voelker Acosta y luego Augusto Müller Gras. Éste ya no trabajó con él, porque era de la Emergencia del Hospital Militar Central. También estuvo Oscar Cluzet, de quien fui Interna cuando



Fernando González Añón, Director de Emergencia del Hospital Policial junto a la placa (se muestra en detalle) que en dicho Servicio homenajeo al *Chumbo* Ríos en vida.

él era Jefe de Clínica en el Servicio de Bolívar Delgado, donde también hice el Grado 2 de Cirugía General. Luego fui Grado 3 en el Servicio del Prof. Gonzalo Estapé, siempre en el Hospital Pasteur.

Le gustaba la familia, hacer asados; era un gran asador. Pescador no, le gustaba la caza. Le gustaban las armas e iba con los hijos a cazar al campo de algún amigo, y volvían con bolsas llenas de perdices.

Yo no lo conocía entonces, pero supe por relatos que él me hizo después que los Tupamaros le tomaron por asalto la casa, porque era coleccionista de armas, con objeto de robarle. Y efectivamente le robaron armas, aunque él había entregado casi todas a la Policía con anterioridad. Pero ellos andaban siempre buscando a los coleccionistas, y se ve que fue por eso que le tomaron la casa para robarle.

Se involucró mucho con temas referentes a los Derechos Humanos.

Él era un gran defensor de los derechos humanos, y me había contado que en 1972, siendo médico forense del Poder Judicial, con el juez Daniel Echeverría, le tocó acompañar al juez en el allanamiento en la calle Amazonas. Allí lo menciona Eleuterio Fernández Huidobro, que hizo una publicación en el diario, para agradecerle que le había salvado la vida. Porque estaba en un escondite en un altillo y en la balacera quedó con varias heridas. Seguramente no sabía, cuando hizo la publicación, que *Chumbo* ya había fallecido.

El Ac. Guido Berro me transmitió que *Chumbo* le había salvado la vida a Fernández Huidobro, cuando era forense del Juez Daniel Echeverría.

Sí, después de su muerte, apareció un suelto en un diario, donde Fernández Huidobro le agradeció que le hubiera salvado la vida, junto con el juez Daniel Echeverría. Al hacer el allanamiento de la casa Amazonas 1440, el domicilio del Esc. Martirena. Natalia guardó el recorte del diario donde publicaron eso.

¿Cómo fue la salud de *Chumbo*?

En 1982, cuando lo conocí, ya hacía unos años había tenido un infarto agudo de miocardio [el 25 de noviembre de 1973, a los 45 años]¹. Cuando en 1980 estaba de viaje con su primera esposa, el Dr. Gregorio y su esposa, por Grecia e Italia, hizo una peritonitis por perforación de un divertículo, que él no sabía que lo tenía. Los italianos, en el *Ospedale Umberto Primo*, decían que el cuadro clínico era una apendicitis, y él afirmaba que no lo era. Le hicieron una incisión de Mac Burney y vieron que no era una apendicitis; después tuvieron que hacer una laparotomía por una incisión mediana.

1 Certificado de enfermedad por esa causal, indicando inicio de la afección, correspondiente a su legajo personal en el Fondo de Solidaridad Social del SMU.

Encontraron una colopatía diverticular y le hicieron una colostomía y una toilette peritoneal. En el postoperatorio comenzó a hacer fiebre y marchar mal. Justo apareció providencialmente Raúl Praderi en Roma en un Congreso de Cirugía; en el congreso lo informaron e inmediatamente lo fue a ver. Se querían mucho, porque siempre estaban dando concursos juntos. Le abrió la herida, le sacó los puntos y salió cantidad de pus. Los italianos le daban vinito todos los días, porque allá a los enfermos le dan vino tinto. Pero desde allí le salvó la vida, cuando hacía días que estaba grave. Nunca fumó. Era un hipertenso controlado y tratado. Cuando Natalia tenía tres meses de edad, hizo un *angor*, que se estudió y tenía una estenosis coronaria, que no llegó a hacer infarto. Ella nació en agosto de 1984 y el estudio aquí se lo hicieron en noviembre y marchó enseguida a Estados Unidos en diciembre. En ese momento, hace 28 años, la cirugía para solucionar ese tema era muy discutida y le aconsejaron que si podía disponer irse a Birmingham lo hiciera. Acudió allí, donde lo operó Albert Pacífico.



Albert Pacífico



Albert D. Pacífico, nacido en Brooklyn en 1941, graduado en 1964 en la Universidad de Nueva Jersey, actualmente de 72 años, retirado desde 2006 de la Universidad de Alabama, en Birmingham, dirigió por cuatro décadas la cirugía cardiovascular en esa Universidad.

Lo acompañó el hijo, Gonzalo, y la Navidad de ese año la pasaron allá, ya estaba operado. Se volvieron a los diez días de operado, cuando le hicieron *by passes* con arteria mamaria interna y con puentes venosos. Tuvo muy buena evolución y pasó bien varios años. Muchos años después, en 1999, empezó con las arritmias que no podían aquí hacer la ablación. Ahí reunimos el dinero nuevamente y fuimos a los Estados Unidos. Se estudió bien nuevamente y la causa de las arritmias era un aneurisma cardíaco en el ventrículo izquierdo, secuela del infarto que tuvo a los 45 años, por lo cual estuvo internado en el CASMU y dejó esa secuela. Él no era fumador, nunca fumó, pero me decía que genéticamente tenía antecedentes por ambos padres; muy estresado, muy nervioso, y haciendo todo con mucha pasión. Estudiaba mucho, cirugía, los temas de la emergencia, y luego historia de las religiones. Leía varios idiomas. Inglés hablaba más o menos; hablaba muy bien en francés y había aprendido hebreo, por los hijos que fueron a una escuela hebrea. Estuvo en Israel por los años 70. Fabián se fue a los 17 años y Gonzalo también, fue a un kibutz y volvió. Cuando nos casamos, vivimos con los hijos, menos el mayor que ya era casado, entonces Fabián tenía 16 años; al año le pidió al padre para irse a Israel, y tuvo que firmar el padre porque era menor de edad, y se fue a un kibutz, con un amigo. Después el padre no fue nunca más a Israel. Contaba que le apasionó Jerusalem, que era hermoso. Siempre me dijo que quería volver, que tendríamos que ir allí. Nosotros íbamos casi todos los años a Nueva York, a visitar a Andrés, a pasar en su casa, con su esposa, y con su pequeño hijo, el nieto que aparece en alguna foto. Andrés tenía su casa en Nueva Jersey, y ellos también venían al Uruguay a Punta del Este. Fabián venía una vez cada año o cada dos.

Luego un australiano era el especialista número uno en aneurismas cardíacos. Mc Giffin, un hombre muy parco. Era el Subdirector del Departamento de Cirugía Cardiovascular de aquella Universidad de Alabama en Birmingham, que dirigía el famoso médico James Karl Kirklin. Él no se quería operar, porque le dijo que la mortalidad era 10%, mucha, incluso para los Estados Unidos. Le iba a resear el aneurisma, una aneurismectomía, y ponerle una lámina de teflón o similar, y le habían hecho los estudios estando allí. Desde esa lesión desencadenaba los focos de arritmias ventriculares. Y si no se operaba la mortalidad era altísima. No fue en avión ambulancia, pero fuimos en avión de línea, en primera clase, con el Dr. Jorge Gerez y otro médico joven residente el Dr. Rodríguez, con una vía venosa y preparados para cualquier



David Mc Griffin

cosa con monitores en una valija por si ocurría algo. Pensábamos que no llegaba vivo. Hubo que sacar permisos para llevar el instrumental. Fue en el verano de 1999. Natalia recuerda que ella cumplía sus 15 años. Allá era invierno, él tenía miedo de operarse y morirse allá, porque complicaría a la familia. Pero al final lo convencimos con Gerez, y el hijo Andrés, que lo acompañó muchísimo, con su esposa y un niño de seis meses. Le hicieron leer un documento enorme, el consentimiento informado, y finalmente firmó la autorización y al otro día lo operaron a las 6 de la mañana; una opera-



El Dr. George Neal Kay (nacido en Michigan en 1953), graduado en Ann Arbor, Michigan, especialista en neurofisiología en la Universidad de Alabama en Birmingham.

ción de 4 horas, que salió muy contento y sonriendo el cirujano, porque le salió muy bien. Fue todo un éxito, y va a estar en CTI un día o menos. ¡No lo podíamos creer! A las 12 horas lo extubaron. A la madrugada, una nurse lo extubó. El riesgo que tenía era la fibrosis pulmonar que podía desencadenar la amiodarona, al estar con respirador mucho tiempo, y hacer dificultosa la extubación; aunque la experiencia de aquí era diferente. Nosotros también estábamos preocupados por una estadía prolongada en el CTI, porque con el dinero para todos los gastos, llegábamos ajustados ya que eran muy altos. Pero no nos hicieron ningún problema.

A las 24 horas estaba en cuidado intermedio, y a los pocos días le dijeron que tenía un foco aberrante de arritmias supraventriculares, que se lo podía tratar el profesor de electrofisiología, el Dr. George Neal Kay, a quien le tenía más confianza, o se lo podía hacer en el Uruguay. Se fue de alta, y a la segunda noche comienza con una taquicardia de 120-130, estaba el hijo también en el mismo hotel.

Lo llevamos a la Emergencia en Birmingham, un sábado de noche, desde el hotel. El escenario era impresionante, con cantidad de pacientes baleados, la mayor parte afroamericanos, con muchas ambulancias, heridos y accidentados, con mucha violencia en aquella zona. Lo ingresaron y ahí sí se comunicaron con el especialista.

Como era una cirugía cardíaca reciente, lo trataron con medicación, le dieron el alta a las 6 horas, y en la madrugada se comunicaron con el profesor Neal Kay por teléfono; me dijo, que se quedara en el hotel, no ingresado al hospital, que si él estaba de acuerdo lo iban a coordinar para hacer el procedimiento ambulatorio. Lo coordinó para un día de semana, a las 6 de la mañana, para hacerlo a las 07.00 y en media hora lo hicieron. Ese



El Chumbo, junto a su hermana Sara Úrsula Ríos Morador, al tomar la Primera Comunión (circa 1936).

procedimiento costó 10.000 dólares. Pasó a la sala común, almorzó y a las 2 de la tarde podía irse.

Después pasó bien varios años, hasta que comenzó con insuficiencia renal, azoemia y creatinemia elevadas, por un tumor renal, cuando tuvieron que hacerle una nefrectomía, y quedó monorreno e hipertenso controlado, pero con una arteriosclerosis de las arterias renales.

Estaba bien de la función renal, pero al extirparle un riñón, por un tumor chico, sin hematuria, un hallazgo accidental, porque tenía un dolor o molestia en el flanco derecho. Él se preocupó porque creía tendría una hernia.

Se estudió primero con una ecografía con el Dr. José María Drago, muy amigo, y le encontró

un tumor renal pequeño. Le coordinaron una tomografía contrastada en el Hospital Policial.

Lo atendió entonces el Profesor de Urología, el Dr. Luis García Guido, que era también el jefe de Urología del Hospital Policial, lo vio y lo operó. Por la topografía del tumor tendría que hacerle una nefrectomía total. Lo coordinó después de las vacaciones.

Quedó monorreno, con árbol vascular comprometido, empezó al tiempo con una función renal que se venía alterando. Ya tenía algún toquecito renal leve, que se agudizó. Le habían hecho un centellograma renal, y lamentablemente el riñón que funcionaba mejor era el que tenía el tumor. Allí comenzó con diálisis tres meses, y falleció porque no soportó, a causa de que con la fístula arterio-venosa aumentaba el trabajo cardíaco y el corazón al pasar el tiempo estaba medicado, pero tenía síntomas de insuficiencia cardíaca, derecha e izquierda, con edema de miembros inferiores, le daban deplectivos, diuréticos, y ese corazón estaba muy dañado, de muchos años.

Había soportado mucha patología, desde muy joven. Era un sobreviviente. Él no quería ir a los Estados Unidos, y en ese tiempo el Fondo Nacional de Recursos no financiaba esos procedimientos en el exterior. Nosotros nos quedamos al principio sin nada; y la segunda vez, apostando por la vida, nos quedamos sin nada otra vez.



Con su esposa Aída Cresseri en Mercedes, a orillas del Río Negro.

La causa del fallecimiento fue esa. En esa época no se hacía diálisis volumétrica en Uruguay y salía con una caída del gasto muy importante.

Él sabía muy bien que si entraba en diálisis no la iba a aguantar.

Cuando le dieron el título de *Maestro de la Medicina* estaba internado en la Asociación Española con insuficiencia cardíaca descompensada, con edemas y picos hipertensivos, pero salió de ese episodio y me pidió que no lo dejara de acompañar. Para mí fue también complicado, porque era una época de dar concursos y estudiar. Por eso, cuando vino de la primera operación, nos quedamos solo con una hija.

¿Cómo surgió la idea del libro de cuentos que hizo con el amigo?

Él era muy amigo, porque no sólo tenía amigos de la Medicina, sino de otros ámbitos. Alfredo Brida era herrero, esposo de una doctora que había sido Grado 4 en el Hospital Pasteur, y fue a través de la colega que lo conoció a él.

Eran muy compañeros, de comer asados, charlar cosas diferentes y se hicieron amigos de las familias, de las hijas con los hijos de él. *Chumbo* tenía casa en Santa Lucía del Este, y Brida casa en Solís, y se veían en los balnearios. Tenían una antigua amistad, previa a que yo lo conociera, y después la mantuvo con ellos y la familia.

Él se levantaba muy temprano, escribiendo siempre; desde las 6.00 se ponía a escribir. Desde joven ya tenía una miopía muy acentuada, con lentes gruesos.

Era bohemio, para vestirse se resistía a ponerse corbata. Cuando tenía que ir al Consejo de la Facultad la llevaba en el bolsillo y se la ponía antes



En el XXXV Congreso Uruguayo de Cirugía. 2 al 6 de diciembre de 1984. Al frente G. Ríos Bruno con su esposa Aída Cresseri. Al fondo, a la izquierda el Dr. Alberto M. Piñeyro Gutiérrez.

de entrar. Le costaba ponerse el traje. Le decía a los hijos que le pasaran la ropa, porque era muy bohemio.

Yo era católica, pero nos casamos igual cada uno manteniendo sus creencias. Soy muy independiente, no me dejó influir.

Cuando yo me iba de guardia, y quedaba Natalia con el padre, estaba muy nerviosa, porque la salud de él era muy precaria.

Julio Arsuaga era muy amigo de él, también médico forense, que tenía una casa pegada en Santa Lucía del Este, donde venía también Pablo V. Carlevaro.

¿Fue presidente de la Sociedad de Cirugía, o del Congreso de Cirugía alguna vez?

No sabría decirle. Tiene muchos trabajos muy variados. Fue Presidente del Congreso de Emergencia.

Mi padre era médico, Hugo Cresseri, nacido en Bella Unión, Artigas. Vivieron en este apartamento que le compraron a Yamandú Sica Blanco y a María Rosa Remedio. Falleció casi a los 95 años, hace ya tres años. Mi madre falleció en 2009, y quiso que la nieta viniera a vivir acá. Cuando mi padre quedó viudo, que sobrevivió todavía un año y medio más que mi madre, fue a vivir conmigo en el apartamento de Rivera y Bulevar Artigas. Trabajó en la Médica Uruguaya, fue de los fundadores, y también dirigió hospitales.

¿Qué recuerdos tiene Natalia de su padre?

Natalia tiene recuerdos de una infancia divina, con mucho cariño, y lo tiene presente todos los días. Eligió la carrera de Química, y hace investigación con Rafael Radi, cursando el posgrado. La Medicina no me atrajo. Desde chiquita jugaba con las cajas de los medicamentos. Se interesaba en los prospectos y las fórmulas. Me interesa la química médica, hacia la salud. Primero me interesó la Cocina, y él me consiguió información de todas las escuelas que había, del *Gato Dumas*, y de otras. Luego decidí anotarme a la Facultad de Química, y fui con mi padre. Él contento. En cuarto año de Liceo, cuando había que elegir me gustaba cocina, y él siempre me apoyó en lo que yo quisiera hacer.

Cuando me incliné por la Química, quedó contentísimo.

Era muy compañero, agrega su esposa, le gustaba que la mujer fuera independiente, y la apoyaba para que diera concursos. Hizo cirugía general y cirugía pediátrica. Él se preocupaba que no dejara mi trabajo, porque nos llevábamos 24 años de edad, y me decía que me iba a quedar sola con una hija chica. *Es muy competitiva la cirugía. No pierdas los lugares de trabajo, seguí concursando.* Estando enfermo, internado, siempre alentando lo positivo. Yo con un libro preparando un concurso, mientras él estaba internado. Hice los concursos de Grado 3 y renuncié al Grado 4. Me dediqué al Hospital Policial, a Salud Pública, a la Médica Uruguaya y a la Española, donde ingresé hace 20 años, como cirujano pediátrico, actualmente como Grado 4 consultante, hace 7 años titular. En Cirugía Pediátrica estuve con Juanita Wettstein que era Grado 4, Isabel Lizaso que falleció muy joven, a los 48 años, de un cáncer de mama, el Profesor Oscar Chavarría que después fue profesor y el que falleció tan joven Orestes Sbárbaro, de un cáncer de páncreas a los 63 años. Chumbo le operó al hijo, en el Hospital de Clínicas, un sábado por la noche, que había sufrido en un accidente de tránsito. Hizo una rotura de bazo muy grave, y luego los traumatólogos terminaron amputándole el miembro inferior. Estuvo en el CTI con un Traumatismo de cráneo muy grave. No se murió, pero quedó con ese problema el muchacho.

Ella (Natalia) fue muy compañera del padre, lo cuidaba y cualquier cosa me llamaba. Vivíamos enfrente de la Médica Uruguaya, en la Avda. 8 de Octubre frente al túnel. Yo estaba tranquila y segura de que el padre estuviera acompañado. En aquella época él era socio de la Médica Uruguaya, de la Española, del CASMU, de todos los sitios donde trabajaba. Y yo hace 33 años que trabajo en la Médica Uruguaya, donde mi padre fue fundador.

¿Qué características pensás que heredaste de tu padre?

Es muy inteligente (dice la madre). Característico de él, no sé si llamarlo bohemio, por la ropa, cómo se vestía, le importaba un bledo. Con su casita en Santa Lucía del Este y su Fiat Uno ya se conformaba. En lo material no tengo ambición, pero sí estudiar.

Agrega Aída:

Como mi padre fue médico mutual y tuvo cierto estatus, a mí sí me importa un cierto bienestar material. Pero mi marido era un bohemio. Con un autito que marchara y la casita de Santa Lucía, estaba todo bien. La casa de Santa Lucía del Este, era de él desde soltero. Cuando fallecieron los padres, a Sara la media hermana mayor, que era directora de escuela de sordo-mudos, le tocaron todos los muebles; a Florida, la casa de Estero Bellaco, y *Chumbo* quedó con la casa de Santa Lucía del Este. Cuando se vio enfermo, esa casa que era de él de soltero, dijo, te va a dar problemas, ya íbamos muy poco. La vendió y distribuyó el producto entre sus hijos. *Bastante problemas*

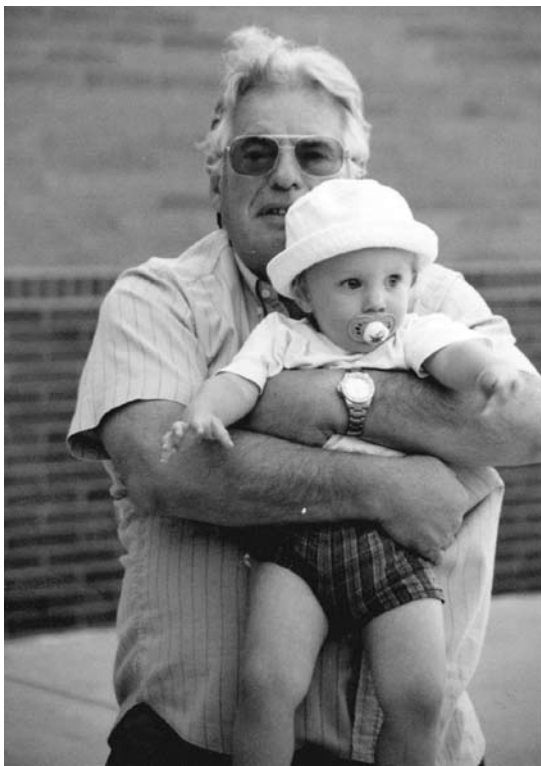
vas a tener de quedarte sola con una hija chica, trabajando y haciendo concursos, como para cargarte con más.

Me gusta la competencia, ser competitiva. Siempre él estaba buscando alentar a uno, que siga para adelante. Cuando ella era chiquita, llevaba a la nena a una plaza, para que yo pudiera trabajar y estudiar. Cuando yo volvía de una guardia él ya había ido al supermercado y hacía la compra, luego cocinaba, le gustaba mucho cocinar. Llevaba a Natalia a la escuela y la iba a buscar, estaba en todo.

Él fue a la escuela pública de Estero Bellaco, en el jardín fue a los Maristas. Fue girando con los padres y hermanas según los destinos, primero a Florida, luego a Soriano, pero no podía hacer muchos amigos, como decía él.

Una vez fuimos a Minas, al Ventorrillo de la Buena Vista y se encontró con Santiago Chalar (el traumatólogo Dr. Carlos Paravís), y estuvo conversando mucho con él, porque le gustaba mucho el folklore.

Tenía muchas inquietudes intelectuales. Además de estudiar mucho, quería aprender computación y le gustaba la música, sobre todo el folklore. Él tocaba la guitarra, iba a las clases, pero no era lo de él. Era muy ordena-



El Chumbo con su pequeño nieto Matías (hijo de su hijo Andrés) en Princeton, Nueva Jersey, USA 1998 en un viaje de visita a los Estados Unidos.



El Chumbo en la misma visita de 1998 a los Estados Unidos, en atuendo deportivo, creación de su hijo Andrés.

do en sus documentos y tenía todo etiquetado y guardado. Subrayaba todos los libros, y dejaba comentarios al margen. Después le preocupó todo lo místico, se interesó en la Alquimia y en Paracelso.

Hacía donaciones de ropa; llevaban ropa a una Parroquia de Avenida de las Instrucciones, con unos amigos iban a charlar con un cura famoso que siempre le estaban robando y tenía un espíritu enorme para seguir adelante y ellos lo estimulaban y disfrutaban de su compañía, admirando la fe que tenía para seguir adelante a pesar de todos los obstáculos e inconvenientes.

Hizo grandes amigos en los últimos catorce años de vida, cuando se fue retirando de

todo y disfrutaba de las reuniones con ellos. Era un grupo muy fraterno, que lo acompañó todo el tiempo y estaba muy contento con ese grupo.



En el Cementerio Israelita de La Paz (Canelones) reposan sus restos junto a los de su primera esposa, Aída Oliwensztein.

CAPÍTULO 12

RECUERDOS DE JORGE GEREZ¹

Conocí al Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno como estudiante en el año 1978 en el Hospital de Clínicas. Al mejor estilo de la escuela francesa pasaba visita a todos los pacientes que estaban internados en el Departamento de Emergencia, acompañado de sus colaboradores, practicantes internos y los estudiantes. La visita era muy coloquial, pero para nosotros todo era novedoso y mágico. Veíamos esa imagen del Prof. Ríos, imponente hasta del punto de vista físico, avasallante, que nos inspiraba un profundo respeto científico y admiración.

La sorpresa fue para mí cuando un día lo encontré de compañero de viaje en un ómnibus rumbo al Hospital. ¡La máxima figura de la Emergencia del Clínicas, viajaba a mi lado, parado, agarrado de las manoplas con un bolsito colgado del hombro!

Años después, en 1985, siendo yo Médico recién recibido, se integró al Hospital Policial donde comenzó organizando la Emergencia del mismo. De ahí en adelante para todos nosotros, para ese entrañable grupo humano, fue el querido *Chumbo*.

Tiempo después me enteré que el *Chumbo* había ganado un concurso años antes en el Hospital Policial como director de Emergencia; pero enterado un personaje de la dictadura determinó que lo cesaran, aparentemente no había sido de su agrado el desempeño como Forense del *Chumbo* en alguna situación. Independientemente de las circunstancias, él actuaba como un hombre íntegro, ético y apegado al rigor científico.

En 1985 fue restituido en democracia y comenzó una labor en el Hospital Policial que no se circunscribió solo a la Emergencia, sino que dejó su impronta en todo el Hospital. El Departamento de Emergencia lleva su nombre durante su desempeño en el Hospital.

Venía de un desempeño extraordinario del Departamento de Emergencia en el Hospital de Clínicas, dependiente de la Facultad de Medicina.

¹ Jefe del Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Policial.

Instaló la Urgencia, Emergencia y el Trauma en nuestra medicina en un sitio protagónico. Cuando retornó la democracia todos los cargos fueron nuevamente reelegidos. *El Chumbo* se enteró de que uno de los órdenes no lo iba a votar, y a pesar de que igual con los otros dos órdenes podía ser elegido, decidió no presentarse. A pesar de esa injusticia *El Chumbo* amaba la Facultad. Fui testigo un día que un colega pensando que sus dichos iban a ser apoyados por *El Chumbo*, habló negativamente de la Facultad; ante su sorpresa *El Chumbo* le dijo *No te permito que hables así de la Facultad, es como que hables mal de mi madre*. En esa frase está compactado todo el reconocimiento y cariño que tenía *El Chumbo* a la Facultad. Ésta, aun está en deuda con un grande de la Medicina Uruguaya como lo fue *El Chumbo*, reconocido por la Sociedad de Emergencia del Uruguay como *Maestro de la Emergencia*.

El Chumbo le impregnó una dinámica y un empuje extraordinario al Hospital Policial. Ahí contó con un gran grupo de colegas y amigos extraordinarios; entre otros Juan Carlos Bacigalupo, Jorge Pomi, Juan Carlos Lorenzo, Julio Real, y muchísimos compañeros que se encolumnaron detrás de ese torbellino que era *El Chumbo*. Douglas Píriz, que era su Subjefe de Emergencia lo acompañó en todo momento, contribuyendo a plasmar muchísimos de los logros que se obtuvieron en aquella época.

La mejor forma de recordar al *Chumbo* es a través de sus anécdotas.

El Chumbo fue el promotor de los traslados sanitarios en helicóptero, y lo primero que tuvo la Emergencia del Hospital Policial fue un helipuerto operativo 24 horas. El grupo de la Fuerza Aérea trabajaba muy cómodo con nosotros, complementándonos en múltiples aspectos. Se recepcionaban pacientes reales y también se realizaban simulacros múltiples. Los pilotos tenían una dificultad que era aproximar desde la calle Jose Pedro Varela, porque había unas columnas de alumbrado muy altas, que aun existen y ellos tenían que pasar muy ajustados entre dos de ellas. Por esto se solicitó una entrevista al Intendente de la época, el Dr. Tabaré Vázquez, para hacer la gestión de retirar alguna. Concertada la cita, concurrirían *El Chumbo*, Douglas y yo. A último momento su esposa, Aida Cresseri, que estaba en el Hospital Pasteur como cirujana de guardia lo llamó y le comentó que estaba recepcionando un paciente portador de una herida cardíaca. *El Chumbo* se fue al Hospital Pasteur, y con Douglas tuvimos que buscar alguna jerarquía del Hospital y concurrimos con el Dr. Ituño que era el Director del Hospital y siempre estaba dispuesto. Llegamos tarde a la entrevista, igual fuimos recibidos por el Intendente, realizamos la gestión y al poco tiempo la columna estaba retirada.

El Chumbo pensaba que la mejor forma de calificar un Hospital era formar recursos humanos en medicina e impartir docencia, por lo que fue el impulsor de la presencia de Médicos Residentes en el mismo. Fue una ardua tarea convencer por un lado a las jerarquías del Ministerio del Interior y por

otro a la Facultad de Medicina, integrante de la Comisión de Residentes. Ambos en esa época estaban muy recelosos entre sí marcados por recientes épocas que habían infligido heridas profundas en la colectividad. *El Chumbo* solicitó una entrevista al Decano de la época, y nos comunicó el día y hora. Cuando nos anunciamos con la secretaria, nos llamó la atención que nos dijo que iba a ver si el Decano podía atendernos. Estuvimos alrededor de dos horas muy amenas con el Decano. Al *Chumbo* le había llamado la atención y estaba molesto que no había concurrido el Director del Hospital de ese momento, el Dr. Alfredo Toledo, y así se lo hizo saber al otro día. Para su sorpresa el Dr. Toledo le contestó *¡Pero es hoy la entrevista, Profesor!* Desde entonces muchísimas generaciones de Médicos Residentes de varias especialidades se han formado en el Hospital Policial.



En uno de los encuentros internacionales de Emergencia organizados en el Hospital Policial.

El Chumbo desarrolló una actividad científica y docente donde los ateneos, reuniones de discusión clínica, pase de visita colectivo, eran actividades regulares. Impulsó una intensa actividad científica con proyección nacional e internacional en el Hospital Policial. Se realizaron múltiples jornadas con presencia de prestigiosos y destacados especialistas extranjeros en Emergencia y Trauma. El salón de actos del Hospital se desbordaba, se colocaban pantallas en los corredores. En esa época la referencia local de esos temas era el Hospital Policial junto con el Hospital de Clínicas donde el Director era el Prof. José Trostchansky, a quien *El Chumbo* cariñosamente le llamaba *el ruso*.

En una oportunidad el Chumbo es invitado a dar una conferencia en un Congreso Panamericano de Emergencia y Trauma en Buenos Aires. El Chumbo solicitó que ese espacio se dedicara a una actividad colectiva y concurrimos varios incluyendo a su hijo Gonzalo, que disertó sobre algunos aspectos quirúrgicos. La alegría del Chumbo era indescriptible; por primera vez compartía una actividad así con su hijo.

Del punto de vista asistencial el Hospital Policial en 1985 contaba con el funcionamiento de la Emergencia y servicios ambulatorios, no tenía internación de pacientes en cuidados moderados. El Chumbo hizo poner camas en piso, que pasaran visita algunos médicos que hasta el momento hacían policlínica. Esas camas que teóricamente eran de apoyo a la Emergencia, fueron creciendo y constituyeron el germen de los servicios de internación en el Hospital.

También fue junto a Douglas Piriz el promotor del CTI del Hospital. Nos comentaba que el Prof. Larghero, a quien él admiraba, había ingresado al país muchas técnicas empleadas en la medicina intensiva. Con un esfuerzo donde participó muchísima gente, finalmente el 21 de noviembre de 1994 se inauguró el CTI.



*Chumbo Rios, Douglas Piriz y Jorge Gerez
en el Hospital Policial*

En el Hospital se desarrolló el concepto de asistencia médica progresiva en el paciente de alto riesgo. Él insistía que el paciente crítico siempre es el mismo, pero que tiene fases con características propias a nivel pre hospitalario, en la emergencia o en los cuidados críticos permanentes.

Desde esa época los pacientes no ingresan desde el área extra hospitalaria directamente a CTI, como era usual en el medio, sino que son diagnosticados, estabilizados y tratados en esa fase, incluyendo cirugía, en la Emergencia, y recién después son trasladados a CTI.

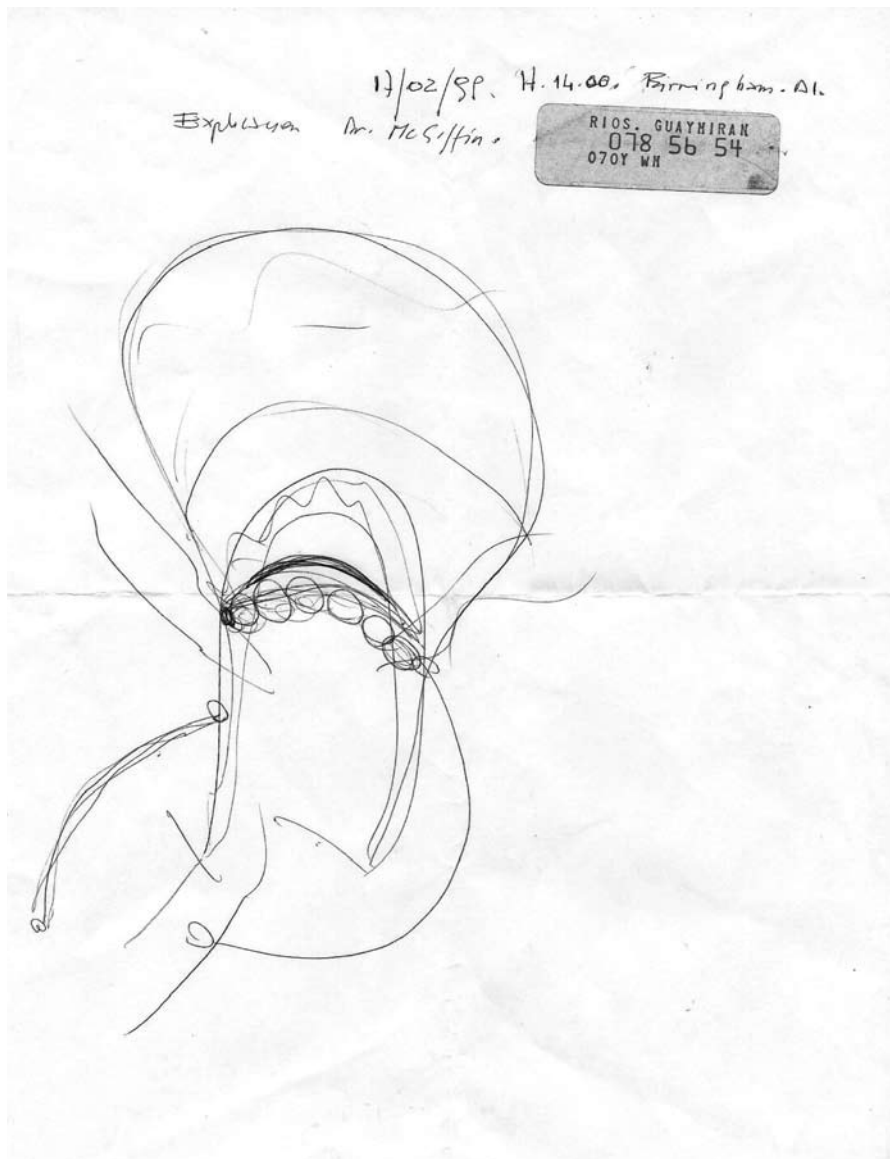
El Chumbo era una persona generosa, fraterna, de un marcado humanismo, desprendido de los valores materiales, siempre con bajo perfil cuando de tareas solidarias se trataba. Un día lo encuentro con una bolsa, y luego de insistir mucho me muestra ropa que él compraba en liquidaciones de tiendas y llevaba a una capilla para ser distribuida a personas de bajos recursos.

El Chumbo había sido castigado físicamente por varias enfermedades a las que siempre se sobreponía con una voluntad enorme. Su mayor anhelo era poder ver crecer a su hija menor.

Hacía muchos años había padecido de un infarto de miocardio y se había operado en la Universidad de Birmingham, en Alabama, EEUU por el Prof. Albert Pacifico, por el cual tenía una gran admiración y agradecimiento. Producto de esa lesión miocárdica en febrero de 1999 instaló una arritmia y terminó internado en el CTI que él mismo impulsó. Y estando internado escucha que una paciente operada no estaba evolucionando bien. Se levanta, va a la cama de la paciente la examina y hace llamar al cirujano de guardia y le dice que tiene que reoperarla. La paciente estaba desconcertada, le manifestó a la enfermera que el paciente de al lado la había venido a tocar. La paciente fue operada y los hallazgos le dieron la razón *al Chumbo*.

La enfermedad cardíaca que lo afectaba, la arritmia ventricular, evolucionó en forma recurrente y rebelde a todos los tratamientos instaurados. La familia decide llevarlo a Birmingham. Me pidió que lo acompañara, era un traslado de muchas horas, con escala en la ciudad de Chicago y de altísimo riesgo. No había otra opción, después de un tiempo prudencial de estabilidad lo acompañamos con el Dr. Fernando Rodríguez Olivera, en ese momento el primer Residente del CTI, con equipamiento y material para cualquier contingencia, pero sabiendo que una arritmia en vuelo iba a ser muy compleja de manejar. Cuando llegamos él me confesó que pensaba que no llegaba. Nos esperaba Andrés uno de sus hijos, que vivía en EEUU. Fue tratado por el Dr. Neal Kay un prestigioso electro fisiólogo, quien le practicó un procedimiento de ablación eléctrica. A pesar de eso persistió un foco de arritmia que provenía de la cicatriz de su antiguo infarto. Fue evaluado por un cardiocirujano el Dr. David McGiffin, un australiano muy parco; le explicó que tenía un aneurisma del ventrículo izquierdo que había

que resecar, realizar ablaciones con frío de los bordes y luego colocar un parche de teflón, tenía un 5% de mortalidad perioperatoria.



Esquema que le hizo el Dr. David McGiffin al Chumbo, para explicar la operación propuesta al reparar el aneurisma ventricular izquierdo.

Hasta ahí todo bien; el problema fue cuando le dijo que como él estaba medicado con amiodarona tenía grandes chances de quedar en asistencia respiratoria mecánica por largo tiempo. Le contestó *Chumbo* al Dr. McGiffin que no se iba a operar, nos hacía pasar alternativamente a su esposa, Andrés,

a mí pidiéndonos opinión, pero reafirmando que no se iba a operar. Le comenté que humildemente yo pensaba que eso no era así, que la mayoría de los pacientes operados por patología cardiovascular en Uruguay recibían amiodarona y no estaban ventilados en forma prolongada, que era una afirmación teórica del Dr. McGiffin, pues la amiodarona era una droga europea y ellos recién la estaban comenzado a utilizar. Finalmente convocó al Dr. Neal Kay; Andrés le decía que nos iban a echar del Hospital con todo el lío que estaba haciendo. Cuando el Dr. Kay fue a su habitación, *El Chumbo* le comentó que había cultivado con él cierta afectividad y quería saber su opinión en cuanto a la cirugía, el Dr. Kay que también era un americano de pocas palabras y ausencia de emotividad latina, le dijo *si usted fuera mi padre le diría que se opere*. Y *El Chumbo* se operó, le fue muy bien, estuvo el tiempo previsto con respirador en el postoperatorio inmediato.



Jorge Gerez y Chumbo Ríos, en Birmingham

En EEUU no existe la costumbre de que los médicos no cobren a los médicos, en este caso ni el Dr. Neal Kay ni el Dr. David McGiffin pasaron honorarios. *El Chumbo* tenía un magnetismo que traspasaba las fronteras y los idiomas.

La estadía del *Chumbo* en Birmingham que había sido prevista para pocos días, se prolongó por varias semanas, su hijo Andrés, estaba trabajando en otro Estado. Cuando sucedió esto se fue junto a su padre con su esposa, y sus dos pequeños hijos, uno de 6 meses. Le pregunté a Andrés si había pedido licencia, cómo había arreglado, me dijo que sencillamente se había

ido. Al preguntarle si podía perder el trabajo, me contestó que trabajos podía encontrar varios pero padre tenía uno solo.

Podría contar muchísimas más anécdotas del *Chumbo*, pero éstas reflejan la talla de persona que era en múltiples facetas. Muchísimas personas nos reconfortamos de haberlo conocido y le agradecemos su afecto y enseñanzas.

Montevideo, 16 de abril de 2013

CAPÍTULO 13

RECUERDOS DE ENRIQUE BARMAIMON¹

I. INTRODUCCIÓN

Era la última semana del mes de marzo del año 1951, luego de Semana Santa, el azar nos había unido, a tres estudiantes de medicina de tercer año, Enrique Barmaimon, Bolívar Delgado y al “alemán” Wolfgang Goller, en nuestra elección, para realizar la Semiología Médica y Quirúrgica, en el Hospital Pasteur, de la Unión, eligiendo para ello las prestigiosas clínica médica del Prof. Raúl Piaggio Blanco y la clínica quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ybarz; era nuestro tercer día de nuestro debut hospitalario, engalanados con nuestra túnica blanca, arriba de nuestro traje, con camisa y corbata, deambulábamos por los corredores del primer piso del hospital, como si fuéramos los dueños del mundo, erectos y orgullosos. Quizás, como era el más baqueano de los tres, primero por ser Ayudante de clase de Histología y Embriología desde el año 1950; y de que también en ese mismo año había conseguido ser *leucocito* del practicante interno Omar Clark, durante el primer semestre en la clínica pediátrica del Prof. José Portillo, en el Hospital Pedro Visca, haciendo las guardias con él en el primer semestre; y en el segundo semestre, lo acompañé en sus guardias, en el Instituto de Traumatología, lo que me daba una cierta experiencia hospitalaria; donde había aprendido la famosa máxima: “O vas a hacerlo o te vas a tu casa”, no importando la experiencia o el conocimiento, había que hacerlo, porque el interno lo ordenaba y hacerlo de la mejor manera posible, porque si lo mandaba, era porque él creía que podíamos hacerlo. En estos tres días habíamos conocido al Profesor y los demás docentes de las cátedras; como los tres, teníamos una verdadera inclinación por la cirugía, fue en la clínica del Prof. Larghero, donde le dedicamos más espacio a conocer a sus docentes como: Luis M. Bosch del Marco, Jorge Pradines, Roberto Rubio, Roberto

¹ Fue miembro del Comité Ejecutivo Central de la Confederación Médica Panamericana, Docente de Anestesiología en la Facultad de Medicina de Montevideo, Profesor de Anestesiología y Cuidados Intensivos, Decano y Vice-Rector de la Universidad Cayetano Heredia de Lima, Perú.

Perdomo, Luis A. Gregorio, Walter Venturino, Alberto Fernández Chapella, Alejandro Victorica, entre otros y al practicante interno Guaymirán Ríos Bruno; y de la clínica del Prof. Piaggio Blanco, a sus docentes como: Jorge Dighiero, y Hugo Malosetti, entre otros. Además, personalmente, tenía una recomendación para que me aceptara como su *leucocito*, para el practicante interno Luis A. Campalans, que era acompañado en su guardia del Hospital Pasteur, por los practicantes internos Roberto López Soto y Guaymirán (*Chumbo*) Ríos Bruno. A éste, además lo conocía del Instituto de Ciencias Morfológicas, donde ambos, éramos ayudantes de clase, él en Anatomía como disector y yo en Histología y Embriología.

II. Primera anécdota

En determinado momento, vimos que en el corredor del hospital, el Prof. Adjunto Alberto Fernández Chapella, se paraba frente a nosotros, señalándome y expresando: “¿Tienes algo que hacer?, me debes de acompañar a la sala de operaciones, para hacerme la anestesia al enfermo”. Realmente no sabía dónde ponerme, estaba transformado y disminuido a un real microorganismo, no sabiendo ni qué hacer ni qué decir; pero, recordando la máxima enunciada más arriba, no perdí el ánimo, tratando de seguir su juego, pero expresándole que nunca había realizado una anestesia. Me contestó: “No importa, yo te voy a dirigir, junto con el interno Ríos, vamos a operar una urgencia”. Lo acompañé, disimulando mi pánico; así como estaba vestido, me hicieron entrar al quirófano, situado en el block central del segundo piso, lugar donde entraba por primera vez. Por supuesto que en esa época, no existían los procedimientos que tiempo después introdujeron el Prof. Larghero y el que escribe en 1956; donde no se realizaban controles preoperatorios, ni operatorios; me dijeron que debía administrarle éter con el aparato de Ombredanne; expresándoles que no sabía cómo hacerlo, ni cuáles eran sus tiempos; la contestación fue: “Te vamos a dirigir cómo hacerlo”. Al entrar a la sala, un enfermero me dio el aparato, que ya estaba cargado con éter, que era como una bola metálica, con una vejiga, a un costado, para reinhalación, del otro costado una llave reguladora, y abajo una máscara con agarraderas.

La enferma que era joven, pertenecía a la sala 24, estaba acostada, atada a la mesa de operaciones, con agarraderas metálicas y fuertes correas, con una cara de susto, no sé, si mayor a la mía; por suerte, me dijeron que me sentara, que le aplicara fuertemente la máscara a la cara, asiéndola



Aparato de Ombredanne

con sus agarraderas, y que le dijera que respirara profundo. Ahí, empezó la *doma*, la enferma a corcovear y tratando de tirarme la máscara y yo empeñado en lo contrario. La enferma se defendía tremendamente, porque se estaba asfixiando; en ese momento, me indicaron que lo pusiera en ocho; por suerte, el enfermero me ayudó moviendo la llave de la izquierda, poniéndolo en ocho; cuando perdió el conocimiento después de tres minutos, me dijeron que lo llevara a cinco, manteniéndolo así durante ocho minutos, la enferma respiraba estruendosamente, pero luego de varios minutos empezó a respirar más tranquilamente, por lo que me dijeron que lo llevara a tres, que mantuviera el cuello hiperextendido, traccionando los maxilares, para que no cayera la lengua. Después cuando aprendí anestesia, me di cuenta de los disparates que hice, no sabiendo cómo en esa época, no se morían los enfermos o no se presentaban complicaciones. En ese momento no conocía la existencia del tubo de Mayo, ni los abre bocas, ni los tira lenguas, ni los tiempos de la anestesia, ni cómo tratar los accidentes y complicaciones. Luego de 45 minutos, terminó la operación, una hernia crural estrangulada, en una paciente flaca; “POR SUERTE”. Me dijeron, que debía poner el aparato en cero, dejarla respirar aire, durante quince minutos, para luego mandarla a su cama, con la cabeza de costado. Nadie dijo de tomarle el pulso o la presión arterial; por suerte no hubieron vómitos; nadie siguió a la enferma ni la controló; qué sucesión de disparates y hechos inadecuados, pero así era la medicina de urgencia de aquella época. Fue realmente para mí, muy emotiva esta experiencia, porque después escuché que decían que la anestesia, en forma risueña, tenía dos tiempos: “pujo o cianosis”.

III. Segunda anécdota

Al *Chumbo*, lo conocí en una reunión de los docentes del Departamento de Ciencias Morfológicas en 1950, donde los docentes de Histología y Embriología de la cátedra del Prof. Washington Buño, eran: los Profesores Agregados: Pedro Ferreira Berrutti, Julio Sosa y Atilio Trenchi; los Asistentes: Gabriel Gérard; Jefe de Laboratorio: Prof. Agdo. de O.R.L. Juan C. Castiglioni; Ayudante de Investigación: Br. Walter Acosta Ferreira; y los Ayudantes de Clase: Bres. Walter Acosta Ferreira, Ivonne Capdeville, Hugo García, Rafael Grasso, Nery Menchaca, Dolores Nieves, Heraldo Poletti, María Antonieta Rebollo, Hugo Villar, Oscar Perrone, Enrique Barmaimon, Juan Folle, entre otros; se reunieron con los de la cátedra de Anatomía del Prof. Humberto May: el Jefe de Sección Prof. Agdo. de Cirugía José Nozar; los Prosectores: Jorge De Vecchi, Lorenzo Mérola Sónora, Roberto San Martín, Guido Torres Larcebó, y Alberto Valls; los Ayudantes de Investigación: Diego Bebeacua, Oscar Pedemonte, Alfredo Ruiz Liard y José Zunino; y los disectores Brs. Raúl Praderi, Luis Praderi, Líber Mauro Sanjurjo, Juan Álvarez, Sol Caputti, Alberto Jack Cohen, Alberto Lorier, Manuel Gayoso, Aída Novoa, Mario Orticochea, Gert Schreiber, Marina Batista, Francisco del

Campo y Raúl Urquiola, entre otros. Importa recordar que en 1950, alrededor de 220 estudiantes, ingresaron a la Facultad de Medicina; que en esa época se puede decir que era la mejor Escuela de Medicina de Latinoamérica; esta excelencia fue debida a una combinación de factores: 1) la buena economía del Uruguay en ese período, que permitía un buen estándar de vida; 2) el equilibrio presupuestal existente, que aseguraba el material y los recursos humanos suficientes; 3) los buenos sueldos que se pagaban, que permitían asegurar al docente condiciones adecuadas de vida; 4) el excelente índice docente de 2.35 existente, entre docentes y alumnos, que aseguraban una enseñanza adecuada; 5) el buen manejo del rubro de perfeccionamiento docente, que permitía convocar a distinguidos profesionales que vinieran al país y enviar fuera del Uruguay a muchos otros, a actualizarse por largos períodos; 6) Por el orgullo existente de estudiantes y docentes en pertenecer a una casa de estudios con setenta y cinco años de existencia, con rigurosos mecanismos de selección por concurso, para sus cargos docentes y con 40 años de exigencia cristalina por parte de los Consejos, en sus mecanismos de control; y por último, 7) La rigurosidad y severidad de las pruebas evaluatorias, que aseguraban un nivel óptimo de los estudiantes. Recordando, que en ese momento, los problemas de la Facultad eran, sobre todo: el Hospital de Clínicas, la aplicación del plan nuevo, los aspectos presupuestales, la Autonomía Universitaria y el cese por edad a los 65 años. También importa recordar, cuál era la situación de la población de Uruguay en esa época: se vivía una situación excepcional vinculada a sucesos internacionales, tales como la Guerra de Corea y también regionales, que estaban vinculados sobre todo a la inestabilidad política de la Argentina; por lo que un gran número de grandes capitales habían llegado al país, buscando refugio y seguridad; hecho, sumado al aumento de las exportaciones, habían llevado a cotizar el peso oro, a 1.88 por dólar, a comienzos de marzo de 1951; la expectativa de vida promedio 1950-1955, según publicación de la Organización Panamericana de la Salud, en Uruguay era de 66.1, la tercera en todas las Américas; donde primero figuraba Canadá con 69.1 años y segundo E.U.A. con 69 años; mientras que 50 años después, la lista de las Américas era: Canadá, 78.1; Martinica, 77; E.U.A. y Costa Rica, 76.8; Chile, 76.6; Barbados, 76.4; Cuba y Puerto Rico, 76; Guadalupe, 75.5; Belice, 74.7; Jamaica, 74.6; Bahamas, 74.2; Antillas Holandesas 74; Panamá, 73.9; Argentina, 73.2 y Uruguay, 72.9, importa reconocer que la población del país era en 1950: de 2:259.912 habitantes, en un número estimativo, dado que no era una cifra censal; mientras que la población, también estimativa, para 50 años después, para el año 2001, era de 3:360.845 habitantes; creciendo algo menos del 50%; y el número total de médicos en Uruguay, en 1951, era cercano a los 2.400, con 1.600 en Montevideo y 800 en el Interior; 50 años después, este número total fue de 11.878, con 9.267 en Montevideo

y 2.611 en el Interior; y existiendo en el momento actual alrededor de un 17% de colegas no activos; jubilados, que no ejercen o no son ubicables; pudiéndose pensar que en 1951, los médicos inactivos fueran 8%, por lo que los médicos activos serían 2.200; dando en el Uruguay el porcentaje de 1 médico cada 1.000 habitantes. Debido a ésto, es importante señalar, que en el Uruguay, en 50 años la población aumentó un 50% y el número de médicos aumentó en 600%.

En 1951, la Facultad de Medicina tenía 3.129 estudiantes matriculados, incluyendo a todos los que alguna vez habían ganado cursos o rendido exámenes, por lo que la cifra depurada de estudiantes activos era mucho menor. Comparativamente, en esta época, los estudiantes de otras profesiones de la Universidad de la República, eran en: Derecho, con 4.627; Ciencias Económicas con 900; Arquitectura con 454; Ingeniería con 450; Humanidades con 450; Odontología con 270; Agronomía con 250 y Veterinaria con 130.

El total de cargos presupuestados de la Facultad de Medicina en marzo de 1950 era de 1.044, distribuidos en: Docentes, 641; Técnico-Docentes, 94; Administrativos, 146 y de Servicio, 163. La denominación Técnico- Docente, se debía a la voluntad política de favorecer acumulaciones de cargos, donde más de 200 docentes acumulaban y donde solo siete docentes y cinco ayudantes y auxiliares técnicos se habían acogido al Régimen de dedicación total en la Facultad de Medicina.

En relación la cifra de estudiantes activos de la Facultad, estaba muy lejos de aquella cifra global de 3.129 mencionada, siendo: 1er. año 225; 2do. año 127; 3er. año 133; 4to. año 148; 5to. año 165; 6to. año 240; 7mo. año 293; Rezagados: 400; Total; 1.731; de los cuales, 271 eran extranjeros, con: 58 argentinos, 47 polacos, 45 brasileños, 22 paraguayos, 16 italianos, 14 españoles, 9 rusos, 9 alemanes, 8 lituanos y números menores de otras diecinueve nacionalidades. En 1952, luego del cierre de las universidades por el Dictador Pérez Jiménez de Venezuela, 42 estudiantes de esa nacionalidad, fueron admitidos en nuestra Facultad; y comprendiendo a la Escuela de Colaboradores del Médico, que tenía 712 estudiantes activos, lo que daba un índice docente óptimo de 2.35, acorde con las mejores universidades norteamericanas y europeas.

La política de ingreso irrestricto de estudiantes a la Facultad en estos últimos 50 años, acompañado de la menor severidad y control, ha llevado a que el índice docente actual llegue a cifras de ciencia-ficción; aumentando desproporcionadamente el número de los egresados y bajando tremendamente la calidad de los egresados. Durante la década del 1943 al 1952, con estabilidad en materia presupuestal y en la generación de graduados, se habían titulado: 1943-1944 45; 1944-1945 39; 1945-1946 42; 1948-1949 99; 1949-1950 101; 1950-1951 77; y 1951-1952 86 (63 hombres, 23 mujeres)².

2 Rizzi Castro, Milton: La Facultad de Medicina. Montevideo, 1951. En www.smu.org.uy/DPMC/HMED/HISTORIA/ARTICULOS/RIZZI.pdf

Luego de esta introducción, que nos ambienta cómo era el ambiente de la Facultad, del hospital, de los estudiantes, se describirá, cómo estaba inserto en él, “*Chumbo*” Ríos:

En esa época era alto y robusto, de tipo recio, con acentuada miopía, de caminar característico a grandes pasos, con oscilación lateral del cuerpo, acompañando su discurso con gestos y ademanes elocuentes; su pelo negro era lacio, con un gran jopo, sin mucho cuidado de su aspecto, pero nada atildado; con voz grave, potente, y podría decirse que su forma de expresarse, podría parecer petulante, como de hecho lo podrían ser algunos docentes; pero que era en realidad una defensa. Le gustaba usar con maestría el pizarrón pero sobre todo le gustaba mostrar en las piezas anatómicas, los elementos sobre los que estaba exponiendo; pudiéndose decir por los que lo escuchaban, que era un docente que daba “unas buenas clases”, por su didáctica, por su pasión, y por su claridad, y además, por su agregado de humor. Por suerte, tuve a tres grandes maestros, a tres grandes internos: Campalans, López Soto y Ríos, que me enseñaron conocimiento, pero además con la claridad de sus encares, me enseñaron pasión, técnica y ética, todo en un conjunto, con la transmisión de los conceptos fundamentales, que entre esperanzados y sorprendidos; buscábamos la forma de emularlos, en su conducta humana, como docentes y como médicos, pero sobre todo en su calidad humana, y además como organizadores.

Por ello, esta personalidad, parecería que no convive, con la siguiente anécdota: En ese tiempo, con los estudiantes de tercero, apareció un personaje muy peculiar E. P., que fue todo un acontecimiento en el hospital Pasteur, que asistía a la clínica del Prof. Piaggio Blanco; que era de baja estatura, rubio y menudo; pero lo curioso para un estudiante, fue que se presentó con una secretaria, que lo seguía lápiz y papel en mano, que apuntaba lo que él le dictaba. Evidentemente fue todo un acontecimiento, todas las personas del hospital pasaron por el lugar, para ver el espectáculo, tan fuera de lugar. Días después este personaje tan singular, se apareció por el cuarto de guardia, sin ser invitado, para actuar como leucocito en la guardia; en ese momento, parte de la guardia participaba de una gran operación en el quirófano; el “*Chumbo*” al enterarse, maquinó una interesante circunstancia, con la complicidad de varios, para que cuando se terminara la operación, él aparecería en el cuarto de guardia; que consistió en inventar un personaje amariconado, por Ríos, muy bien interpretado, todo lo contrario de lo que era él, para todos los que lo conocían; para dirigirse a E. P., “como que estaba muy interesado en él”. La verdad que fue muy difícil contener la risa, viendo al “*Chumbo*”, con su antítesis física haciéndolo. Pero, evidentemente dio resultado, porque se desapareció del hospital, aunque no de la carrera médica. Actualmente ejercía la gastroenterología en U.S.A., en el estado de California, hasta hace unos pocos años, como lo muestran algunos avisos publicitarios.

IV. Tercera Anécdota

A partir del año 1954, entré como practicante interno, adquiriendo mi independencia, saliendo de su tutela; pero en forma impensada en el año 1956, comencé el camino de la especialización en la anestesia, en la reanimación y en la intensificación de cuidados, por lo que al regreso, fui nombrado como Jefe de Servicio de Anestesiología del Hospital Pasteur, que se creaba, donde tuve la suerte de contactar otra vez, con el Prof. Larghero y los miembros de su clínica, entre los que estaba el Dr. Ríos. En los años que siguieron, nos interesaron problemas comunes, como: la cirugía de urgencia, la organización de las salas de operaciones y la central de esterilización con la aplicación de los cuidados especiales necesarios; la preparación operatoria; los nuevos métodos, técnicas y equipos anestésicos; los cuidados postoperatorios; la transfusión de sangre y la infusión intravenosa; la intensificación de cuidados; los Cuidados Intensivos; la Reanimación Cardiovascular- respiratoria de Emergencia y fuera de la sala de operaciones; reanimación en grandes catástrofes; y traslado de enfermos graves; hasta que las circunstancias nos separaron: el fallecimiento del Prof. Pedro Larghero Ybarz y mi alejamiento del Uruguay en 1966, para encargarme de la Cátedra de Anestesiología y Reanimación de pregrado y postgrado, de la Universidad Peruana *Cayetano Heredia*; y la Jefatura del Departamento de Centro Quirúrgico de su Hospital Universitario, con los servicios de : Operatoria, Anestesiología, Cuidados Intensivos, Centro Obstétrico; Central de Esterilización y Tratamiento del Dolor.

De los dos, aprendí elementos importantes para el ejercicio de la Cirugía de Urgencia, del Maestro y de su alumno, que demostraron tener las cualidades inherentes a todo Cirujano: condiciones personales, probada preparación científica y sobre todo, solidez moral, que son el trípode de virtudes que le permitió llegar a ser un *Maestro de la Cirugía*; y que también son necesarias para llegar a ser un *Maestro de la Anestesiología y de la Reanimación*. Participamos juntos, en la organización del block central de salas de operaciones del Hospital Pasteur; del equipamiento nuevo de anestesia y de la historia anestésica; de la preparación preoperatoria de los enfermos; del uso de zapatones, tapabocas y sombrero, así como el uso de equipo blanco y no ropa de calle, debajo de la túnica estéril de sala de operaciones; del lavado de manos y de las técnicas de esterilización; de la fabricación de equipos estériles plásticos para uso intravenoso de sueros, transfusión y drenajes por el Laboratorio Rainbow, a partir de agosto de 1956. Posteriormente con León Chertkoff , Alfredo Pernin, el Director Dr. Guillermo Almenara del Hospital de Clínicas, se participó en la elaboración del proyecto de Manual de Organización y Funciones del Hospital de Clínicas; que con varias modificaciones, fue usado para la organización y funcionamiento del Centro

Quirúrgico del Hospital Universitario de la Universidad Peruana *Cayetano Heredia* de Lima, Perú, a partir del año 1968.

Además, habíamos conversado y desarrollado junto con el Prof. Larghero, el Dr. Ríos, el Dr. León Chertkoff, la Dra. María Julia Salsamendi y otros, sobre los estudios que permitieron la realización de mi tesis de Doctorado sobre Reanimación Cardio-respiratoria Fuera de la Sala de operaciones, en el año 1962, que mostró el valor de la respiración Boca a boca, la importancia del masaje cardíaco externo, el uso del respirador de Ambú y del tubo de Safar, y sobre la necesidad de la existencia, de un plan nacional de reanimación, que se desarrolló y se puso en práctica; y en el uso por todos los cirujanos y anesthesiólogos de estas técnicas y conceptos. En resumen, deseo agradecer después de los años, al Prof. Larghero, al Dr. Ríos y al Dr. Chertkoff, primero por sus enseñanzas y luego por sus consejos y por sus estímulos, que me llevaron a emprender un largo camino en el país y en el extranjero, desarrollando la Anestesiología, la Reanimación y los Cuidados intensivos, con la creación de nuevos métodos, técnicas y agentes dentro de la Anestesia Balanceada, dentro de la Anestesia Ambulatoria y dentro de la Reanimación; que me permitieron desarrollar y enseñar la nueva Anestesia Perioperatoria, donde son tan importantes las etapas: preoperatoria con una preparación adecuada y conveniente del enfermo a ser operado; y la postoperatoria con una recuperación adecuada del enfermo en una forma integral; permitiendo asegurar los siete postulados básicos que son: Hipnosis, Analgesia, Relajación Muscular, Metabolismo oxígeno- anhídrido carbónico óptimo, Recuperación inmediata conciencia, Hemostasis metabólica adecuada, y Mejores condiciones que las preoperatorias del enfermo. En una palabra, poder haber aprendido de los mejores, para volcarlo a los discípulos y al beneficio de los enfermos y la sociedad; recordando una de las máximas del Chumbo Ríos: *La docencia no se improvisa; y siempre se debe tener el respeto del enfermo* y otra del Prof. Larghero: *La salud de un ser humano abarca lo físico, lo psíquico y lo social*, que también fue divisa de la Organización Mundial de la Salud. Como admiraba en los dos, los rasgos salientes de sus personalidades, que estaban centradas en una autoridad casi avasallante y una integridad moral a toda prueba; siendo la verdad el fundamento único para tratar y resolver cualquier problema, en cualquier circunstancia; donde la línea recta debía ser el único camino que conocía para moverse en la vida, sin admitir desviaciones propias o provocadas por los demás; por lo cual una persona con esas características debía encontrar, obviamente obstáculos casi a diario; por lo que en ambos el vencer esos obstáculos, junto a su intensa actividad profesional, debía consumir una parte importante de sus energías.

V. Cuarta Anécdota

Me encantó leer su semblanza sobre Dominique-Jean Larrey, cirujano de Napoleón y padre de la Cirugía de Guerra, hace un tiempo, en la *Revista*

del Hospital Maciel, que me permitió comprender y aprender, años después, las habilidades que en este campo tenía el prócer José de San Martín, en un estudio que hice sobre su vida y cómo su salud tuvo una gran influencia sobre su vida y su trayectoria, que cambiaron la vida de muchos pueblos y gobiernos; para luego poder escribir un libro sobre él: sobre su campaña con el Ejército de los Andes y sobre su campaña sobre la invasión para obtener la Independencia del Perú, donde mostró sus conocimientos que tenía de la medicina de guerra, adquiridos en su campaña europea, a través de conocimientos que provenían de este prestigioso cirujano de Napoleón Dominique-Jean Larrey; que pude conocer por los dos escritos que conocí a través del *Chumbo Ríos*; por lo que aprovecho para destacar los excelentes conocimientos de San Martín en este campo, que le dio tanta importancia en sus campañas.

Deseo destacar cómo la lectura de una de sus investigaciones, me permitió comprender hechos históricos de la Campaña de Independencia Americana, que no son descritos por la mayoría de los autores.

VI. Quinta Anécdota

En conversaciones con nuestro común maestro el Prof. Larghero, el *Chumbo Ríos* y yo, le escuchamos, de varios episodios donde había participado en Cirugía de Urgencia en caso de catástrofes, que luego ha sido contado en la biografía hecha por varios de sus discípulos, entre los que participó Guaymirán Ríos Bruno. Según Larghero: “Desastre” en Medicina significaba un accidente, que por el número de víctimas o por la gravedad de las mismas sobrepasaba la capacidad de respuesta asistencial del o de los hospitales cercanos; haciendo necesario poner en juego otros mecanismos extraordinarios, que se pueden resumir en los denominados *Planes de Desastre*. Un concepto importante, es que todo hospital, público o privado, debe contar con tales planes de contingencia, dado que su inexistencia da lugar a la improvisación y cuando falla se paga con secuelas o muertes. El Profesor Larghero había vivido dos grandes situaciones de desastre: Cuando se produjo el derrumbe en 1940, del techo del Cine Parlante, que había estado situado al lado del Teatro Solís, donde hubieron seis muertos y numerosos heridos; y en segundo lugar, con el terremoto de 1944, en San Juan, República Argentina. En el primero, el Prof. Larghero, estaba de guardia como cirujano de consulta del *bureau* central del MSP, actuando ejemplarmente en el lugar de los hechos, haciendo la clasificación de los heridos por su gravedad (*triage*), disponiendo su traslado a distintos centros hospitalarios, haciendo los tratamientos imprescindibles en el momento y más tarde, operando personalmente a muchos de ellos. Importa recordar algunos comentarios realizados en esa época, por Larghero y Ríos, que me sirvieron años después, para realizar y ejecutar en el Perú los auxilios sanitarios, en ocasión

del gran terremoto de Yungay, del 31 de mayo de 1970, donde murieron decenas de miles de personas.

Entre los comentarios, se puede recordar: cuáles son las cosas que no se deben hacer como especialmente no levantar al accidentado; y las cosas que se deben hacer, como: organizar el salvamento de los que quedan atrapados; no crear más daño que el producido por el accidente por los socorristas, por exceso de buena voluntad; una vez liberado de escombros, ver que respire libremente, limpiarle la boca y la nariz, abrirle el cuello de la camisa y desabrocharle el cinturón; como trasladarlo y ponerlo en la camilla, haciéndolo rodar en el suelo, si hay duda ponerlo boca abajo; si hay fracturas tomar con dos manos miembro fracturado; si no hay camillas improvisar con tablas; realizar el *triage*; una vez en ambulancia trasladarlo al adecuado centro hospitalario; durante el traslado comenzar tratamiento de reanimación del traumatizado con suero, transfusiones, oxígeno, asistencia respiratoria; entre otros. En caso de terremotos contó su experiencia en el terremoto de San Juan, en Argentina, donde junto con traumatólogos como José Luis Bado y Domingo Vázquez Rolfi, concurrió y prestó ayuda; sismo que asoló la ciudad, causando gran número de muertos y heridos. Importa recordar algunos conceptos vertidos, como: organización del equipo médico de ayuda, que debe estar integrado por Traumatólogos y Cirujanos, que después, con los años, se vio que necesitaba necesariamente el agregado de reanimadores y de anesthesiólogos; además se debe contar con un adecuado plan de suministros médicos, alimentarios y de agua potable; entre otros.

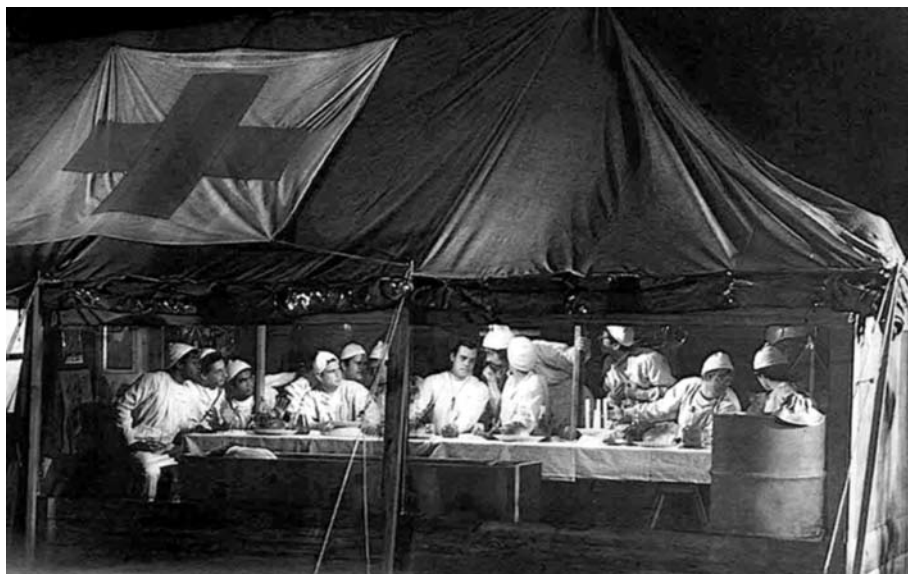
En los últimos meses de su vida, Larghero esbozó los lineamientos y directivas generales, que debería tener un *Plan de Desastre Nacional*, pero que no llegó a concretar en una publicación científica. Este tema fue tomado años más tarde por Guaymirán Ríos Bruno, en el Uruguay, en lo que culminó con la organización de varios *Planes de Desastre*, que se vienen aplicando desde entonces en los hospitales públicos y privados del país. El Maestro Larghero y el cirujano Larrey, fueron personajes que influyeron decisivamente en la formación y en la preocupación de Guaymirán Ríos por la actuación en la Emergencia y la organización de los Servicios. Si bien, Larrey y Larghero, estuvieron distantes en el tiempo, estuvieron unidos en una misma preocupación, que fue distinguir, entre lo que era posible rescatar del desastre y lo que no era posible, donde el mejor aprovechamiento del tiempo y de los recursos, representaban, una parte esencial de la organización necesaria para encarar y resolver el problema representado por el desastre; formando parte definitivamente de la organización de la medicina, de la cirugía, de la anestesia y de la reanimación de Urgencia, necesaria para sobrellevar los problemas que plantean estas emergencias. Por ello, siento admiración por estos dos personajes que tuvieron influencia y enseñanza sobre Ríos Bruno; y los tres la influencia que tuvieron sobre mis

conocimientos e inquietudes; asociado a las experiencias y conocimientos que adquirí con traumatólogos como José Luis Bado, Jorge García Novales, Devicenzi, Herbert Cagnoli y otros; cardiólogos y cardiocirujanos como Orestes Fiandra, Roberto Rubio; Juan C. Abó, Anibal Sanjinés, entre otros; anesthesiólogos León Chertkoff, Dardo Vega, Iszo Grunwald, entre otros; internistas como Raúl Piaggio Blanco, Luis A. Campalans, Roberto López Soto, entre otros; el Prof. Peter Safar; William Kouwenhoven con su respiración boca a boca; William Kouwenhoven, con su masaje cardiaco externo; entre otros; que me permitieron, seguir estudiando el problema y crear un Plan Nacional de Reanimación Cardio-vásculo-respiratoria fuera de la Sala de Operaciones en el Uruguay, en 1962 y un Plan Nacional de Desastres en el Perú, en 1970, que luego sirvió para la atención en caso de guerra, como sucedió en la confrontación de guerra del Perú con Ecuador.

VII. Sexta Anécdota

En la anécdota anterior, están los antecedentes que llevaron a la aplicación de ésta.

En ocasión del estudio del plan de desastres para el Perú, se hicieron estudios sobre los célebres Hospitales “MASH”, que inclusive son de conocimiento público, por una conocida película de cine (1970) y una serial televisiva: *Mobile Army Surgical Hospital*. El Hospital MASH (Mobile Army Surgical Hospital) se refiere al hospital de campaña de las fuerzas armadas norteamericanas, que tiene una total autonomía funcional, que puede funcionar en una área de combate o de emergencia, comenzando a funcionar



a partir del año 1945, teniendo un muy buen uso, durante la guerra de Corea y posteriormente en otros conflictos y emergencias; siendo este tipo de unidad sustituido en febrero del año 2006, por la Unidad de Soporte de Hospital de combate (CSH), que puede tener entre 16 a 256 camas, siendo su tamaño más común de 84 camas, con un clima controlado y con unidades de Farmacia, Laboratorio, Rayos X (incluyendo CT Scanner), Unidad Dental, generadores propios, aire acondicionado, y potabilizador de agua; basado en *containers*. Tiene dos componentes separados: la Unidad Hospitalaria Básica (HUB) y la Unidad Hospitalaria Quirúrgica (HUS) con cirujanos, anestesiólogos, nurses quirúrgicas e instrumentistas quirúrgicas. Además tiene personal de soporte, en: cocina, mantenimiento, admisión, enfermería, lavandería, ingeniería biomédica, entre otros. Este hospital no se sitúa en la línea de batalla o lugar de catástrofe, sino que se usa un adecuado sistema de *triage* y de transporte de enfermos, especialmente a través de helicópteros y ambulancias.

El MASH fue concebido por Michael E. DeBakey, como consultante de las fuerzas armadas y por el oficial ejecutivo coronel Harry A. Ferguson del hospital de las fuerzas armadas americanas de Tokio, que crearon el programa MASH; para resolver el problema de contar con un hospital móvil, con la experiencia adquirida en la segunda guerra mundial; donde



Sala de operaciones de un hospital MASH.



Sala de internación de un hospital MASH



Operación en Hospital MASH.

existía: el Cirujano del batallón del ejército y el Batallón de Infantería de Marina auxiliar. El cirujano del batallón del ejército, es el director médico de un batallón militar en el ejército o la Marina; a pesar del nombre, la mayoría de los cirujanos de batallón son médicos de atención primaria, conociendo sobre medicina de emergencia, medicina familiar, pediatría, y medicina interna; siendo funcionarios médicos generales, y no son realmente cirujanos, que realicen operaciones quirúrgicas invasivas. El término *cirujano* es un vestigio del pasado colonial británico, de los militares de Estados Unidos, donde el ejército británico utilizaba el término *cirujano*, en el sentido de un médico en una unidad de *primera línea*; mientras que el Departamento de Marina de guerra, todavía utiliza al médico GMO (General Medical Officer) que son *médicos de residencia entrenado*, siendo un médico que ha completado la Facultad de Medicina y un año de *prácticas*, que les ha permitido recibir una licencia médica independiente en los Estados Unidos. El GMO tiene un recurso limitado del conocimiento médico y experiencia; mientras que el cirujano de batallón es un oficial de personal especial, que informa al comandante del batallón, sobre cuestiones relativas a la salud del batallón, incluyendo dentro de sus funciones principales, la responsabilidad de administrar un Batallón auxiliar (BAS), la supervisión médica del batallón PA (Asistente de médico), desempeñando como consultante para los miembros del batallón y supervisa la planificación médica para el movimiento del batallón, teniendo en el ejército de Estados Unidos el rango de capitán (O-3) o mayor (O-4) y en la marina el rango de teniente (O-3) o capitán de Corbeta (O-4). Durante el tiempo de paz, una cantidad limitada de los batallones del ejército, realmente tienen un médico o cirujano del batallón, siendo la excepción: la aviación, las operaciones especiales o los batallones de apoyo de la brigada *Striker*; que tienen un cirujano del batallón. Porque los médicos son generalmente de alto costo, la mayoría de los batallones tienen un PA (Asistente de médico), que realiza las funciones de *médico* para los miembros del batallón. Si un batallón conserva a este *médico autorizado* durante un despliegue o acción, entonces el *PROFIS* (sistema profesional), lo sustituye por un médico militar de un hospital militar, que es asignado para servir como el cirujano del batallón. Desde el inicio de la operación *libertad iraquí* y la operación *libertad duradera* (*Afganistán*) se utiliza el sistema *PROFIS* rutinariamente. Los médicos son *PROFIS* o con retiro de la MTF, con un tipo de sistema de lotería, que comprende a factores, como son: el número de implementaciones que ha tenido el médico, su especialidad y la duración de la asignación de *PROFIS*; donde la mayoría de los médicos aprovechados para el *PROFIS*, como “cirujanos de batallón”, han estado en el campo de la atención primaria, el ejército ha tenido un momento difícil para retener o reclutar a los médicos con las especialidades necesarias. Dentro de la marina, debido al papel estrictamente combatiente de la infantería

de Marina, esta no tiene personal médico orgánico y la Marina no cuenta con fuentes de oficiales médicos y de médico del hospital para ellos; siendo como con el ejército, el cirujano del batallón es el director médico, en un batallón de Marina, con funciones semejantes; pero la plantilla de una BAS de la infantería de Marina es ligeramente diferente del ejército. El cirujano del batallón maneja técnicamente el BAS incluyendo el batallón de ayudantes de cirujano, ya sea un funcionario médico o médico asistente oficial de servicio médico como médico. El BAS también puede ser tripulado por servicio médico independiente, un médico capacitado para funcionar independientemente un médico castrense y que funcionan mucho en la misma forma que los asistentes médicos. Un jefe de Hospital farmacéutico, conocido como el jefe de batallón, generalmente también es parte de un BAS y supervisa al otro médico.

Las unidades M.A.S.H. fueron concebidas como un “Hospital Móvil Auxiliar de Cirugía”, siendo una alternativa a los quirófanos móviles, a los hospitales de campaña y a los hospitales generales usados durante la Segunda Guerra Mundial, siendo diseñado para poder disponer de un personal médico experimentado cerca del frente, de tal forma que los heridos pudieran ser tratados con brevedad y mayor éxito; los heridos comenzaban a ser tratados en primera instancia en el campo de batalla, mediante los primeros auxilios de sus compañeros, para luego ser enviados a una estación de auxilio del Batallón, para estabilizarlo y preparar al herido para la cirugía; para finalmente ser enviados al M.A.S.H., para realizar un tratamiento más largo y final.

Este protocolo, demostró ser muy exitoso; durante la guerra de Corea, donde un herido de gravedad y tratado, en una unidad M.A.S.H. alcanzaba un 97% de probabilidades de supervivencia, una vez recibida la atención médica. además, las unidades M.A.S.H. se abrieron camino dentro de la cultura popular. debido a la novela, editada en 1968: M*A*S*H, de Richard Hooker, llevada a la película de Robert Altman, en 1970 basada en la novela y a la serie de TV , que estuvo de 1972 a 1983, que continuó las peripecias narradas en la película.

Esta película, la vimos dos horas después del terremoto en Lima, a la hora 18.00, en la Embajada de Estados Unidos, en Lima, en una reunión con el Embajador, para aceptar la contribución de Estados Unidos, a las víctimas y destrozos del sismo. Apenas la vimos, nos dimos cuenta, que MASH, era la ayuda que se necesitaba para el sismo de Yungay, donde ya se tenían noticias de lo sucedido, con la probabilidad de muchos muertos y heridos; y se tenía la encomienda del gobierno, de preparar la ayuda médica, para proporcionar a las víctimas. El MASH, llegó dos días después. El primer equipo de ayuda, proporcionado por el Hospital Universitario *Cayetano Heredia*, desembarcaba en helicóptero, cerca de Yungay, en Huaraz, a las 11.30 a.m. del

día 1° de junio de 1970. Días después empezaba a funcionar parcialmente el *MASH*, donado por el gobierno norteamericano; pero como anécdota, se puede señalar que desgraciadamente el pueblo quedó sepultado por el alud (*huaico*) muriendo alrededor de 80.000 personas, pero en Yungay, solo se atendió a mucha gente por *stress* y del punto de vista quirúrgico se hizo una cesárea y una apendicitis aguda, entre otras cosas, porque toda la población murió sepultada por el alud que siguió.

Los *MASH* sirvieron en la guerra de Vietnam; donde se vio que la movilidad de las unidades y el rápido despliegue de las tropas, son vitales para el éxito de una campaña; igualmente para el tratamiento de los heridos, que requiere de esta movilidad.

También, importa señalar, que históricamente, en 1997, la última unidad de *MASH*, en Corea del Sur, fue desactivada, celebrándose una ceremonia de desactivación, que contó con la participación de varios miembros del elenco de la teleserie “*MASH*”, como Larry Linville, interpretado por Frank Burns y David Ogden Stiers interpretado por Charles Winchester; las unidades *MASH*. Desde entonces han sido reemplazadas por los hospitales de apoyo de combate del ejército de Estados Unidos. En todo el mundo, la última unidad de *MASH*, fue desactivada el 16 de octubre de 2006, siendo el *MASH* 212°, con sede en el depósito de munición de Miesau, Alemania.

Por lo que, pensando en su problemática, después de varios años de uso, O-12 creó el “ISO-Container M.A.S.H.”, que es un hospital de campaña modular, que permite ser desplegado más rápidamente en las proximidades del campo de batalla, destinado a la atención primaria de los heridos; no siendo un modular muy complejo, sino una evolución del anterior *MASH*, que permite su instalación cercana a la zona de combate o desastre, con algunas mejoras usando imanes de neodimio y chapas metálicas, para que puedan ser montadas en diferentes configuraciones, lo que lo hace más versátil y con funcionamiento más sencillo de montar, ganando peso y forma una estructura más cohesionada. Durante la guerra del Golfo en 1990, se usó en octubre el hospital *MASH* 5°, con la 44ª Brigada Médica, asignada al XVIIIº Cuerpo Aerotransportado, de Fort Bragg, en Carolina del Norte, se desplegó en Arabia Saudita, siendo el primer hospital del ejército completamente funcional en el país. Esta unidad avanzó seis veces, siempre como el primer hospital de la región; en marzo de 1991, se agregó el *MASH* 5°, que operacionalmente fue unido a la 24ª División de infantería, para proporcionarle la atención quirúrgica, a menudo en las líneas del frente de batalla, a las unidades de combate, que atacaron el flanco oeste del ejército iraquí; y también, en marzo de 1991, el *MASH* 159°, de la Guardia Nacional de Luisiana del ejército, pasó a operar en Irak, en apoyo de la 3ª división blindada, durante la operación “Tormenta del desierto”. Otros *MASH*’s que sirvieron en 1990-91, incluyeron: al *MASH* 2 °, con la 1ª Medical Group, Benning; el

MASH 10º, con el 1º Medical Group, de Carson, el MASH 115º; el MASH 475º, con el 341º Med Group, de KY USAR; el MASH 807º con el 341º Med Group, de KY USAR; y el MASH 912º, de USAR TN.

La unidad MASH 212º, fue el primer hospital del ejército de Estados Unidos, establecida en Irak en 2003, las fuerzas de coalición de apoyo durante la operación libertad iraquí; siendo el hospital de combate más laureado en el ejército de Estados Unidos, con 28 banderolas de la campaña, en los colores de la organización; posteriormente el MASH 212º fue enviado a Pakistán, para respaldar las operaciones de alivio de terremoto de Kashmir, del año 2005 y posteriormente fue donado por el Departamento de Estado de Estados Unidos, con sus materiales y equipo médico, del hospital entero, a los militares paquistaníes, teniendo la donación un valor aproximado a los US\$4,5 millones.

Actualmente, la unidad MASH 212º, se encuentra en el Museo del Departamento de Medicina del Ejército, en San Antonio, Texas.

La dimensión de las primeras unidades MASH y la que fue donada al Perú, fue considerablemente menor que muchas de las unidades restantes MASH, que habían sido desplegadas por los Estados Unidos en la guerra de Corea. Las primeras unidades necesitaban 4 cirujanos, 1 médico anestesta, 1 médico administrativo y su ayudante y personal auxiliar. Mientras, que los MASH posteriores, tenían 10 oficiales médicos, 12 oficiales de enfermería, 89 soldados alistados de una variedad de especialidades médicas y no médicas, un oficial del cuerpo de servicio médico (MSC), un suboficial y otros suboficiales de variadas especialidades. En una ocasión, la unidad manejó a más de 600 muertes en un período de 24 horas.

Los M.A.S.H. (Hospital Móvil Quirúrgico del Ejército) fueron sustituidos por los C.A.S.H. (Combat Army Surgical Hospital) (Hospital de Apoyo en Combate del Ejército), que son clínicas más estables y mejor equipadas. Los MASH han ayudado a salvar la vida de miles de soldados desde hace más de 60 años y ayudaron en algunos desastres colectivos como sismos; surgieron al final de la Segunda Guerra Mundial, en sustitución de los tradicionales hospitales fijos, ubicados en grandes edificios y alejados de las zonas de combate, en gran medida por el trabajo del coronel Michael DeBakey, uno de los fundadores de la cirugía cardíaca moderna. Durante la guerra de Corea, 1950-1953, 10 unidades M.A.S.H., dieron apoyo a las cuatro divisiones del Ejército de EEUU, cada uno con contingentes de 15.000 a 20.000 soldados, movilizándose cerca de los frentes de batalla y operando, en muchos casos, bajo el fuego del enemigo.

La guerra de Corea fue la primera, en la cual se emplearon en gran cantidad, los helicópteros para el transporte de soldados heridos y los M.A.S.H., equipados para la cirugía de emergencia, bajaron notablemente la tasa de mortalidad.

En la Primera Guerra Mundial el índice de mortalidad fue del 8,5%, entre los soldados heridos en combate. Los avances en la medicina bajaron esa tasa al 4% en la Segunda Guerra Mundial; y la disponibilidad de hospitales móviles próximos al área de combate, redujo la mortalidad de los soldados estadounidenses al 2,5% de los heridos en Corea, gracias al aumento de los servicios y personal. Los M.A.S.H., que estuvieron presentes en las guerras de Vietnam, la primera del Golfo Pérsico, la de Afganistán y la de Irak, fueron provistos de servicios para estabilizar a los evacuados, enfermería, cirugía, farmacia, laboratorio y radiología. Los nuevos C.A.S.H., cuentan con los mismos servicios, pero proporcionan, además, terapia física, tratamiento dental y atención neuro-psiquiátrica. La unidad típica de M.A.S.H. contaba con: unos 130 miembros y capacidad para 30 camas hospitalarias, mientras que unidad típica de C.A.S.H., cuenta con 606 miembros y tiene capacidad para 296 camas.

Importa recordar, que en 1968, Richard Hornberger, quien había sido cirujano del M.A.S.H. 8055º, en Corea, publicó una versión novelada de sus experiencias; lo que dio origen a 'M.A.S.H. 4077', la película dirigida por Robert Altman, que ganó un Oscar, dos años después. El humor, a veces macabro, de la versión cinematográfica, hizo que al principio, el Ejército se negara a distribuir la película en las bases militares. Pero, en 1972, comenzó la serie televisiva, con Alan Alda como protagonista, que se convertiría en una de las más exitosas a lo largo de 256 episodios, durante 11 años. Cuando en 1983, se proyectó el episodio final: 'Adiós, hasta siempre, y amén', 106 millones de espectadores dieron a 'M.A.S.H.' entonces el récord de audiencia de la televisión estadounidense.

Este **plan de desastres** se aplicó en Lima, Perú, por primera vez, el 31 de mayo de 1970, en el importante terremoto.



Lo que quedó de la ciudad de Yungay, en Huaraz, Perú.



Iglesia de Ocro, en Chacras, Huaraz, Perú; después del terremoto.



Plaza Mayor de Yungay en 1954.

El terremoto y aluvión de Áncash de 1970, conocido localmente como el terremoto del 70, fue un sismo de magnitud 7.9 Mw , sentido en toda la costa y sierra de los departamentos de Áncash y de Lima, principalmente; siendo seguido por un alud (huaico), que sepultó la ciudad de Yungay, el domingo 31 de mayo de 1970, a la hora 15:23. Fue uno de los sismos más destructivos de la historia del Perú, no solo por la magnitud sino también por la cantidad de pérdidas humanas, que afectó la región ancashina y varias provincias de los departamentos de Huánuco, el norte de Lima y La Libertad, dañando una extensa área de aproximadamente 1.000 km de longitud y 250 km de ancho, de la costa y la sierra peruana.

Características: El terremoto se inició el 31 de mayo a las 3:23 p.m., su epicentro fue frente a las costas de las ciudades de Casma y Chimbote, en el Océano Pacífico; su magnitud fue de 7,8 grados en la escala de Richter, alcanzando una intensidad de hasta X y XI grados en la escala de Mercalli, entre Chimbote y Casma; produciendo además, un violento alud, en las ciudades de Yungay y Ranrahirca. Las intensidades evaluadas en varias ciudades fueron:

Lugar	Intensidad de la zona (Mercalli)	Magnitud de la zona (Richter)
Samanco	X	8,1
Casma	IX-X	7,9
Chimbote	IX	7,6
Huallanca, Aija	VIII-IX	7,5
Huaraz, Carhuaz, Trujillo, Yungay, Huarney	VIII	7,4 - 7,3
Chacas, San Luis, Huari	VIII	7,3
Santiago de Chuco	VII-VIII	7,2
Cajamarca, Huacho, Huánuco, Bambamarca, Chiclayo	VII	6,9
Huacho, Cerro de Pasco, Tingo María	VI-VII	6,7
Lima, Piura, Tumbes, Jaén, Pucallpa	VI	6,5
Ica, Chinchalta Alta, Juanjuí	V-VI	6,3
Yurimaguas, Huancayo, Iquitos, Tarapoto	V	6,1



Plaza mayor de Yungay 1969 -1970.

Efectos: Las muertes se calcularon en 80.000, habiendo aproximadamente 20.000 desaparecidos, aunque algunas fuentes elevaron las víctimas a cifras más altas. Los heridos hospitalizados se contabilizaron en total en 43.331, si bien en lugares como Recuay, Aija, Casma, Huarmey, Carhuaz y Chimbote la destrucción de edificios osciló entre el 80% y 90%; calculando el número de afectados en 3.000.000. La Carretera Panamericana sufrió graves grietas entre Trujillo y Huarmey, lo que dificultó aún más la entrega de ayuda. La central hidroeléctrica del Cañón del Pato quedó también afectada por el embate del río Santa y la línea férrea que comunicaba Chimbote con el valle del Santa quedó inutilizable en un 60% de su recorrido. Con esta catástrofe el Perú sacó voluntariamente a la Brigada de Defensa Civil Peruana para evitar que vuelva a suceder algo tan terrible; el general Juan Velasco Alvarado, que era el presidente del país en ese entonces, tomó un barco para llevar personalmente la ayuda a Chimbote.

Callejón de Huaylas:

Sin duda alguna, la zona andina de Áncash, la pintoresca área del Callejón de Huaylas, resultó siendo el área más castigada por el terremoto; la Ciudad de Huaraz se destruyó en un 97%, el cuadrilátero de la Plaza de Armas, fue lo único importante que no se destruyó; luego del sismo, la ciudad quedó oscurecida por un negro manto de polvo, unas 10.000 personas fallecieron. Solo en el “Colegio Santa Elena”, murieron 400 personas. En el resto de las ciudades y pueblos del Callejón de Huaylas, también

fueron destruidos casi por completo, desde Recuay por el sur, hasta Huallanca por el norte. La tercera ciudad en importancia, Yungay, terminó sepultada junto a Ranrahirca, por un alud, desapareciendo 25.000 moradores. Los aludes y derrumbes obstaculizaron caminos y carreteras, estancando partes del Río Santa. El ferrocarril, que unía a Chimbote



Ruinas de la catedral de Yungay.

con Huallanca, desapareció; los pobladores disminuyeron en cantidad, en la costa de Áncash y en el Callejón de Conchucos. En la zona costera, los efectos del sismo, destruyeron grandes sectores de la Carretera Panamericana, entre Huarmey y Trujillo en el Departamento de La Libertad. Tanto la ciudad, como el Puerto de Chimbote, quedaron con averías incuantificables; en la zonas de San Pedro y Lacramarca, todas las construcciones se derrumbaron, al igual que las industrias pesqueras y tuvieron un daño similar las metalúrgicas; en algunas áreas, el suelo se agrietó, hasta expulsar chorros de agua de hasta un metro de altura, perdiendo la ciudad más de 2.800 habitantes. En Casma, una vieja ciudad de adobes, murieron 800 personas; más hacia el sur, en Huarmey 100 personas; en la Provincia de Bolognesi, hubieron 1.800 víctimas, refiriéndose cuantiosos derrumbes, que incomunicaron a pueblos completos; habiendo referencias de que varias personas enterraron a sus parientes, sin notificarlo. La zona andina siguiente al Callejón de Huaylas, conocida como Conchucos, quedó con daños moderados, pero gran parte de las construcciones, quedaron inhabitables, y muchas personas murieron, mientras se encontraban laborando en áreas agrícolas, debido a los derrumbes. La zona quedó aislada durante meses del resto del país.

El aluvión en Yungay:

El fuerte y prolongado sismo de 45 segundos, provocó el desprendimiento del hielo y las rocas del pico norte, del nevado Huascarán, produciendo un alud estimado en 80 millones de ft³ (pies cúbicos) de hielo, lodo y piedras, que medía 1,5 km de ancho, avanzando los 18 km de distancia, a una velocidad promedio de 280 a 335 km/h; sepultando completamente la ciudad de Yungay y el pueblo de Ranrahirca, matando a más de 20 000 personas. En Yungay, sólo se salvaron aproximadamente 350 personas, quienes corrieron hacia el cementerio de la ciudad, una antigua fortaleza preincaica que estaba en una zona más elevada, porque muchos estaban asistiendo a un circo itinerante, llamado Verolina, en una zona elevada, siendo la mayoría niños. La provincia de Yungay, alcanzó las cifras más altas, en cuanto

a mortalidad: unas 25.000 personas. El aporte internacional tuvo gran importancia, en el momento de la emergencia, donde diversas organizaciones mundiales brindaron su apoyo. La magnitud de su cooperación, no sólo fue en el momento de la emergencia, sino también en la rehabilitación de la zona afectada y en el futuro desarrollo de la región. Sin embargo, la destrucción de las vías de comunicación de la zona y la falta de planeamiento, le dieron una cuota de ineficiencia; por ello es que el 28 de marzo de 1972, se creó el Instituto Nacional de Defensa Civil, para que se encargara de coordinar la prevención y la ayuda en caso de posteriores desastres. A raíz del terremoto de 1970, que asoló varias ciudades del Callejón de Huaylas, que motivó la solidaridad de diversos países, Yungay recibió el nombre de *Capital de la Solidaridad Internacional*.



Yungay Viejo (2500 m. de altura), visto desde la colina del cementerio. El área sombreada muestra la ubicación del deslizamiento con hielo, barro y una avalancha de escombros, el 31.05.1970, causada por el terremoto, donde una parte del flanco occidental del Huascarán Norte, 6.652 metros, se rompió. Yungay Nuevo, está detrás de la zona sombreada en el centro.

La descripción que sigue, puede parecer exagerada para la mentalidad uruguaya, no habituada a grandes desastres naturales excepto inundaciones. Sin embargo, en América Latina, no hay país que carezca de historia de repetidas catástrofes: terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, o avalanchas de montañas que destruyen ciudades. En tiempos en que los médicos tienen amplia movilidad entre países, no es ocioso conocer estas previsiones, que a diferente escala fueron, en su tiempo, fueron preocupación de Pedro Larghero y Guaymirán Ríos Bruno. En particular interesa rescatar un trabajo reciente, publicado por Julio C. Priario y Verónica Nieto³, que analiza la participación de médicos uruguayos, cumplida como misión oficial del Estado oriental en diversos cataclismos en América del Sur y Central. El aporte de Enrique Barmaimon, en este artículo se refiere a la actuación de un médico uruguayo actuando como residente en el exterior, en el comando de un operativo de la mayor dimensión.

-Plan de desastres: Una catástrofe puede ocurrir en cualquier momento, sin avisar. El desastre ocurre después de la catástrofe, obligando a desalojar o a permanecer en el lugar donde se encuentre, que podría ser en: su casa, el trabajo, el auto, la escuela, la calle, en un centro comercial, la universidad,

3 PRIARIO, Julio C., NIETO, Verónica: Misiones sanitarias uruguayas en los terremotos de San Juan, Ambato y Managua. *Rev Med Urug* 2008; 24: 140-145.

la iglesia, el hospital, un estadio, el cine, entre otros lugares. Las catástrofes más comunes pueden ser: terremotos, huracanes, tsunamis, incendios, bombas nucleares, pandemias, hambruna, ataques biológicos, y terrorismo, entre otros. Es conveniente que cada persona e institución, puedan realizar los preparativos necesarios con antelación necesaria junto a su familia o los integrantes de una institución u organismo, para poder enfrentar y saber qué hacer en una catástrofe. Los siguientes pasos pueden ayudar a preparar un buen Plan de Desastres.

Antes del desastre:

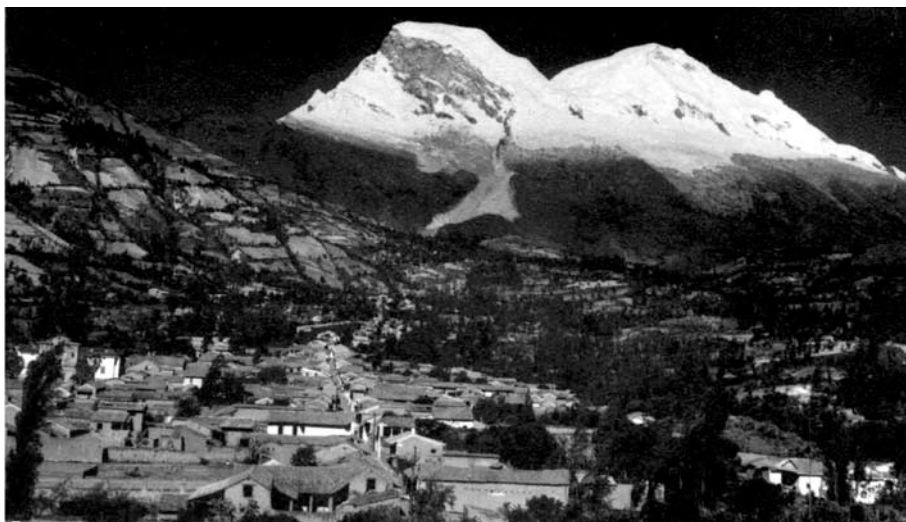
1. **INFORMARSE** - Verificar cómo las autoridades locales, notificarán acerca de los peligros durante y después del desastre.
2. **PREPARAR UN PLAN** - Deberá prepararse un plan de emergencias, incluyendo en este, a las personas que cuidan a los niños o que cuidan algún familiar en su hogar.
3. **REPASAR LOS PELIGROS** - Verificar dentro del hogar y la comunidad, los peligros que pueden existir y también los planes de emergencias, que tengan las agencias locales.
4. **IDENTIFICAR A UNA PERSONA DE CONTACTO FUERA DEL PAÍS** - Identificar un familiar o amigo, que viva fuera del país, para que sea la persona de contacto, con la que se comunicará después del desastre, para indicarle cómo y dónde se encuentran; muchas veces es más fácil hacer una llamada de larga distancia que una llamada local, desde la zona que ha sido afectada por una catástrofe.
5. **PREPARAR UN PLAN DE COMUNICACION FAMILIAR** -Este debe incluir información de contacto, de los miembros de la familia, lugar de trabajo, lugar de la escuela, los datos para comunicarse con la persona de contacto que vive fuera del país, lugar de encuentro, y los lugares de servicios de emergencias, entre otros.
6. **DECIDIR DÓNDE SERÁ EL PUNTO DE ENCUENTRO** -Cuando surge una catástrofe, posiblemente no se esté con su familia, así que se deberá escoger un lugar FUERA DE SU CASA y POSIBLEMENTE FUERA DE SU COMUNIDAD, dónde deberá reunirse con la familia luego de que pase el desastre.
7. **IDENTIFICAR QUÉ RUTAS DE ESCAPE Y LUGARES SEGUROS HAY** - Verificar dentro de su casa o en su comunidad, los lugares seguros en los que puede protegerse. Se debe preparar un plano de su casa, con todas las entradas y salidas, haciendo un plan de desalojo. Asegurarse que cada uno de los miembros de su familia, conoce las mejores rutas de escape, para cada tipo de desastre y se debe practicar de antemano en

cada una de ellas. No se olvide de incluir en este plan, a las personas discapacitadas, los longevos, los niños y las mascotas.

8. PREPARAR UN EQUIPO DE SUMINISTROS - Este equipo, le ayudará a que usted y su familia, estén más protegidos, durante y después de un desastre; debiéndose guardar los suministros en un lugar seguro: en pailas o cajas plásticas o en recipientes de fácil manejo y tratar en la medida de lo posible, que estén accesibles en el momento de la emergencia.
9. INSPECCIONAR LOS SUMINISTROS - Por lo menos dos veces al año, se debe inspeccionar sus suministros, para asegurarse que los productos, el agua y/o medicinas, no estén expirados.

Suministros básicos para una emergencia:

- Alimentos no perecederos para tres o cinco días.
- Agua, un galón por persona por día.
- Botiquín y manual de primeros auxilios.
- Radio portátil de pilas o de manivela y un Radio Meteorológico, certificado por NOAA con alerta de tonos.
- Pilas o baterías extra.
- Teléfono celular con cargadores, inversor o cargador solar
- Mapas locales.
- Linterna.
- Artículos de higiene personal tales como: jabón, pasta de dientes, cepillo de dientes, peine, etc.
- Artículos sanitarios tales como: papel higiénico, toallas sanitarias, toallas húmedas , etc.
- Silbato o pito: uno para cada miembro de la familia.
- Papel y lápiz.
- Mascarillas contra polvo, para ayudar con el aire contaminado.
- Láminas de plástico y cinta adhesiva, para crear el “refugio en el lugar”.
- Mantas, toallas y bolso para dormir (*sleeping bag*). También se pueden utilizar frazadas térmicas.
- Zapatos cerrados o botas y una muda de ropa.
- Artículos de cocina tales como: utensilios desechables, abrelatas, ollas, cuchillos, estufa portátil, papel de aluminio, bolsas plásticas, etc.
- Repelente de mosquitos.
- Velas y fósforos (en un recipiente a prueba de agua).
- Medicamentos recetados y/o sin receta.
- Comida para mascotas
- Artículos para bebé (si aplica) tales como: fórmula, pañales y ropa extra completa, incluyendo ropa interior.



Barrio de Mitma de la Ciudad de Yungay. Perú, 1966. Foto: Aurelio Alva Méndez.



Ciudad desaparecida por el alud de 1970 y la nueva ciudad de Yungay, visto desde el cerro Atma, Perú.

- Herramientas básicas tales como: llave inglesa y alicates para cerrar los servicios públicos.
- Dinero en efectivo.
- Copias de documentos importantes tales como: certificados de nacimiento, de matrimonio, pasaportes, escrituras de la propiedad, pólizas de seguro, registro de cuentas de banco, licencias, etc.
- Espejuelos adicionales o lentes de contacto.
- Extintor de incendios.
- Blanqueador de uso doméstico (Cloro tipo hipoclorito, regular, sin perfumes ni para desteñir colores) y gotero para medicamentos. Para usarlo como desinfectante, se diluyen 9 partes de agua por 1 parte de blanqueador. Para usarlo para purificar agua, utilice 16 gotas de blanqueador líquido, por cada galón de agua.

- Juguetes, libros o juegos para los niños o naipes.

Después del desastre: Puede que tenga que sobrevivir por su cuenta, después de una emergencia. Esto significa tener un abasto de comida, agua y otros suministros para por lo menos cinco días. Habrá funcionarios locales y rescatistas en el área de desastre, pero no pueden llegar a todos de inmediato. Puede que obtenga ayuda en horas, o podría tomar días. Además puede que los servicios básicos como electricidad, gas, agua, tratamiento de aguas negras y teléfonos, no estén disponibles por días o semanas:

1. Si está en la casa, no encienda velas, ni fósforos. Primero verificar las conexiones de gas y cierre las llaves para asegurarse que no hay ningún escape. Verifique que no haya tendido eléctrico en el suelo o cables que puedan representar un riesgo para usted y su familia y mantenerse alejado de los mismos.
2. Desconectar todos los aparatos electrónicos.
3. Si está fuera de la casa, escuche la radio y siga las instrucciones que ofrezcan para llegar a un lugar o refugio seguro.
4. Si se encuentra fuera de la casa, siga con el plan trazado con su familia y trate de llegar al punto de encuentro, para que puedan seguir con lo establecido en dicho plan.
5. Verifique si hay algún vecino en su comunidad y preste ayuda a los de edad avanzada o discapacitados.
6. Llame a la persona que esté fuera de su país para notificarle: cómo y dónde se encuentra, luego reserve el teléfono para las llamadas de emergencia solamente.
7. No pierda la calma.

Recuerde... si uno y la familia están preparados, no se deberá temer.

VIII. Resumen

En su vida, en el Uruguay, actuó como docente y como médico, estando dotado de una gran calidad humana, descollando como docente de Anatomía, de Clínica Quirúrgica y de Medicina Legal; fue docente, organizador y Director del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas y del Hospital Policial; fue en el país, el primer organizador de los simulacros de desastres, para armar un Plan de Desastres, tan necesario en cualquier hospital moderno, que no deberían ser ellos mismos un desastre, sino estar preparados para recibir desastres. Se puede señalar que actuó en dos grandes campos: El campo de la anatomía destacando su historia y docencia, asociado al valor e importancia de la necropsia; y al desarrollo e importancia de la emergencia, con un médico especializado en esas técnicas y métodos, como el “emergencista”, creando y comandando el equipo del Hospital de Clínicas Universitario “Dr. Manuel Quintela”, del Hospital Policial y de-

sarrollando los servicios de Emergencia en todo el país realizando foros y otras actividades.

En la década de 1980, publicó su libro: “Manejo del Enfermo Grave en Emergencia Médica”, que tuvo dos ediciones, siendo el producto de un equipo multidisciplinario que dirigió en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Su compromiso en este campo le permitió abordar el tema del Traumatizado grave y su atención, procurando la mejora permanente, buscando siempre un nivel de excelencia en su tarea; desarrolló las Jornadas Médico Quirúrgicas de Emergencia del Interior, recorriendo anualmente los distintos Departamentos, junto al Prof. Agdo. Dr. Julio Mañana Cattani; participó en la creación de la Sociedad de Emergencia y Trauma del Uruguay y publicó múltiples libros sobre Emergencias Médico-quirúrgicas, temas dedicados fundamentalmente a estudiantes de Medicina, Practicantes Internos, Residentes y Post-gradados, volcando en cada tema su pasión y exigencias características, formando y rodeándose de un selecto grupo de colegas, para crear, en 1995 la propuesta de un Sistema de Asistencia Integral al Politraumatizado; pero desgraciadamente casi veinte años después, lo que era tan elemental e importante, para salvar vidas, todavía sigue pendiente, donde las carencias persisten y han aumentado los problemas en este campo, por lo que recordaré lo que expresaba: *Queremos terminar recordando que en Francia, cuando el sol sale en un bello fin de semana, 125 personas son condenadas a morir en las carreteras y frente a esto surge enseguida un pensamiento: ¿hoy nos tocará a nosotros o a nuestros familiares?* Esto sigue sucediendo en el Uruguay y agravándose. Esta obra y este tema, fue un legado que hemos recibido del Prof. Larghero, los dos, donde tanto hemos discutido y creado en este campo; pero donde lamentablemente queda mucho por hacer. En memoria a estos dos maestros y a tantos otros, exhorto a todos y a cada uno, en recuerdo a su memoria, a que nos unamos y de una vez por todas, se concrete un Plan Nacional de Emergencia con una red de atención orgánica y efectiva, donde participe: M.S.P., ASSE, el Sistema Mutual y el Sistema FEMI, los servicios de Emergencia privados de Montevideo y el resto del país, las intendencias y la Policía Caminera; que permita resolver los problemas de emergencia de todo el país, donde diariamente por la atención inadecuada, siguen muriendo tantas personas y haciendo además, que todas las carreteras y el sistema integrado de salud, sean inseguros, al no existir en caso de accidentes y emergencias, una red de atención adecuada, debiendo ser acompañado con un sistema de traslado aéreo y terrestre, que permita regionalmente una atención adecuada, efectiva y económica; y recordando a estos dos maestros: “Hablemos menos y hagamos más; siendo lo importante, que trabajemos juntos, por un ideal común”; hasta que sea una realidad en el Uruguay y éste tenga: PLAN NACIONAL DE DESASTRES; PLAN

NACIONAL DE EMERGENCIA; y PLAN NACIONAL DE REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA.

-Por último, deseo recordar que dentro de su producción científica, médico legal, histórica y humanística, que realizó junto a sus Maestros Larghero y a sus compañeros más jóvenes de Medicina Legal y del Departamento de Emergencia del Hospital Universitario; sumó en el año 2000 un libro de ficción, titulado “Cuentos de Uruguayos sobre las cosas y los hombres”, en coautoría con Alfredo Brida; Historia de la Anatomía Universal, donde repasa los grandes momentos de la historia de la Anatomía y de sus principales cultores; quizás en forma algo fragmentaria, para que el lector, disfrutara de un momento agradable, sabiendo a quienes les debió su formación en uno de los aspectos fundamentales de su carrera de médico y donde el autor experimentó una mezcla de placer y profunda nostalgia, evocando una época feliz y formativa, para la carrera quirúrgica, en la que integró, como estudiante primero y luego por muchos años como docente la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de Montevideo y a la vez pudo volver a vivir, en el ocaso de su vida, su pasaje por las aulas de la querida Facultad, recordando a sus condiscípulos y maestros con profundo reconocimiento y afecto; una semblanza de Dominique-Jean Larrey, el cirujano de Napoleón, que fue el padre de la Cirugía de Guerra; y un trabajo sobre Responsabilidad Médico Legal del Cirujano, realizado con varios colaboradores de la Cátedra de Medicina Legal. En todas sus obras se ve la alta calidad de la investigación de antecedentes y documentos, donde se ve el humor mezclado con la cruda verdad, como cuando cuenta algunas de las historias, que lo hace muy disfrutable.

Referencias:

1. RÍOS BRUNO, Guaymirán: Bosquejo de Historia de la Anatomía Universal. *Rev Hosp Maciel* 2 (1): 41- 8, enero-marzo, 1997
2. RÍOS BRUNO, Guaymirán: Dominique-Jean Larrey: su vida y obra. (1ª. Parte): *Rev Hosp Maciel* 3(2): 48-53, julio-diciembre, 1998.
3. RÍOS BRUNO, Guaymirán: Dominique-Jean Larrey: su vida y obra. (2ª. Parte): *Rev Hosp Maciel* 5 (1): 27-32, agosto 2000.
4. RÍOS BRUNO, Guaymirán, BERLANGIERI, Carlos, BERRO-ROVIRA, Guido, TOMMASINO, Armando, FERRERES, Alberto R.: *Cirugía del Uruguay*: 65 (1) 6-18, enero-marzo 1995.

Montevideo - Uruguay - 4 de mayo de 2013.

TESTIMONIOS Y RECUERDOS

RICARDO VOELKER ¹

**Guaymirán Ríos Bruno:
un Adelantado del Río de la Plata**

Mis recuerdos de Guaymirán Ríos Bruno son lejanos y algo dispersos. Nunca fui un memorioso y mi aporte va a ser necesariamente fragmentario.

Mi primer contacto fue en la Cátedra de Anatomía por el año 1963, cuando presencié un teórico suyo sobre el peritoneo. Me sorprendió su visión “extra anatómica” de la anatomía. Fue, si acaso, el único docente que me hizo entrever que, la anatomía como materia, estaba al servicio de otras disciplinas como la Clínica y la Patología. En ese momento se vivía la psicosis de la “*anatomización*” del primer año de Facultad. Todo giraba alrededor de la Anatomía, materia a la que se hipertrofiaba incesantemente. Sin embargo la realidad estaba más próxima al concepto de GRB que al resto.

Luego lo encontré en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, también siendo yo estudiante. Pero realmente lo pude conocer como Médico siendo Interno de ese Departamento y *a posteriori* actuando como Cirujano de Urgencia de ese Servicio.

Era un discípulo directo (y dilecto) del Prof. Larghero. Éste había dejado una impronta que seguiría marcada en su corazón por el resto de su vida. Y hablamos del respeto al paciente, del sentimiento de solidaridad hacia el individuo que sufre, le entrega sin reservas ni mezquindades...y trasmítala toda esta exigencia al resto del equipo sanitario para que no se reparara en ninguna excusa al momento de brindar asistencia. Estos puntos cardinales guiaron su accionar noche y día y así lo inculcó a cada uno de sus alumnos. Y fue Maestro de ejemplo y de acción. Siempre estuvo al lado de sus Médicos de Emergencia y con su estoica generosidad científica.

¹ Ex Profesor Director del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

El apasionamiento y dedicación a sus pacientes quizás le jugó una mala pasada (que él supo desdenar) siendo en gran parte responsables de la génesis de su cardiopatía isquémica en edad temprana.

No era un individuo de apariencia afable. Parecía más bien un hombre duro (o endurecido). Hablaba poco de sus afectos y parecía estar interesado sólo en la Medicina.

Pero nada más alejado de la realidad. Era una coraza de la que se había munido en la vida para protegerse quizás de alguna desventura. Poder conocerlo de manera directa era un privilegio y charlar con él todo un placer. Su voz se ponía a veces temblorosa de emoción y sus ojos se humedecían cuando me hablaba de todo lo orgulloso que estaba de su hija.

Dedicó a la Facultad de Medicina toda su vida. Y se dedicó a la docencia como sólo la sabía hacer él. En cualquier hora se podía enseñar Medicina y esperábamos ansiosos sus contravisitas en la tarde o en la noche por el Departamento de Emergencia para aprovechar sus enseñanzas. Y todo paciente era adecuado para extraer alguna conclusión. Y apropiado para enseñar Medicina y Humanismo.

En oportunidades daba clases en los corredores de Emergencia o en los boxes donde estaban los pacientes. Tenía a veces un humor algo ácido. Pero eso lo usaba pedagógicamente en forma perfecta, para resaltar conceptos que quedarían más claros en sus alumnos.

Tuvo la visión que sólo los grandes individuos tienen. Creyó e inculcó que la Emergencia era una disciplina con un perfil propio. Y luchó por esa creencia. Quizás, como a todo adelantado le puede ocurrir, sus contemporáneos no dieron mucho crédito a estas ideas. Y no solo no fue apoyado sino hasta combatido e ironizado (como solemos hacer muy bien los uruguayos).

No llegó a ver el Postgrado en Emergencia, sus contemporáneos desde la Escuela de Graduados decían que no era necesario...

Pero no fue incomprendido en este solo aspecto: su postura política de individuo orejano y libre pensador también le supo cobrar peaje: estaba a la izquierda de la dictadura... y también a la derecha de la Facultad de Medicina. Y ambos se lo cobraron.

Junto a sus Profesores Agregados generó la Sociedad Uruguaya de Emergencia. Y se realizó un primer Congreso Rioplatense en conjunto con la Sociedad Argentina de Emergencia y Patología de Urgencia. Y esos Congresos se continuaron hasta el presente.

Generó el concepto de Cursos de Invierno para los Médicos del Interior. Era un Curso de Actualización en Urgencia y Emergencia de tres días para que los Colegas de Interior – durante las vacaciones de Julio – vinieran a Montevideo. Ríos Bruno sostenía que los Colegas podían venir a la Capital para traer a sus hijos a divertirse mientras ellos se actualizaban.

Y también bregó por salidas, a distintas ciudades del Interior, del Departamento de Emergencia para hacer una verdadera Extensión Universitaria. Concepto muy trillado y poco honrado en los hechos.

Fue uno de los pioneros en reconocer que el Trauma era una enfermedad de tiempos modernos y flagelo de la sociedad. Tenía una visión unicista para todo traumatizado. Y a pesar que se había formado en una escuela quirúrgica clásica disfrutaba aprendiendo y enseñando conceptos modernísimos de Terapia Intensiva. Soñó con la creación de un Centro Nacional de Trauma...

También fue preclaro en reconocer que, en la organización del Departamento de Emergencia, era todo al momento de hablar de manejo de desastres. Organizó el Plan de Desastres para el Hospital de Clínicas y organizó varios simulacros de manejo de catástrofes para aprender a organizarse. Claro que esto dicho hoy, no tiene la riqueza de su tiempo. Hoy ya nadie duda de que los desastres ocurren y que debemos estar preparados para manejarlos. Pero esto lo decía Ríos Bruno allá por la década del 70 cuando algunos de nosotros nos mirábamos siendo estudiantes y pensábamos que había mucho de "ciencia ficción" en todo aquello. El tiempo hizo justicia a las ideas de Ríos Bruno.

Recuerdo una anécdota muy jugosa de Guaymirán Ríos Bruno. En una mañana invernal en el Departamento de Emergencia entra un individuo de overol terriblemente excitado. Gritaba a voz en cuello y desencajado que un elefante le había pisado la mano. Todos los Internos de Guardia quedamos paralizados por los gritos del sujeto. Por allí estaba Guaymirán Ríos Bruno quien se acercó al hombre y nos dice: *"Sujétenlo firme: dos por cada extremidad. Es un 'delirium tremens'".* Y mandó cargar a la Enfermera una ampolla de Diazepam y administrársela endovenosa. Todo esto fue en cuestión de segundos. En menos de un minuto más el hombre entró en coma farmacológico y comenzaba a dormir plácidamente... A continuación Guaymirán Ríos Bruno comenzaba a dar su mejor teórico (recuérdese que además era Médico Forense) sobre alcohol y delirium tremens. La zoopsia del sujeto era claramente debida a la propia enfermedad.

Lo tragicómico de la situación ocurre cuando a los 10 minutos del cuadro inicial entra un segundo sujeto, con un overol igual al del primero y dice: *"No vieron a mi compañero? Trabajamos en el Zoológico de Villa Dolores y un elefante le pisó la mano"* y allí el mismísimo Ríos Bruno le quitó personalmente las amarras de venda que le sujetaban las manos al hombre y comenzó a analizar el traumatismo...

Esta anécdota no es para dañar la imagen del Maestro: todo lo contrario. Él, al igual que su Maestro Larghero, amaba la honestidad y la verdad por sobre todas las cosas. Y ambos sabían que el error siempre ronda nuestras cabezas. Guaymirán Ríos Bruno no sólo admitía sus errores: ¡hasta se reía de sí mismo! Por eso la modestia fue quizás la virtud más amada por ambos.

Y enseñó que el verdadero Universitario es siempre un Universitario. Sin importar qué lugar le tocó ocupar. Cuando Guaymirán Ríos Bruno se retira de la Facultad de Medicina es llamado por el Hospital Policial y allí encara la tarea de armar un Servicio de Emergencia con las mismas ganas e ilusión que

lo hiciera antes en el Clínicas. Y así lo hizo con todo su tesón y sin desfallecer. Allí siguió aumentando su número de discípulos.

Hoy somos muchos quienes tenemos el privilegio de haber sido sus alumnos. Nuestro Maestro vive en nosotros.

Montevideo, abril de 2013

DE NÉSTOR C. CAMPOS PIERRI ²

Primero agradecer a un gran amigo y escritor Antonio Turnes que me invitara a relatar algunos aspectos sobre la vida de este gran médico y cirujano, que en el 7mo. Congreso de Emergencia en 1994 bajo la presidencia del Prof. Dr. Ricardo Voelker se le otorgó por la Sociedad respectiva el título de Maestro de la Emergencia.

Escribo esto porque compartí con *El Chumbo* buena parte de su vida y lo tengo como uno de mis maestros de la Emergencia como así lo fueron José Trostchansky y Alberto del Campo, como muchos más, y aprovecho a decir que muchos médicos me entregaron toda su experiencia y conocimiento en forma desinteresada y gratuita, cumpliendo uno de los preceptos del juramento Hipocrático. Sería deseable que siempre tengamos los médicos compatriotas esa generosidad.

Voy a tratar de contar aquellas anécdotas que me quedaron en el recuerdo y que muchas me sirvieron para ir modelando mi ser médico, ya que las aristas científicas, humanísticas de gran valor serán señaladas por el autor de este libro.

Lo conocí a Ríos Bruno como Prosector, impartiendo clases teóricas prácticas de Anatomía cuando ingresé a la Facultad de Medicina en 1964, hace ya casi 50 años. Su presencia física grande con una túnica larga que llegaba más allá del tercio inferior de la pierna, no muy blanca, en los pequeños salones con gradería, donde veíamos parados las piezas anatómicas.

Con otros compañeros de Salto, de donde veníamos y con el entusiasmo del comienzo de la carrera y sentirnos como muy mayores, ya que vivíamos solos en las pensiones cerca de la Facultad, en Agraciada y San Martín, que hoy somos definidos como la generación *boomers boy*, los que

2 Cirujano e Intensivista, fundador del SEMM, Presidente del Centro Médico de Salto, Presidente del Congreso Uruguayo de Cirugía (1998), Profesor Agregado de Cirugía en la Regional Norte de la UDELAR, Miembro del Consejo de la Facultad de Medicina por el orden de Egresados. Miembro (Fellow) del American College of Surgeons (FACS).

nacimos al final del 1945-46, luego que se dispararan las bombas atómicas en Hiroshima y Nagasaki. Casi al comienzo *El Chumbo* nos decía: *Empiezan la carrera de la profesión más apasionante, hermosa y humana, pero para Uds. se terminaran los bailes, la vida en sociedad y los feriados, el médico debe entregarse a su profesión y a sus enfermos con todo.* Me acuerdo que codeé a un amigo y le dije, ¡¡¡dónde nos metimos!!! Luego de haber pasado varias décadas de médico, realmente *El Chumbo* tenía razón en casi todo lo que nos dijo y qué agradecido estoy, ya que nos había dicho desde el inicio qué es el ser médico, ya que estudiar Medicina y ser un profesional son cosas diferentes, cosa que los estudiantes cuando comienzan no lo tienen bien claro.

Comencé mis guardias como *Leucocito* (denominación empleada en la jerga para el estudiante que iba a la guardia de un Practicante Interno que lo aceptaba; Interno de los viejos, símil al Internado francés) en 1967, en el majestuoso Hospital de Clínicas, y en 1968 siendo Ríos Bruno cirujano de guardia (Prof. Adjunto G3), Federico Nusspaumer practicante interno (que posteriormente fue grado 2 de Cirugía del Prof. Walter Suiffet, terminando como cirujano en Rivera, habiendo fallecido joven) y yo como leucocito de la guardia, fuimos a operar un traumatismo de raíz de muslo que había producido una isquemia aguda del miembro inferior correspondiente. Cuando terminamos la operación, siendo una trombosis por contusión arterial la causa de la isquemia, me dice *El Chumbo* tenemos que presentar este caso en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, ya que la trombosis post traumática no es muy frecuente como en este caso que había sido por un gancho de estibador en el Puerto; se presentó el 8 de octubre de 1968. Ahí comenzó mi amistad más cercana al *Chumbo*, íbamos a la biblioteca a buscar fichas, leíamos y escribíamos, haciéndolo en los salones de la Morgue en la Facultad, ya que Ríos Bruno además de cirujano era Médico Forense.

Yo como todos los estudiantes andábamos en ómnibus con el boleto especial, *El Chumbo* me llevaba en un Peugeot 203, que siempre me llamaba la atención, que el suelo y los asientos del mismo estaban repletos de libros y apuntes, así como propaganda médica. Yo como era de campaña le decía que en cualquier momento de aquel auto iba a salir una *yara* (víbora venenosa que vive en los matorrales). Él se reía porque también había venido desde el interior, cuando pasó su infancia en Soriano.

Le dije que cuando fuera a preparar el Internado él debía ser uno de los que me daría encares.

Cada uno siguió la actividad; comencé en ese año a concurrir como honorario al Laboratorio de Cirugía Experimental dependiente de la Cátedra

de Patología Quirúrgica, siendo el Jefe de trabajos prácticos Uruguay Larre Borges, posteriormente en 1977 se transformó en el Departamento Básico de Cirugía como hasta la actualidad.

Comenzó 1970 y un grupo que formamos para preparar el internado, con Luis “Yuyo” Tamborindeguy, José “ Negro” Pereira, Pedro “Negro” Arburúas, Graciela González, Susana Fross, Elsa Mariatti, Pedro “Coco” Porto, y desde que comenzamos le pedimos al *Chumbo* nos diera encares de Cirugía; también otros cuantos cirujanos nos daban encares, que no los nombraré por temor a olvidarme alguno.

El Chumbo tenía una particularidad en sus encares que nos hacía construir desde abajo a efectos que el conocimiento se fuera afirmando en conceptos claros, aceptados en la época, por ejemplo la diferencia entre insuficiencia circulatoria periférica y shock, que gracias a ello nos permitió sacar unos puntitos más en la prueba. A veces pasábamos varios “encares” (reunión de los concursantes con el docente “encarador”) con la misma historia y no veíamos otra hasta que comprendiéramos bien el concepto vertido.

Recuerdo cuando le presentábamos la historia clínica encarada por nosotros, ya que primero la discutíamos con el grupo de compañeros estudiantes y después se la llevábamos para que nos la corrigiera. Se la leíamos y en la mitad de encare se paraba y nos hacía la venia; entonces sabíamos que habíamos “metido la pata”, ya que nos decía que éramos como el capitán del barco que cuando éste se hundía, el capitán erguido y haciendo la venia se hundía con el barco.

Entramos de Internos, y posteriormente *El Chumbo* paso a grado 4 Profesor Agregado, por lo que no hacía más guardia pero iba todo los días a pasar visita y a veces contravisita en las tardes. El otro agregado del área quirúrgica de Emergencia era Julio Mañana Cattani. \

En esa época comencé a preparar el Grado 2 de Cirugía, asistentado, que le llamábamos Jefe de Clínica, tomando la antigua denominación francesa.

Permanecí en el Departamento de Emergencia muchos años, diría que desde 1967 como leucocito hasta el 18 de enero de 1978 que renuncié para volver a mi querido Salto natal.

Fui Interno de diferentes Clínicas del Hospital, y hacíamos la guardia cada nueve días siendo 6 Internos, 2 Médicos de Guardia y 2 Cirujanos.

Durante casi 1 año y medio fui Interno de la Emergencia, en el cual íbamos todos los días y hacíamos la guardia correspondiente cada 9 días.

Julio Mañana quedó encargado transitoriamente del Servicio y luego el Consejo lo nombra a Guaymirán Ríos Bruno como Profesor Grado 5. En esa época yo era Asistente Grado 2 de la Clínica Quirúrgica B del Prof. Jorge Pradines, quien también había sido maestro del *Chumbo*, ya que éste era el *leuco quirúrgico* de Pradines, cirujano de Guardia del Maciel. El *Leuco quirúrgico* era el cirujano joven que iba aprender la Emergencia con el cirujano titular.

Siendo ya *El Chumbo* el Director de la Emergencia, los cirujanos de guardia eran:

Lunes: José Trostchansky y Agustín D'Auria
 Martes: Luis A. Gregorio y Federico Latourrette
 Miércoles: Luis Cazabán Perosio y Nelson B. Varela
 Jueves: Alberto del Campo y Manuel Albo Volonté
 Viernes: Manlio Chizzola y Gonzalo Maquieira
 Sábados y Domingos rotatorios

Yo "*leuquiaba*" como cirujano los lunes y los jueves, y además hacía mi guardia de Interno. Ya que había decidido volverme a Salto y necesitaba hacerme de experiencia lo más rápido posible. En aquellos años de un internado prolongado me permitió estar bastante tiempo en la Emergencia del Clínicas que era, en esa época, la mejor de Montevideo. Siempre decíamos que si teníamos un accidente o cualquier problema urgente que nos llevaran ahí.

El Chumbo me pidió que le diera instrucción a los estudiantes que pasaban por la Emergencia ya que con el plan de estudios era curricular concurrir allí, para aprender todas las maniobras básicas, como inmovilizar un miembro fracturado, vendajes, cuidado y lavado de una herida, vías venosas (época de la descubierta de la basílica en el brazo), etc. Ya que muchas de esas cosas se aprendían mirando pero no había algo curricular.

El Chumbo era un docente nato, siempre enseñaba, su pasada de visita al comenzar la guardia de cada día recorriendo los boxes con los médicos y practicantes que cambiaban a las 8 de la mañana y el área de internación que fue creada en esa época, era muy buena y se aprendía mucho. Un día llegué tarde y cuando comenzó el pase de visita, yo no estaba y *El Chumbo* pregunta, ¿y el Gordo Campos dónde está?, contestan que no me habían visto y él dice "*claro el Gordo Campos como ahora se va a ir vivir afuera (Salto) le interesa solo el precio de la alfalfa*". Al poco tiempo llego a la Emergencia y uno me

cuenta que *El Chumbo* había preguntado por mí y cuando me ve me dice “¿Y vos dónde estabas?”; yo le contesto que estaba averiguando el precio de la alfalfa y él me dice que con todos los alcahuetes que hay en este Servicio no se puede trabajar más y nos reímos juntos.

Me tocó compartir con él, el período que *El Chumbo* hace un infarto de miocardio siendo joven todavía, lo internan en el Sanatorio 2 del CASMU, ya que en aquella época no existían cuidados intensivos e inclusive muy pocos infartos se internaban. Después íbamos a verlo a su casa; en esa época vivía en una casa en Punta Carretas y tenía una hamaca en el frente. Allí nos sentábamos y conversábamos mucho. Una vez me acuerdo fui con Luis “Yuyo” Tamborindeguy que éramos compañeros de guardia y además *El Chumbo* nos había preparado para el Internado. Cuando le dan el alta y comienza nuevamente a trabajar, yo lo empiezo a ayudar a operar, sobre todo en el Hospital Español por una desaparecida mutualista, Asociación de Empleados Civiles de la Nación que su sede estuvo hasta su cierre en Bulevar Artigas y Maldonado. Nisso Gateño, que había sido su *leuco* de cirujano en el Clinicas, era su ayudante principal y conmigo hacíamos la dupla.

Una anécdota

Una de las mejores anécdotas de Ríos Bruno, corroboradas por mi Profesor de Cirugía Jorge Pradines, es la que paso a contar: Era la época que el Presidente de la Republica era Luis Batlle Berres, Pradines era en ese tiempo cirujano de Guardia del Hospital Maciel y *El Chumbo* era el *leuco de cirujano*. Frente a Casa de Gobierno en la Plaza Independencia una barra de muchachos tuvieron un problema con un custodio y éste le produce una herida de arma de fuego. Enterado Batlle Berres llama telefónicamente al Hospital Maciel y cuando se comunica al cuarto del Cirujano, *El Chumbo* lo atiende y le dice que es el Presidente, creyendo que era una *cachada* (burla o *joda*), *El Chumbo* le contesta mal diciéndole que él era Einstein y le corta, Batlle llama 2 o 3 veces más recibiendo siempre la contestación incorrecta y peyorativa por parte del *Chumbo*.

Inmediatamente llama el Dr. Julio César Estrella que era el Ministro de Salud Publica y pide para hablar con Pradines como jefe de la Guardia ya que lo conocía y le pregunta quién había contestado mal e insultado al Presidente y ¡¡¡ahí se dan cuenta que era verdad!!!.

En ese momento llega el herido a la puerta de la Emergencia, habiendo un gran alboroto entre periodistas y curiosos por lo que *El Chumbo* le dice a

Pradines *¿y ahora con toda esa gente cómo vamos hacer para trabajar?*, Pradines le dice dejámelos a mí. Cuando ambos llegan a donde estaba toda esa gente, Pradines con voz fuerte les dice: *muchachos vamos a precisar donantes de sangre* y no quedó nadie, pudiendo así trabajar y curar al herido.

DE JAIME SZNAJDER ³

Tengo para comentar algo que no sé si lo escribieron antes. Cuando él me pide más como una orden del pedido de la Embajada de Israel de organizar un equipo para el cuidado del viaje de David Ben Gurión, el fundador del Estado de Israel a Uruguay, en 1969. Como yo era el presidente de la Asociación de profesionales sionistas y director en esa época del sanatorio N° 2 del CASMU, para tener una habitación vacía, en previsión por si pasaba algo ya que había noticias de un ataque a su persona en su vuelo por SAS que se cambió para Alitalia.



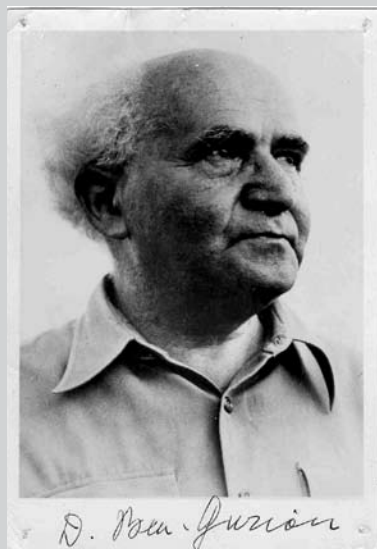
Jaime Sznajder presentando a David Ben Gurión, durante su visita a Montevideo en mayo de 1969.

Formó todo un equipo médico para asegurar cualquier problema y se tomó unas vacaciones para dirigir ese equipo.

Ese fue *El Chumbo*: una garantía en sus obligaciones de médico y así estuve en contacto diario para el tema. Pude como director disponer una habitación que teníamos “en pintura” por cualquier eventualidad que necesitáramos.

³ Médico uruguayo, ex Director de Sanatorios del CASMU, ex Subsecretario de Salud Pública (mayo - agosto de 1968). Reside en New York desde 1975.

David Ben-Gurión (Plonk, Polonia, 16 de octubre de 1886 – Sedé Boker, Israel, 1º de diciembre de 1973) fue un líder sionista, sindicalista, periodista, político y estadista israelí. Primer Ministro de Israel entre 1948 y 1954 y nuevamente entre 1955 y 1963. Fue uno de los principales mentores del Estado judío y quien proclamó oficialmente la Independencia del Estado de Israel el 14 de mayo de 1948. Visitó Montevideo en mayo de 1969, oportunidad de la anécdota de Jaime Sznajder y la participación de *El Chumbo* en organizar la atención de Emergencia para ese evento.



DE MENDEL WOLYVOVICS ⁴

La personalidad de este anatomista-cirujano-médico legista creo no tiene su similar en el ámbito médico uruguayo. De Anatomía, estaba en sala 1, allá por el año 1956. Recuerdo que los alumnos lo adoraban.

En el Pasteur *El Chumbo* era jefe de clínica en tiempos que “*el perro*” Pradines ajustaba las tuercas de todo el mundo para que Larghero no entrase en cólera!! Fui externo en el Pasteur en la Clínica de Fernando Herrera Ramos y ahí teníamos “nuestro perro” ya que a Walter García Fontes también así lo apodaban (y con razón!!)

En Medicina Legal nos enseñaba necropsias en tiempos de Héctor Castiglioni Alonso y era bueno. Personalmente, y hasta risueño resulta, que mi primer diálogo “*tête a tête*” con *El Chumbo* lo tuve en Israel. Un viernes a la tarde (el sábado uruguayo) estaba yo frente a la computadora (año 1978!!) luchando para poner los datos de los cateterismos efectuados dos días antes y calculando áreas, gastos cardíacos y demás. En eso aparece Feldman y me dice “te traigo de visita un uruguayo”. Era en el Hospital *Tel Hashomer*. Y era *El Chumbo!!!*. Gran emoción. Me preguntó lo qué estaba haciendo y comencé a explicarle. Al poco rato me interrumpe y me dice *Pará, hermano. Para mí es bastante. Ya me doy cuenta que no podría venir a trabajar aquí!!!!* Era la voz de un cirujano destacado en 1978. Nos abrazamos y nos despedimos. No tuve más contacto.

⁴ Cardiólogo uruguayo (de Mercedes), radicado hace 35 años en Tel Aviv, Israel. Integrante del plantel médico del primer CTI uruguayo, en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en abril de 1971.

DE MANUEL BIRENBAUM ⁵

Por supuesto conocí al *Chumbo* en los diferentes aspectos de su carrera. Recuerdo que en una de las guardias en que yo era interno y él cirujano de guardia, contó que viajando en su pequeño Renault (no sé cómo hacía para entrar en él) tuvo un altercado con un chofer de ómnibus. El chofer le empezó a insultar a gritos. *El Chumbo* con toda tranquilidad para el coche al lado del ómnibus para enfrentarse con el insultante chofer. Este ve cómo *El Chumbo* sale del coche, sale y sale y no termina de salir. Cuando el citado chofer ve su tamaño le dice aterrorizado: "Disculpe señor, no me había dado cuenta que era usted tan grande".

APUNTES DE UNA ENTREVISTA CON UN ALUMNO Y COLEGA DE *EL CHUMBO* ⁶

No quiso que su nombre apareciera. Lo conoció como su Disector cuando ingresó a la Facultad, en el último año que ejercía la Cátedra el Prof. Dr. Humberto May.

Entre los recuerdos que desgranó, varios vinculados a su visión como Director de Emergencia y experto en Emergencias.

En 1982, ocasión en que desde el 2 de abril se desplegó la Guerra de las Islas Malvinas (entre la Argentina encabezada por el Teniente General Leopoldo Fortunato Galtieri, de triste memoria y el Reino Unido encabezado por la Primera Ministra Margaret Thatcher), *El Chumbo* Ríos encabezó el operativo local para tomar previsiones sanitarias.

En 1983 hubo persecución a un médico judío, que fue marcado con esvásticas en su piel, y se fue del País. La Comunidad Judía organizó un esquema defensivo. Para sorpresa de este hombre, que ya era médico y trabajaba intensamente, fue provisto de un mecanismo de seguridad, por muchos días, que lo llevaba a su trabajo y lo devolvía custodiado a su casa. Cuando un día lo llevaron a entrevistarse con el grupo que había dispuesto las medidas de seguridad, encontró que estaba presidido por su viejo disector, *El Chumbo* Ríos.

Una mujer vivía en el Parque Batlle y Ordóñez, en un edificio de tres plantas. Su esposo fue asesinado en un corredor de su casa, por desconocidos. Eran sobrevivientes del Holocausto. Fue un homicidio no aclarado. La señora, de 72 años, luego del asesinato de su esposo, estaba internada en un sanatorio mutual por un cuadro de angustia con componentes delirantes: pedía por su mamá. De pronto, estando el médico asistiendo a la paciente

⁵ Pediatra y Neonatólogo uruguayo, residente en Tel Aviv desde hace 40 años.

⁶ Entrevista realizada el 2 de julio de 2013.

en el sanatorio, ingresan a la habitación *El Chumbo* acompañado de cuatro individuos y custodia. Buscaba que la señora reconociera a alguno de los imputados. Desde luego, en el estado en que se encontraba, ella no pudo reconocer a ninguno, o más bien, los reconocía a todos. Nada seguro. Se retiraron, *El Chumbo*, los sospechosos y sus custodias, respetuosamente.

En el Hospital de Clínicas se hacían por los años 70 unos Ateneos Generales, muy ricos, con un Comité organizador que estaba integrado por los Dres. Miguel Ángel Cat, Miguel Ángel Sica, y Roberto Perdomo, entre otros. Se realizó uno sobre el CTI. Había avanzado el ateneo, y casi sobre el final, *El Chumbo* pidió la palabra y dijo que quería fundamentar la importancia que tenía el CTI. Él lo había probado y estaba allí vivo gracias a él. Dijo que no lo quería volver a vivir nunca más, pero *Estoy aquí por ellos*, señaló.

SUS ALUMNOS DEL COLEGIO YAVNE

Pocos conocían que *El Chumbo* había dictado clases de Historia Natural en Preparatorios del Colegio Yavne, en Montevideo, en sus comienzos. Apenas supieron algunos de aquellos antiguos discípulos de la preparación de este libro de homenaje, quisieron refrescar los recuerdos que les dejó este Maestro. Que a través de su método pedagógico de avanzada motivaría que algunos de ellos abrazaran con pasión la Medicina. Hoy son destacados médicos y docentes en diversas partes del mundo. Por eso vienen aquí los testimonios y anécdotas de Jaime Grodzicki, Daniel Tumiansky, Diego Saporta, Ricardo Gajstut y Daniel Igal Nuchovich.



DE JAIME GRODZICKI ⁷

El propósito de este artículo es compartir con los lectores facetas poco conocidas del Prof. Dr. Guaymirán Ríos Bruno (conocido como el *Chumbo* Ríos).

El Dr. Ríos tuvo una enorme influencia en un grupo de estudiantes adolescentes de Preparatorios del Instituto Yavne desde su fundación en el

⁷ El Dr. Jaime Grodzicki es médico psiquiatra, actualmente trabaja en práctica privada en Manhattan, Nueva York. Es especialista en Psiquiatría de niños, adolescentes y adultos. Se sub especializa en Medicina de Adicciones y es docente en *New York University* y *New York Medical College*.

año 1969 hasta 1971. Yo tuve el enorme privilegio y honor de ser parte del grupo inicial de alumnos interesados en la Carrera de Medicina.

Descubrimos que el apodo *Chumbo* se relacionaba con su afición por las armas de fuego, pero tal vez tenía algo que ver con su puntería diagnóstica como médico, cirujano, y experto forense.

Yo estaba cursando mi primer año de preparatorios en la carrera de Arquitectura. Un desafortunado accidente automovilístico influyó en mí de tal manera que provocó una transformación vocacional. Decidí estudiar Medicina y es mi pasión profesional.

El *Chumbo* fue mi profesor de *Historia Natural* durante el segundo año de preparatorios. Tengo todavía grabada la imagen del Dr. Ríos caminando por el patio del Instituto Yavne, con su porte profesoral, un poco desaliñado, de pasos largos, firmes y seguros, un poco apurado, una mirada profunda y penetrante detrás de sus anteojos, cargando sus materiales en su bolso negro colgado de su hombro derecho. Y así se dirigía a su modesto Peugeot 203 para transportarse a lugares probablemente más importantes. Por lo menos así yo lo creía.

Este “encuentro” con el *Chumbo* durante el tiempo de formación en el Yavne fue inolvidable y decisivo en mi vida y en la vida de todos aquellos alumnos que estuvieron expuestos a su figura. Y lo sigue siendo después de cerca de medio siglo de haberlo conocido.

Nunca sabremos las razones que lo llevaron a aceptar ser profesor de Historia Natural en el naciente Instituto Yavne, primer preparatorios judío-uruguayo.

El Dr. Ríos marcó su historia y hoy lo vivo como un acto de nobleza, humildad y enorme generosidad humana.

Las clases de *Historia Natural* consistían en seguir un programa pre-establecido por el Consejo Nacional de Educación Secundaria. La exigencia básica era estudiar los temas y completar el *bolillado* (lista de temas necesarios para aprobar el examen final). Las clases eran entretenidas, interesantes y por lo demás muy activas.

No creo que ninguno de nosotros nos acordemos mucho de los temas; pero casi todos pasamos el examen sin ningún problema.

Una anécdota que me contó Ricardo [**Gajstut**], alias *Gato* y hoy farmacéutico, nos sigue provocando sonrisas. Ricardo estudiaba poco, era *payador* y todos lo conocíamos por su chispa. El *Chumbo* le pregunto cuáles eran las

fases de la digestión. Obviamente él sabía que Ricardo no estaba bien preparado. Ricardo empezó titubeando y pasó a describir la salivación, luego habló de la masticación y se quedó allí, trancado, sin poder seguir. El *Chumbo* que lo escuchaba apoyando su cabeza sobre su mano derecha, esperaba... El *Chumbo* le preguntó qué proceso seguía. Al no responder, el Dr. Ríos le dijo: “¿no será la tragación?” Hubo una carcajada espontáneamente generalizada en la clase. Ricardo entendió que tenía que estudiar y así lo hizo.

La mayor influencia que tuvo el Dr. Ríos fue a través de experiencias, actividades y estudios extra-curriculares.

Diego [**Saporta**], otro de sus alumnos y gran compañero, me comentó: *“El Dr. Ríos jugó un papel importantísimo en la vida de muchos de nosotros, pues ayudó a que amáramos la carrera de Medicina (a los que sabíamos que queríamos continuar por esa senda) y aumentar y fortalecer la decisión para otros que no lo tenían claro, darles el ímpetu necesario para volcarse a ella. El Dr. Ríos nos enseñó la belleza y armonía de la Naturaleza, dándonos la idea del desarrollo de la enfermedad cuando la homeostasis falla. Recuerdo que siempre salía una enseñanza de cada situación que se discutía con él.*

Ver trabajar al Dr. Ríos era como ver a un artista pintar un cuadro. Para mí, observar a un buen cirujano abrir y cerrar un cuerpo humano provoca un gran sentido de admiración”.

Diego es ahora un especialista en Otorrinolaringología, entrenado en la Universidad de Columbia. Es un profesional de mucho éxito y ha hecho miles de cirugías.

El Dr. Ríos nos introdujo al mundo que yo llamo *Medicina Real*, la medicina que no está en los libros, que se transmite por generaciones e incluye el arte más allá del conocimiento.

Él nos invitó y nos llevó a la Morgue en la Facultad de Medicina y durante las autopsias nos explicaba los hallazgos forenses. La experiencia de “ir” a la Facultad siendo un estudiante de Secundaria amplificó nuestro deseo de seguir la carrera. Nadie puede negar que estar en la Morgue, observando cuerpos de personas recientemente fallecidas implica un fuerte choque emocional. Entre otras cosas, la Morgue desprende un olor muy penetrante y desagradable que puede llegar a ser insoportable. Uno de los que más sufrió fue Igal, que después, irónicamente, fue un destacado disector en la cátedra de Anatomía y sigue practicando medicina de emergencia en el Estado de Florida, USA. Daniel [**Tumiansky**] (otro compañero del grupo) contó que *“el olor era tan horrible que me ponía perfume, me sacaba el apetito, no comía por días y sentía que tardaba semanas en irse”.* En la Morgue fue la

primera vez que vimos, con tanta crudeza, el resultado físico del fin de la vida. Diego recuerda que el Dr. Ríos explicaba la patología o el resultado del accidente que llevó al desenlace final con una idea positiva. *“Incluso de los muertos uno aprende”* decía el Chumbo. Éramos muy jóvenes para entender la profundidad de su pensamiento, pero hoy lo vemos con más claridad.

El Dr. Ríos también nos invitó a observar sus intervenciones quirúrgicas. Asistíamos en grupos de a dos o tres a observar cirugías en hospitales donde él trabajaba. Recuerdo estar sentado con otros compañeros de clase en el anfiteatro que estaba en el piso superior a los quirófanos en el Hospital de Clínicas. Nos resultaba fascinante observar al Dr. Ríos y a sus colegas efectuar operaciones y salvar vidas. Su actividad empezaba siempre muy temprano y estábamos prontos a las 5 o 6 de la mañana para presentarnos en el quirófano. Allí aprendimos a vestarnos con el atuendo necesario, a lavarnos las manos y antebrazos con cepillos duros por 10 o 15 minutos, a ponernos los guantes y aprendimos especialmente a no estorbar. Aprendimos las reglas no escritas, disfrutábamos de los diálogos, entendimos el lenguaje y la terminología, conocimos los instrumentos quirúrgicos y sus diferencias, los gestos de comunicación y los movimientos mientras observábamos las técnicas quirúrgicas.

Yo lo vivía como una ceremonia, con profundo respeto y máxima seriedad. Aunque habían situaciones y comentarios graciosos y chistes para aflojar las tensiones.

Daniel (todavía adolescente) perdió a su madre en un accidente automovilístico en 1971. Un taxista la atropelló cuando estaba apenas saliendo de su auto. Daniel es único hijo y su madre representaba casi todo su mundo. *“Cuando mi mamá falleció, el Chumbo me sacó del pozo. Él me ayudó a elaborar mi duelo. Todavía me acuerdo de lo que me dijo”* me comentó Daniel con un tono profundamente emocional.

El Dr. Ríos pasaba a buscar a Daniel por su casa *“todos los miércoles a las 5 de la mañana para llevarme a las operaciones. Mi padre me preguntaba si yo estaba loco. Pero era muy importante para mí ir al Hospital, estar, escucharlo y tener mis conversaciones con él”*.

Nos invitó a participar en las guardias de Emergencia en el Hospital de Clínicas en calidad de observadores. Los médicos internos y asistentes de clínica e incluso estudiantes avanzados de medicina apodados *leucocitos* (pues se movían de un lado a otro con sus túnicas blancas) nos proveían de información básica y fundamental y nos mostraban procedimientos que aumentaban nuestra motivación. Desde Preparatorios y luego en la Facultad nos ubicamos en las rotaciones/guardias de emergencia en el Hospital de

Clínicas cada 9 días. Ya siendo estudiantes de ciencias básicas en la Facultad, Daniel me comentó que el Dr. Ríos consiguió el permiso de los profesores de otras cátedras de ciencias básicas en la Facultad para que lo eximieran de clase los días adjudicados de guardia por 24 horas. “El Chumbo *chequeaba cada vez mi asistencia a las guardias*”, me dijo Daniel.

Nos sugería leer bibliografía médica, nos explicaba las bases del diagnóstico médico (semiología) y el razonamiento clínico y nos introdujo desde muy temprano a la vida clínica diaria. El haber experimentado y haber estado expuesto a la *materia clínica* nos facilitó el aprendizaje de las materias básicas. El Dr. Ríos nos daba fuerza para continuar aun cuando aparecían obstáculos sin aparente solución.

Diego cree que la Medicina para el Dr. Ríos era una forma de vida. Diego me dice: “*su dedicación era total y su entusiasmo interminable. Y hoy, muchos años después y siendo un médico veterano muy aplicado y diría exitoso, no termino de admirar su dedicación inquebrantable y su sabiduría. El Dr. Ríos lograba observar la naturaleza humana y obtener un diagnóstico no solo de la enfermedad y de las causas de muerte, sino también un entendimiento de la naturaleza humana*”.

Percibo al Dr. Ríos como un visionario en términos pedagógicos. He aprendido que las Facultades de Medicina más destacadas resolvieron que la integración de las materias básicas con las clínicas mejora el aprendizaje de Medicina. Los estudiantes aprecian y estudian con más profundidad. Pero 40 años atrás ese no era el concepto prevalente en la educación médica. El Dr. Ríos lo hizo realidad en todos nosotros mucho antes que se aplicara y se demostrara efectivo en Universidades como Harvard, Yale, Stanford y muchas otras.

Nos invitaba ocasionalmente a su casa, donde conocimos a su esposa Aída Oliwensztein (una mujer excepcional) y a sus tres hijos: Gonzalo, Andrés y Fabián. Aída era una pediatra de primera línea. Ella trabajaba en el Hospital *Dr. Pedro Visca*. Gonzalo (su hijo mayor) es cirujano en Montevideo y seguimos manteniendo una amistad de muchos años. Andrés se radicó en Estados Unidos donde se estableció con su familia. Fabián se formó y vive con su familia en Israel.

El *Chumbo* se transformó muy rápidamente en nuestro guía, nuestro modelo, con un estilo de apoyo y estímulo magistral. De alguna manera él creó en nosotros una imagen paterna. Sin temor a equivocarme, él nos conocía más (en muchos sentidos) que nuestros propios padres.

Nos empujaba a estudiar y a disfrutar del estudio. Su estilo docente era claro, descriptivo y metafórico. El *Chumbo* era *canchero*, nunca fue arrogante.

Destilaba modestia pero era clara la enormidad de su conocimiento. Siempre me impresionó su jerarquía profesional. Nos enseñó respeto y a respetar al individuo (vivo, anestesiado o muerto). Él tenía una rara habilidad de estar muy cerca de uno y a la vez mantener una distancia segura. No escatimaba en darnos consejos. Nos dio visión de futuro, un concepto muy firme de humanismo, honestidad y moralidad no negociables.

El Dr. Ríos fue una constante fuente y fuerza de inspiración.

Claro que sus expectativas eran mucho más elevadas que dar un curso en Enseñanza Secundaria de *Historia Natural*.

El Dr. Ríos creó una iniciativa de ayuda a los más necesitados. Nos estimuló a organizar una actividad comunitaria y conseguir ropa, alimentos, juguetes y dinero. Él se conectó con el Orfanato de Montevideo y ofrecimos todo nuestro esfuerzo y los resultados de nuestro trabajo a los huérfanos durante un domingo de tarde. Llevábamos comida, bebidas, cubiertos, bandejas y mucho buen humor. Entregábamos los juguetes y ropa. Dimos el dinero a los administradores. Recuerdo el agradecimiento y las caras de alegría de niños que no tenían el privilegio de una vida normal. La sorpresa de ver a un niño con una camiseta de fútbol de su cuadro o de juguetes que nunca vieron.

El *Chumbo* trajo a su hijo menor Fabián y ambos participaron de la fiesta. Era una manifestación de *Caridad*.

Esa forma de educar compasión, tolerancia, generosidad, no la he visto en ningún otro docente en mi ya larga trayectoria, ni como estudiante, ni como médico, en ningún país en los que he vivido. La experiencia fue tan potente que aún la recuerdo con nostalgia. Y al recordarlo me invade la admiración por ese ser humano tan especial que fue el Dr. Ríos Bruno.

Nos ayudó a organizar un sistema de alerta y protección en el Instituto Yavne por si juventudes antisemitas amenazaban o intimidaban a alumnos menores del Liceo (que en aquellos tiempos no era tan infrecuente) y llamar a la Policía o a padres o a administradores, de ser necesario. Nos enseñó a defendernos, nos explicó las razones y aprendimos que todavía existe odio irracional y discriminación derivados de la ignorancia.

El Dr. Ríos escribía artículos en el *Semanario Hebreo* bajo el seudónimo de Matatias Naharot (la traducción de su nombre en hebreo). En sus artículos se explayaba sobre la Biblia, la fe y los valores de vida judíos que él adoptó para sí y su familia.

El *Chumbo* hizo una inversión emocional e intelectual en todos nosotros. Fue tan exitoso que su actitud ha quedado fijada en nuestras vidas personales y profesionales.

¡Qué pena saber que estos modelos de sabiduría escasean tanto en esta época donde más se necesita nuestra perspectiva espiritual y humanística frente a lo materialista y excesivamente tecnológico!

Una vez ingresados en la Facultad de Medicina, él siguió nuestra trayectoria y el contacto a través del tiempo continuó. Nos asesoraba, nos guiaba, nos ofrecía su experiencia y a veces contactos para maximizar nuestra capacidad de éxito. Fue una época de altibajos y conflictos políticos que transformaron la Universidad por más de una década hasta que la democracia volvió a reinar. Los cambios académicos y nombramientos profesionales y académicos fueron manchados por ribetes revanchistas y tintes políticos. El *Chumbo* tuvo que navegar el sistema en la Facultad de Medicina plagado de revanchas políticas y “empujones” académicos con sabiduría y prudencia.

La gran mayoría de nosotros nos recibimos de médicos. Algunos siguieron en el Uruguay y la mayor parte resolvimos emigrar. Estamos dispersados por varios continentes pero conectados de muchas maneras. Cuando llamo a mis compañeros, en cualquier lugar que estén, y el *Chumbo* Ríos entra en la conversación o temática, se nos presenta una imagen imponente de autoridad multidimensional que nos une. Es la estela de un hombre que logró trascender su vida en todos nosotros.

Durante el último año de su vida, cada vez que volvía yo del exterior lo llamaba por teléfono. Estaba bastante enfermo. Su voz era tenue, débil. Él ya no aceptaba visitas y me pidió disculpas. No pude verlo antes que se fuera de esta vida. Tampoco pude despedirme. Nunca lo haré porque él sigue vibrando en mi alma y en la de todos nosotros.

El Dr. Ríos siguió siendo nuestro gran Maestro hasta el final de sus días. Todos lo recordamos con admiración, respeto y honramos su memoria.

Dr. Jaime Grodzicki
Nueva York, 31 de julio 2013

DE DANIEL IGAL NUCHOVICH ⁸Cita con *El Chumbo*

–Mmm... A ver, a ver, ... ésta parece fresquita –dijo *el Chumbo* Ríos levantado la tapa del cajón.- Ah, sí, una sonrisita?, sí?... mmm... no,... no... está medio pasadita.

Cerró el cajón, desde donde el olor fétido de una mujer, que había perdido la vida hacia ya largos días, nos obligó a una retirada masiva de esa antesala del infierno que se llamaba la Morgue.

Allí estábamos parados, Jaime, Martín y Diego, hoy en New York; el Gato, Esther y Marcos, hoy en Israel, Cati y la otra Esther, que viven en Argentina, Raúl, que ni sé por dónde anda, y yo, que vivo en el condado de Palm Beach, Florida, USA. Sí, hoy andamos desperdigados todos. Cada uno con un distinto presente; pero con un pasado común ligado en parte al Profesor Guaymirán Ríos, *El Chumbo*, parte de ese pasado que de una manera u otra nos formó. Y qué profesor! Galante, verborrágico, un mar de cultura y sabiduría.

–Mmm... A ver ésta?... Sí, parece bien. –Y levantó la cabeza para mirarnos, diciendo –eh!!!, vengan, vengan, que ésta no huele.

Congelados allí en el patio, no nos animábamos a entrar. Nos apoyábamos uno en el otro, agarrándonos del brazo, tratando a la vez de ser fuertes pero tratando que fueran los otros que entraran primero.

El Chumbo corrió la tapa del cajón con gran maestría (mezcla de verdugo y docente), y revisó la cara de la difunta.

–Sí, sí, está bien – dijo poniendo la tapa en otra mesa, trayendo un cuchillo espantosamente enorme y empezando a cortar la mortaja.- ¡Vamos, entren... entren muchachos!

No había escape. Parecía obligación, y estábamos convencidos de que el que no entraba y se enfrentaba con la muerte misma, no pasaría Preparatorios, y, para peor, no podría entrar en Facultad.

⁸ Como disector de Anatomía me hice luego visitante y luego ayudante en la Morgue, y asistí a varios de los forenses y profesores. Me recibí en 1980. En 1982 salí de Montevideo a trabajar tres años en el *Miami Heart Institute*. Mientras tanto rendí el ECFMG y el VQE y logré entrar a cumplir mi internado en la *Chicago Medical School*. Luego cumplí mi residencia en *University of Illinois* y cursé los cursos de trauma, cardio, intensivismo, y me hice médico de emergencia. En 1992, cansado de los inviernos de Illinois, me vine de nuevo a la Florida a trabajar en el *Palm County Public Health Departament*. Seguí trabajando también como médico de emergencia en varios hospitales de Florida. Finalmente me serené y abrí mi consulta de práctica privada, donde aquí estoy. Recientemente publiqué un libro, *The Palm Beach Pain Relief System*, el cual se ve en *Amazon*.

Tomé coraje y dí un paso adelante, flanqueado por Jaime y el Gato. La muerta, por suerte fresca, yacía desnuda todo a lo largo del cajón. Su desnudez se combinaba con su falta de vida y ambos hechos hacían que toda esa imagen fuera espantosa.

Otros compañeros se acercaron a compartir nuestra suerte. No podíamos hablar, nos pasábamos tabaco.

¿Cómo habíamos ido a parar allí?

Éramos todos alumnos del Colegio Yavne, allí en el barrio Sur, y estábamos cursando Preparatorios de Medicina. *El Chumbo*, un impresionante individuo, de voz gruesa y cautivante, atropellador, con una cultura médica enorme y un magnetismo muy especial que apenas comprendíamos, era nuestro profesor de Biología. Una persona inolvidable.

–Mañana los espero en La Morgue, –nos dijo un día– así repasamos lo de Anatomía y aprendemos todos juntos. El que no viene, tiene falta –nos advirtió –esto va a ser parte de su aprendizaje.

Ni queríamos ir y ni queríamos no ir. No sabíamos qué hacer. No teníamos idea de qué era lo que íbamos a enfrentar, aunque sabíamos que nos enfrentaríamos a muertos y teníamos una gran curiosidad.

Allí fuimos.

Nos habíamos encontrado en la entrada de la Facultad de Medicina y nos habían dado instrucciones de cómo llegar a ese lugar donde estábamos. Sabíamos que, de una manera u otra, nos habríamos de enfrentar a la muerte y ya no parecía haber escape.

Un tal Juan [Juancito Islas, un antiguo peón del Departamento de Anatomía], a quien le faltaba un ojo y lo llamaban Juan Un Ojo, porque había perdido parte de su vista en una casa de citas, nos había recibido a la entrada de la Facultad, nos había llevado por el corredor y nos había mostrado la escalera caracol que conducía al lugar de nuestra cita.

–Bajen... bajen por allí, por esa escalera, ¿ven?, que *El gran Chumbo* los espera – nos dijo y nos dejó solos con nuestro destino.

Una placa en la pared que decía *Morgue Judicial* indicaba con una flecha hacia donde debían bajar las ánimas y parecía decir que el que por allí bajaba quizás no volvería y debería perder toda esperanza.

Del fondo de la escalera caracol que iba derecho al Instituto Forense, subía un olor extraño, mezcla de podredumbre y desinfectante, que causaba alarma.

–Eh, Daniel, es el olor de la muerte –dijo Jaime. Bajá vos primero que igual a vos no te quiere nadie.

–No hagás bromas ahora, che– le dije.

Nos paramos al pie de la escalera y comenzamos a descender. Sus escalones de mármol gastado, su baranda de metal pintada de verde viejo y medio descascarada, invitaban a las almas perdidas a descender hasta los abismos de la morbosidad y el horror.

Mientras bajábamos nos venía *carne de gallina* y nuestras mentes eran invadidas por el espanto. Teníamos miedo de lo que nos íbamos a encontrar, pero a la vez teníamos una curiosidad creciente hacia ese inimaginable horror.

Nerviosos, con el corazón acelerado, continuamos bajando escalón por escalón, sin querer pensar. Jaime y yo íbamos adelante, tomados de la mano y del brazo por Martín, Ester y el Gato, con Marquitos, Raúl y los otros controlando la retaguardia. Tomamos coraje y seguimos bajando por la escalera caracol que nos llevaba hacia la ducha final del campo de concentración donde dejaríamos de existir. El encuentro con la muerte había llegado. A nuestros lados, judíos torturados tocaban tristemente sus instrumentos de música en un lento e irreversible adiós. Nos tuvimos que agarrar de la baranda, mientras los oficiales nazis nos apuntaban con sus Luggers obligándonos a marchar. Una vez abajo, nos detuvimos frente a la puerta de metal de la cámara de gas mientras percibíamos un olor fétido que se filtraba por las ranuras. Los gritos de los muertos nos amenazaban a que no entráramos. Sostuve la manija en mis manos, asustado con la idea de entrar, y luego de un momento de duda, abrí la puerta misma de la muerte y entré a la Morgue con mis compañeros. Un olor nauseabundo se abalanzó sobre mí. Me encontré en un corredor angosto que a la izquierda daba a otro corredor ancho que seguía hasta el frente. Al doblar pude ver una camilla donde yacía un muerto que parecía fresco tapado parcialmente por una sábana y con una etiqueta en el dedo gordo del pie que confirmaba su muerte con un número. “El número de la mala suerte” pensé. Había olor a descomposición y a desinfectante mezclados con el inconfundible hedor a muerte. Había otra camilla más allá y luego otra, cada una con un desafortunado. A mi derecha había dos cámaras frigoríficas que solo el Diablo mismo sabía qué contenían. Seguí caminando lentamente por el corredor, pasando por la cámara fría y el laboratorio que estaban a la izquierda. Unos laboratoristas nos saludaron sin prestarnos atención. No podíamos ya re-

troceder ni teníamos valentía para dar un paso más, sobre todo viendo que a unos metros el corredor se abría en una sala donde había cuatro mesas de mármol, inclinadas, y dos de ellas con un cajón arriba.

Tres personas, quizás doctores, quizás estudiantes, trabajaban afanosamente guiados por *El Chumbo* Ríos, descuartizando el cuerpo inerte de lo que había sido una mujer. Sangre oscura y vieja chorreaba al piso. Levantaron la cabeza y nos saludaron con un gesto amistoso dándonos una cortés bienvenida.

¡Ey!... ¡llegaron! – gritó *El Chumbo* con alegría – ¡muy bien!

Respondimos el saludo sin hablar, temiendo que nuestra voz delatara el espanto que nos dominaba. Caminamos muy despacio, mientras los descuartizadores se jactaban de haber encontrado lo que buscaban, lo ponían en una bandeja y se iban al laboratorio, dejándonos solos a enfrentar nuestro destino en manos de nuestro profesor.

–Ah Daniel!... Jaime, Martín, Ester, muy bien, hola... hola a todos, –gritó él.

Profe –¡vengan!, ¡vengan! ...vayan al patio primero a tomar aire, así les vuelve un poco el color.

Había un hombre en un cajón al lado mío, pálido y amortajado. Horrible.

–Vengan,...vamos. Salgan por aquí. Si les parece que se van a desmayar, apóyense en algo.

El Chumbo nos llevó al patio desde donde se salía a la calle, por Isidoro de María, y nos explicó que esa era la salida oficial de la Morgue, y hasta se podía salir y entrar a la Facultad por allí, como hacían otros.

–Fumar se puede, sin problema, –nos dijo –pero no se debe hablar en voz alta; ni mucho menos hacer chistes o cantar cuando en el patio están los deudos esperando el cajón, nos recalcó.

Hay que respetar.

Prendí un cigarrillo y los demás también, menos Diego y Raúl que nunca fumaron.

–Si hay deudos en el patio –nos dijo– y ustedes salen por ahí, salúdenlos cortésmente y díganles algunas palabras de alivio. Acuérdense que están con mucho dolor y cualquier palabra buena será bien recibida. Y vos Raúl

no te cargués ni a la viuda ni a las hijas como hace Rodríguez, por que eso no está bien.

Así que allí estábamos. Contemplando a la muerta.

Nos fue invitando a entrar mientras cortaba la mortaja y descubría el cuerpo.

Nos dijo que entráramos, y sin mucho explicar, había abierto el cajón de la tipa esa y había puesto la tapa sobre la otra mesa. En la nariz de la muerta había sangre seca, y su cara era demasiado pálida. Era nuestro primer encuentro directo con un muerto fresco y todos estábamos en *rigor mortis*. Abierta la mortaja, *El Chumbo* trajo su mesita de instrumentos y procedió a abrir la parte de abajo del abdomen. Hizo un tajo largo y sacó un poco de epiplón para afuera y dijo con agrado “ah, ésta está linda”. Y con un cuchillo de carnicero cortó unos diez centímetros hacia arriba y otros diez hacia abajo, prendió la sierra eléctrica, cortó esternón con destreza de carnicero, abrió y separó las costillas, escurrió y limpió la sangre oscura color vino que goteaba hacia el costado, y nos miró satisfecho.

Nos habíamos acercado para poder ver mejor, pero ya nuestro corazón no latió más y nuestros pulmones no respiraron durante todo ese macabro momento en que nos hacíamos parte del descuartizamiento parcial de un ser humano.

Era horrible.

–¡Ey, ey... están verdes, che! –nos dijo, –respiren, ey, ¡respiren!

Tratamos de volver a respirar.

–Bueno, cálmense. Bien... aquí tienen el epiplón, ¿ven?, como un lindo delantal. Éstas son las asas del intestino delgado y aquí... viene el colon –dijo mostrándonoslo.

Hizo unos cortes laterales y abrió el abdomen como quien abre un libro. Nos mostró el hígado y la vesícula.

–Y aquí tenemos el estómago y el bazo – siguió, mientras nuestro espanto ya se convertía en náusea. ¡Ah!, ¿ven?, éste es el útero y aquí esta el apéndice –decía mientras seguía disecando lentamente a la mujer y explicando cada uno de sus maravillosos hallazgos. Abrió el pecho y quitó y mostró el corazón y los pulmones.

Martin y varios otros no aguantaron más y salieron; mientras Jaime, Cati y Ester se daban ánimos unos a otros y se pasaban tabaco.

Yo estaba muy impresionado y duro, a la vez asqueado y absorbiendo información. No podía ser que aquello que había sido un ser humano, que pensaba, cantaba, caminaba, comía, estaba allí siendo cortado en pedazos y

con sus vísceras separadas. Y sin embargo no había nada profano o inmoral en ese acto que parecía tan profano como inmoral, por que era un gesto didáctico, una enseñanza y parte de un proceso de aprendizaje. Era horrible e importante a la vez, espantoso y necesario, y en las manos del *Chumbo* la faena era casi una gloria para el cadáver.

–¿Ven aquí?- dijo, destripando a la gloriosa y dejando sus vísceras a un costado, –éstos son los riñones, y aquí ven el uréter –decía mientras se explayaba en los detalles anatómicos del retroperitoneo; –íey, aquí tienen el psoas! y... ¿ven aquí?... el plexo, si, aquí está. –Siguió, dando más detalles de cada paso de su minuciosa y rápida disección, mientras sus palabras y enseñanzas se grababan a fuego en nuestras mentes.

Luego tomó una sierra, corrió el cuero cabelludo y serruchó el cráneo para mostrarnos el cerebro y el cerebelo. Quedó satisfecho cuando el cuerpo estaba ya destripado, descorazonado y descerebrado, abierto del pubis al cuello. Era macabro.

Terminó su clase, y fue poniendo las cosas en su lugar y cerrando el cuerpo de la finada con casi todo el contenido. Había dejado el corazón y un riñón para los estudiantes.

Rodríguez se acercó y dijo: “Eh, *Chumbo*, la familia ya está afuera para llevársela”.

–¡Ah la pucha!, entonces me apuro –dijo, y terminó de cerrarla. ¡Ay, pero la mortaja, ché!, mmmm... está toda manchada... ¿pero por qué no me dijiste que se venían a llevarla, Rodríguez ?

–No sabía. Me enteré ahora.

–¿La van a querer ver también?

–Si. Allí están.

–Pero... dame una mano... vení, traéme esa mortaja limpia que está allá; ¡dale!, vamos a prepararla.

Y allí, con gran destreza, sacaron a la muerta, cosieron su abdomen bien y luego su cuero cabelludo después de reponer la tapa de los sesos; la limpiaron, drenaron su sangre, la secaron, la envolvieron de nuevo en una nueva mortaja, y pusieron de nuevo a la pobrecita en su cajoncito. Limpiaron todo rastro de su fechoría, y nos dijeron que nos pusiéramos a un costado.

Estupearlos, obedecimos.

El Chumbo se puso túnica limpia y se sacó los guantes. Pasaron un trapo con desinfectante por la mesa y el piso para eliminar un poco el olor, e

hicieron pasar a los deudos. Una señora mayor y un hombre, sus padres, entraron acompañados por dos hermanos. *El Chumbo* Ríos los recibió con gran cortesía y amabilidad, y les mostró y abrió el cajón mientras decía: “Ella ya no sufre más y está en un mundo mejor. Nuestras plegarias serán escuchadas y suyo será el reino de los cielos”.

La familia se puso a llorar, sujetando un pañuelo sobre sus caras.

–Este es tan solo su cuerpo, continuó el Profe. Su alma está ya en los cielos. Todo va a estar bien –dijo abrazando a cada uno de ellos tratando de aportar su gota de alivio.

Dos señores de la funeraria entraron a continuación y entre todos se llevaron el cajón y lo pusieron en la camioneta de la funeraria. Se fueron todos.

–¿Alguna pregunta ? – dijo el Profe - ¿Mmmm?

No teníamos preguntas. Teníamos sólo espanto.

Huimos de ese lugar sintiéndonos asqueados y sabiendo que habíamos sido cómplices de un sacrilegio. Subimos de nuevo por la escalera caracol como ladrones, sintiendo que los ojos de los muertos nos miraban y nos acusaban por haber presenciado algo que seres humanos normales no deberían presenciar mientras pertenecieran al mundo de los vivos. Las ánimas clamaban desde la fosa que volviéramos para disculparnos.

Perseguidos por fantasmas, volvimos al mundo, caminamos por el corredor de los vivos, y nos juramos que nunca volveríamos allí. Salimos de la Facultad a tomar aire, nos fuimos al bar y nos sentamos afuera. Me pedí un agua tónica y un café y me fumé otro cigarrillo. Me quedé allí una media hora, meditando, y me tranquilicé. Traté de borrar de mi mente lo que ya jamás se borraría.

Pero volví. Años más tarde.

El impacto que causaba *El Chumbo* era tal que cada encuentro con él era una experiencia didáctica y se me quedaba grabado. Así lo ví actuar en Emergencia, en la Clínica y como cirujano. Mis experiencias y sus enseñanzas en la puerta de Emergencia del Hospital de Clinicas fueron definitivas.

–No tengas miedo de luchar por lo que realmente querés –me dijo un día. Si vas a luchar, lucha por algo grande.

Nunca lo olvidé. Me vine a los Estados Unidos a luchar por algo grande: ser médico de emergencia en un centro académico-universitario en los EEUU, y recordé sus palabras por mucho tiempo. Gente joven, como yo era en aquella época, necesitan de alguien que más que enseñar sea algo superior: un maestro, un guía, un iluminador. Alguien que además de cono-

cimiento brinde filosofía de la vida y un empuje para seguir. Y *El Chumbo* fue todo eso.

Su influencia en Anatomía y en Emergencia definió mi vida y me llevó más tarde a ser disector en la cátedra de Anatomía, desde donde luego bajé muchas veces a la Morgue a seleccionar piezas y a asistir, todo lo cual me abrió un camino en el Miami Heart Institute de Miami Beach. Eso me abrió un camino en la Chicago Medical School, donde revalidé el título de médico e hice mi internado y de ahí salí a la University of Illinois Hospital and Clinics para cursar mi residencia en Medicina Interna. Siguiendo en parte las palabras y recuerdos del *Chumbo*, e influenciado por su trabajo, hice cursos en Traumatología, Trauma Life Support, Advanced Cardiovascular Support e Intensive Care y me hice médico de emergencia en varios hospitales de los Estados Unidos. No paré hasta sentir que había llegado a funcionar y actuar en el Departamento de Emergencia como funcionaba y actuaba *El Chumbo*.

Hoy, tengo mi oficina aquí en Júpiter, Florida, en el condado de Palm Beach, donde practico medicina interna y aún asisto en el servicio de emergencia del Júpiter Hospital y del Palm Beach Garden Medical Center. Aún recuerdo aquél día en la Morgue y las enseñanzas, criterios diagnósticos y manejo clínico que me enseñó más tarde aquél que fue uno de los más importantes profesores de mi carrera, el doctor Guaymirán Rios, alias *El Chumbo*.

En los últimos meses me puse a escribir mi segundo libro, una novela basada en mis experiencias en Anatomía, la Morgue y Emergencia. No pude menos que recordar *al gran Chumbo* mientras la escribía. A los 61 años de edad, aun siento su grandiosa influencia. Lo saludo en estas frases con admiración.

DE JUAN IGNACIO GIL y PÉREZ ⁹ ¹⁰

La acción se sitúa entre los años 1994 y 1995, en la guardia de cirugía pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell. La cirujana de guardia era la Dra. Aída Cresseri de Ríos Bruno, a quien yo acompañaba en su tarea. Llega un niño de 9 a 10 años, del interior, con un traumatismo grave por compresión del abdomen por un camión, que lo apretó contra una pared en una marcha atrás. El niño desarrolló una rotura de recto subperitoneal, con

⁹ Lunes 13 de mayo de 2013, en casa de su tío el Dr. Velarde Pérez, hijo de Velarde Pérez Fontana.

¹⁰ Médico miembro de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina

una celulitis ascendente, que evolucionó en pocas horas o días. Llegó del interior, porque cuando diagnosticaron la celulitis lo enviaron. Contenía abundante aire en el abdomen, y en la piel, incluso en el tórax, aunque allí no había lesiones aparentes. Tomó el mando silenciosamente del caso *El Chumbo* Ríos, que cayó para acompañar a su esposa. Indicó que la sala de operaciones tenía que estar lista. Entró a la sala. Se vistió. Tomó el bisturí, y con el niño anestesiado comenzó a sajarle la piel, con incisiones profundas y onduladas, para detener el ascenso de la celulitis. Pasó a CTI inmediatamente. La lesión del recto iba a cerrarse sola, porque estaba en zona subperitoneal, se le colocó un tubo de drenaje en el recto. Y así le salvó la vida, con ese gesto tan rápido y acertado. Acompañaba muchas guardias, ayudaba a operar, enseñaba. Todo lo hacía prácticamente en silencio. Lo que más impresionaba. Yo era *leuco* de la señora y por allí se estableció una relación de amistad con ambos. Él ya estaba jubilado, pero siempre atento para ayudar.

ENTREVISTA CON EL Ac. RAÚL C. PRADERI

Cuando *El Chumbo* volvía de un viaje que había hecho con su esposa y Luis A. Gregorio con su esposa a las islas griegas, en dirección a Italia, hizo un cuadro agudo de abdomen, por lo que fue hospitalizado en el *Ospedale Umberto Primo*, de la *Università La Sapienza*, de Roma. Allí lo atendió el Prof. Silvano Vecceli. Los italianos pensaron que se trataba de una apendicitis, aunque *El Chumbo* les decía que no era eso. Resultó que tenía un divertículo perforado en cavidad abdominal. Primero le hicieron una incisión de Mac Burney, pensando en la apendicitis, y luego tuvieron que abordarlo por una mediana infraumbilical. Terminó la operación con una colostomía suprapúbica. En el postoperatorio que llevó muchos días, el enfermo empeoraba, con estado febril importante, y evidencia, para él que tenía una infección o flemón de la pared abdominal. En eso estaban cuando llegó a Roma como invitado especial para participar del 8°. Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía de Urgencia y Primeros Auxilios, que se celebraba en forma conjunta con el 2°. Congreso Italiano del Colegio Internacional de Cirugía Digestiva. Allí Raúl C. Praderi iba a presentar dos conferencias: una sobre Hemoperitoneo espontáneo no traumático, del que había reunido varios casos que incluso merecieron expresiones laudatorias del ilustre Ricardo Finochietto¹¹, y otra conferencia sobre Quiste Hidático de hígado, que es clásico le pidan a los uruguayos cuando salen del país. Estos congresos eran

11 Ricardo Finochietto, en una carta que le envió a través de la viuda de Clivio Nario, cuando Raúl C. Praderi ganó el Premio Nario con un trabajo sobre Hemoperitoneo espontáneo, le comentó en términos por demás halagadores, que él iba a dar una clase a sus discípulos sobre ese tema, con lo que había aprendido leyendo el trabajo de Praderi: "*Voy a dar una clase para principiantes, porque yo no había visto nunca esa patología*". ¡Qué estímulo para un cirujano joven!

El Policlínico Umberto I de Roma



El Policlínico Umberto I de Roma, dedicado al homónimo rey, es el policlínico universitario de la primera Facultad de Medicina y Cirugía de la *Universidad La Sapienza de Roma*.

Se trata del segundo Hospital público italiano más grande (con 1200 camas aproximadamente), cuya construcción es iniciada en el 1883 por iniciativa del Ministerio de la Instrucción Pública y se termina veinte años después.

Es inaugurado por el Rector Luigi Galassi y por el Rey, al cual, luego, se le dedicará la estructura.

presididos por el Prof. Silvano Vecceli, Profesor de Cirugía en el *Ospedale Umberto Primo* ya mencionado, y tuvieron lugar del 31 de mayo al 3 de junio de 1980. Todo lo cual pudo prolijamente recogerlo de su minucioso curriculum vitae actualizado al año 1995, donde registra los detalles de sus viajes científicos, participación en congresos y conferencias, entre muchas actividades académicas de las que tomó parte destacada.

En Italia el Profesor es muy importante. Pero la colostomía suprapúbica que le hicieron era un disparate total. Allí estaba la esposa Aída Oliwensztein y también el hijo mayor, Gonzalo. El Chumbo se encontraba en muy mal estado general, muy adelgazado y angustiado, porque los cirujanos italianos no le daban importancia a la infección de la pared y él tenía claro que así lo iban a matar.

Había hecho una tesis sobre hemorragia peritoneal espontánea y varios otros trabajos. Por eso me llamaron para invitarme a ese Congreso. Por otra parte, me llamó el hijo de El Chumbo porque marchaba muy mal allá. Fue una casualidad

La idea de construir un gran Hospital en Roma surgió principalmente del hecho, común al resto de los grandes hospitales que existían en ese tiempo en Italia, que las viejas construcciones hospitalarias no daban respuesta a las exigencias progresivas que necesitaba la medicina de fines de 1800, la que se encontraba en rápida evolución, sobre todo en lo preventivo, curativo y en las especialidades.

El concepto de policlínico, como es indicado por su denominación, es aquel que reúne en un único establecimiento las clínicas de la Facultad de Medicina de Roma que se encontraban dispersas por muchos lugares y agregadas a diversos hospitales existentes en la ciudad.

Con la guía del Ministerio de Instrucción Pública, Guido Baccelli, se hace el llamado a concurso para arquitectos, en el cual, el arquitecto Giulio Podesti gana y dirige su propio proyecto (1883).

El proyecto sufre diversas modificaciones, para adecuarlo a la zona pre elegida para la construcción, el barrio Castro Pretorio, hasta llegar a la fecha de entrega definitiva, el 23 de diciembre de 1888 cuando son presentados los planos al Consejo Superior de Trabajos Públicos.

El proyecto cubría cerca de 160.000 metros cuadrados de los cuales 10.000 edificados. El policlínico, inicialmente concebido como sede universitaria exclusivamente, se adaptaría, también, al uso hospitalario de asistencia.

La piedra fundamental del Policlínico fue puesta el 19 de enero de 1888 ante la presencia del Rey Umberto I y de la Reina Margarita, pero fue recién en setiembre del año siguiente que comienzan los trabajos de construcción, una vez terminados de proyectar definitivamente los diversos edificios que lo compondrán.

Los trabajos continuaron hasta el año 1902 y en agosto de 1904 el Policlínico recomenzó a funcionar con una capacidad de 1650 camas.

increíble. Mi abuelo era italiano, Baltasar Praderio (era el apellido original) de Gallarate, en Lombardía, y yo hablo bien italiano. Cuando lo inscribieron aquí, la o final se perdió en el Atlántico. Por allí derivamos en anécdotas de su familia de origen en esa región, donde encontró las raíces, en vida de su padre, José Alberto Praderi. O sea que los Praderio de allá, y los de aquí, son del mismo tronco que los Praderi. Un defecto de inscripción, solamente. Estos familiares de Gallarate tenían una empresa de transportes internacionales, que iban a Suiza, España y Francia.

El hospital era viejo pero estaba muy bien. Lo ví al Chumbo muy desmejorado. Nunca se debe hacer una colostomía arriba de la vejiga. El Profesor me dijo: "Professore: iiii! malato e vostro!!" El primer día lo examiné y tenía un flemón de pared machazo, que se lo drené, sobre la fosa ilíaca izquierda. Al día siguiente le drené otro con materia estercorácea en flanco derecho. Los italianos se negaban a ponerlo de pie al paciente. Decían "iiiiNon alzare, non alzare!!!" Había pacientes operados de

hernia hacía 5 días, y no los habían levantado. Iba todos los días religiosamente. Le hicimos antibióticos, pero lo principal fue el drenaje y evolucionó muy bien. Le daban vino tinto, tenían una botella en cada mesa de luz. Pero no lo drenaban, ni lo dejaban levantar después. Pasé unos días más en Italia, después del Congreso, y luego de retorno a Uruguay El Chumbo siguió siendo tratado por Jorge Pradines, que le hizo varias intervenciones hasta el cierre definitivo de la colostomía.

Este episodio, sin duda, influyó mucho en la salud mental de la esposa, que se deterioró a su retorno y falleció trágicamente el 29 de enero del año siguiente (1981). Sobre todo afectada por la evolución totalmente inesperada de ese viaje que se transformó en un pasaje casi hacia la muerte.

Yo nací en el año 1927 y El Chumbo nació en 1928, un año después. En el concurso de Disector de Anatomía del año 1950 entramos mi hermano Luis, Aída Novoa y yo. Primero entré yo, luego Aída Novoa y mi hermano tercero. Ingresé a la Facultad en el año 1946. El Chumbo entró un año después. Hizo el concurso después, al año siguiente. Yo empecé a trabajar en 1950. Después hice el Internado. La escuela nuestra era de la Cirugía anatómica. Casi siempre estuve en la Sala 1, en la Planta alta de la Facultad. En 1956 yo me recibía. Después del concurso de Disector (1950-1954) hice el concurso de Ayudante de Clase de Operaciones, que me ganó Líber Mauro por medio punto. Era una Cátedra que se había resuelto que era "terminal". Pero luego se transformó la situación y se pudo presentar a la cátedra de Clínica. Después hice un concurso de Prosector de Anatomía, donde El Chumbo me ganó por medio punto. Después hice el concurso de Prosector de Operaciones, y le gané yo el concurso, y ya nos empatamos. En 1957 gané la Jefatura de Clínica de Cirugía, y al año siguiente fui Cirujano de Emergencia del Hospital de Clínicas. Operaba cualquier cosa, todo el día. Y tenía a Milton Mazza de leuco.

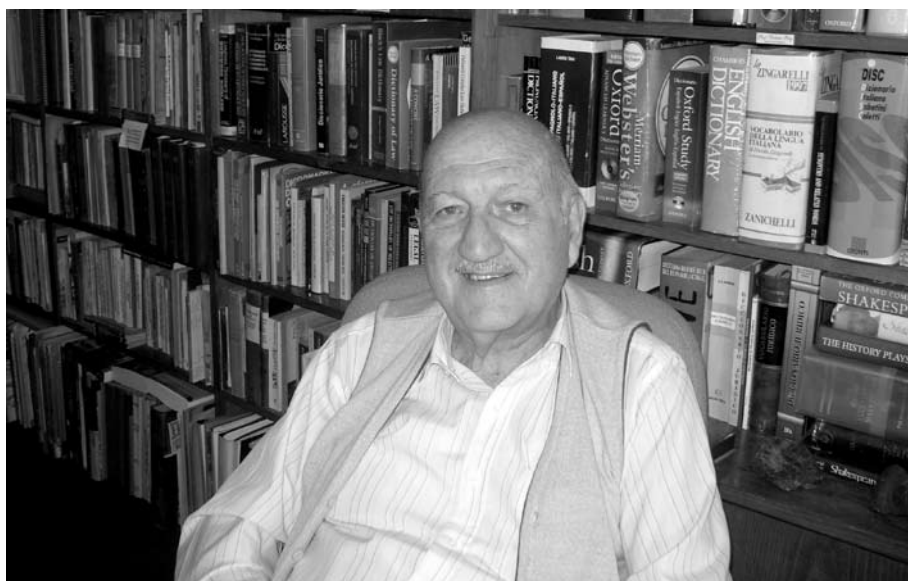
El Chumbo estuvo mucho en Puerta, con Mañanita (Julio Mañana Cattani). No recuerdo que haya tenido cargos nunca en la Sociedad Uruguaya de Cirugía.

Yo también era coleccionista de armas y cuchillos, como El Chumbo, y ahí también me hicieron un atentado los Tupamaros, cuando vivía en la calle Mones Roses, en Carrasco. Eso fue porque atendí a un herido víctima de la explosión de una bomba, le pregunté si era tupamaro y me dijo que no, y tenía un carné de asistencia falsificado. Lo denuncié a la Policía y luego se vengaron de mí. Sacaron los libros y los tiraron por el piso, pero no fueron muchos los daños. Mi familia y yo estábamos en el Este, en La Paloma, de vacaciones, y me avisan que me habían desvalijado la casa, dejado pintadas por todos lados y desordenado todo. Me agarraron unos sillones Chesterfield, preciosos que tenía, y los llenaron de tajos. Me robaron una máquina de escribir vieja, y una cámara fotográfica. Así que teníamos muchos puntos en común, además de ser muy buenos amigos.

DE ROBERTO PUIG PERONETTI ¹²

El doctor Ríos y yo

Conocí al Dr. Guaymirán Ríos Bruno hace mucho tiempo, algo más de medio siglo, cuando andábamos por la treintena; él era un año mayor que yo. Llegó a ser para mí uno de esos personajes inolvidables, de los que quedan grabados en la mente y en el corazón. Las circunstancias que nos pusieron en contacto fueron fortuitas, y merecen un pequeño introito, que espero no sea demasiado molesto, puesto que necesariamente tengo que hablar de mí.



Desde muy joven sentí una imperiosa vocación por las letras y la historia de la cultura y, sobre todo, por la docencia. En ésta me inicié tempranamente en el Instituto Cultural Anglo-Uruguayo, con grupos de práctica llamados extramurales, fuera de la sede central del Instituto (a la cual pasé poco después), uno de los cuales funcionaba en el Club Banco República. De mi primer grupo allí tengo apreciables recuerdos; no sólo un hermoso regalo sino una fotografía en la que aparece un alumno ocasional, muy simpático, que quería mejorar su inglés, y de quien yo no sabía nada. Su nombre aparecería tiempo más tarde entre las víctimas de un trágico acci-

¹² Profesor Emérito de la Facultad de Derecho, promotor, asesor y co-fundador de una de sus carreras cortas, traductor y escritor, historiador de la cultura, autor de numerosos ensayos y varios libros sobre temas de su especialidad, y miembro titular de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina.

dente aéreo en el Brasil en 1952: era el eminente médico Dr. Raúl Piaggio Blanco.

Por mi interés por determinadas materias –literatura, idiomas, lenguaje, historia- me matriculé en la Facultad de Derecho, aunque no sentía aún demasiado interés por las ciencias jurídicas, el cual me vendría más tarde, que se intensificó cuando fui docente de dicha Facultad. En esa época conocí a quien habría de ser mi esposa, que estaba próxima a obtener su título de maestra. Tiempo después, al pensar en casarnos, nuestros sueldos no eran gran cosa. Un posible error que cometí fue el de no dedicarme de inmediato a mi profesión universitaria, la de Traductor Público; mis horas las ocupaban la docencia en el citado Instituto y los alumnos particulares.

Un día, pensando en que para fundar un hogar yo precisaba mejor sueldo, o por lo menos más seguro (los profesores solían comentar que en los institutos privados no había mayor certeza de permanencia), un conocido me hizo inscribirme para participar en un concurso para cargos en el Poder Judicial. Pasaron dos años y, precisamente cuando ya no pensaba en ello, el día antes de mi matrimonio el destino quiso que me llegara la citación para la prueba, a realizarse dos lunes después. Volvimos del viaje de luna de miel en la Argentina en el último avión de PLUNA el domingo anterior al concurso. Y lamentablemente lo gané; me dieron el cuarto puesto entre cientos de participantes, aunque supe tiempo después por una persona vinculada al Poder Judicial, que había obtenido el número uno, pero, como se sabe y ocurre, hay compromisos, y.....bueno, qué se va a hacer. Mas, de todos modos, en seguida ingresé al nuevo cargo, afectado por tener que dejar grupos, y así tuve un sueldo más estable, ése sí más fijo y seguro, aunque también modesto. Al principio la tarea me fue tolerable, mas luego no, como lo participé claramente a todos mis compañeros, a quienes recuerdo con simpatía, y a algunos jueces, que lo comprendieron; al fin y al cabo, eran tan profesionales universitarios –e incluso alguno docente- como yo. Pero era algo que evidentemente no me complacía hacer. Tenía que llevar a cabo ciertos cometidos oficinescos, algunos de las cuales, por más dignos y necesarios que fueran desde el punto de vista procesal, tal vez casi un escolar pudiera cumplir. Al cabo de un tiempo, sintiéndome frustrado, todavía con la esperanza de hacer otro tipo de trabajo, donde se usara más la cabeza -pronto iba a ser Profesor Grado 5 de la Facultad de Derecho, siendo ya profesor titular, por concurso, de los Institutos Normales-, y no pudiendo naturalmente, elegir, me limitaba a hacer sola y estrictamente lo necesario para salir del paso, sin ningún entusiasmo. Aunque siempre me llevé bien con los compañeros, por cierto en general mejores o más dedicados empleados que yo, para mí la única hora feliz era invariablemente la de salida, tras de lo cual iba a mi clase de Facultad.

Intenté, por tanto, que me trasladaran en comisión a la Corte, como traductor, pero ni pedía aumento de sueldo ni menos trabajo, sino hacer no ya lo que me gustaba y sabía que podía hacer, sino lo que el Poder Judicial evidentemente precisaba y entonces no tenía (ése fue el fundamento de mi solicitud). No pretendía que me regalaran nada; simplemente pedía que me hicieran pruebas de admisión, selección o lo que fuera, al efecto. Viendo mi currículum y mis méritos, --era asesor y co-fundador de los Cursos de Traductorado Público de la Universidad de la República, ex-Presidente (lo volví a ser) del Colegio de Traductores Públicos del Uruguay, profesor titular de Institutos Normales y Magisterial Superior, de los que conservo afectuosos recuerdos porque fui feliz allí, entre excelentes colegas y alumnos; autor ya de algunas publicaciones, etc.--, me hicieron promesas, que no se cumplieron (claro, los méritos solos no alcanzan) y así seguí con el mismo tedioso cargo. Mas, por esas cosas que de vez en cuando se dan, me trasladaron a un Juzgado de Instrucción, sito en la calle Acevedo Díaz, donde afortunadamente ocurrió lo que motiva estas líneas, y así comienzo lo que quería en esencia relatar.

En esa época los médicos forenses examinaban a sus pacientes, víctimas de accidentes y hechos delictivos, en otros locales, pero en ese Juzgado se inició otra práctica más útil y razonable, que evitaba trámites y demoras: se decidió que la clínica forense funcionara en la misma sede judicial, un inmenso y antiguo caserón de la citada calle. Por tal razón, se adaptó un viejo cuarto de baño, en el que había una enorme bañera que se recubrió de tablas y arregló un poco para que sirviera de camilla, algo rústica, naturalmente. Y precisamente el médico forense designado para actuar allí fue el Dr. Ríos, a quien supe poco después le llamaban familiarmente *Chumbo*. En esa amistad, en que siempre nos tratamos de usted (lo del tuteo es impredecible), el Dr. Ríos me llamaba *Puchete*, y yo a él, a mi vez, *Don Guay*.

Pues bien, me pusieron como asistente suyo en la clínica; yo era rápido con la máquina de escribir (quizás por escribir mucho y tocar en esa época continuamente el piano en mis pocos ratos libres), y además, por fortuna les pareció adecuado que fuera yo y no otro empleado el que actuara con él. Y poco a poco se produjo lo que jamás había pensado: empecé a interesarme en medicina, especialmente medicina forense, de la que no sabía nada (en la Facultad se había suprimido ya la vieja cátedra de la materia, a cargo del Dr. Abel Zamora).

Así comencé, entonces, a ver pacientes, cuyos informes Ríos me dictaba, pero además me explicaba los tipos de lesiones, contusiones, heridas diversas, cortantes, transfixiantes, etc., en cada caso, con claridad y solvencia. Y gradualmente fui entendiendo y aprendiendo cómo eran las cosas, por lo menos las que él llamaba *banales*, y acostumbrándome a ver tranquilamente toda clase de lesiones traumáticas y afecciones diversas.

Uno de esos días, se presentó para el examen un individuo que había sido agredido, y al verlo advertí que tenía una equimosis palpebral bilateral, susceptible de curarse a lo sumo en 8 días, sin inhabilitación ni peligro de vida (curiosamente, los informes nunca hablan de “peligro de muerte”), y así lo registré. *El Chumbo*, al ver que yo no escribía luego de dictarme lo necesario, me dijo: –“¿Qué le pasa? ¿No lo anota?”– “Ya está”, le respondí, mostrándole el informe que ya tenía hecho. A partir de allí, poco a poco empezó a confiarme la redacción de informes sencillos, y después me dejó a cargo de los pacientes que él llamaba *banales*. Naturalmente, no siendo yo sino oficialmente ajeno al asunto, sólo hacía lo que me sentía más o menos seguro de hacer; los casos “no banales”, como él los llamaba, los que me *quedaban grandes*, por supuesto, se los dejaba a él: lesiones graves, violaciones, etc. Al llegar simplemente firmaba los informes ya preparados y atendía a los restantes pacientes, si los había. (Las demás tareas del cargo las cumplía, naturalmente, en los hospitales y en la morgue).

También pasamos momentos divertidos ante algunos casos, y Ríos se reía con ganas, con esa voz potente y todo el ánimo que ponía. –“¿Sabe que nos mandan un presunto suicida?” me dijo un día. –“¿Qué pasó?” –“El tipo quiso matarse y se pegó un balazo, pero sabe dónde? ¡En una pierna!”

Hubo casos también en que el paciente no sólo no tenía lesión alguna sino ni siquiera sabía por qué lo habían citado. Una vez atendí a una señora que no recordaba nada ni tenía la más remota idea del motivo de su convocatoria. Investigando el asunto, la comisaría encargada descubrió finalmente que tiempo antes la había mordido un perrito, sin consecuencias.... y tardaron dos años en pedir el informe.

Otra tarde llegó un paciente, negro retinto, y cuando entró *el Chumbo*, yo ya le había hecho el informe. –“¿Qué me cuenta?” Con cara seria, le respondí: –“Me parece una severa melanosis, ¿no cree?”. -Ante la cara de preocupación del individuo, divertido, le dijo: “Váyase pa’ su casa, señor, lo que tiene no es nada!”.

Anécdotas como ésta y otras variadas y de toda índole también recuerdo, que han sido más de una vez motivo de amables charlas, especialmente con amigos médicos, que no corresponde evocar aquí.

En esos años, entonces, como asistente del médico forense, vi, aprendí y me interesé mucho. Los casos eran variados, y me acostumbré a todo tipo de cosas, adquiriendo cierta experiencia en la tarea.

Un detalle simpático, aunque extrajudicial, de ese Juzgado, como contrapartida de lo frustrante, fue que a veces, terminado el horario oficial, se reunían los compañeros, el Juez incluido, en mi casa de Avda. Italia, donde había un enorme patio abierto, para hacer algún asado y comer chorizos criollos. Entonces el Chumbo llevaba su guitarra y yo lo acompañaba con un acordeón que me había regalado mi padre muchos años antes (el piano

estaba en una pieza, adentro). Me decía que la guitarra le daba agilidad en los dedos, que como cirujano precisaba. Cantaban espantosamente a veces los concurrentes, pero eran sesiones placenteras, que todos disfrutábamos, entre bocado y bocado y, por supuesto, algunas copitas, que Ríos apenas probaba.

Mas las cosas iban cambiando. Cuando la dictadura, naturalmente, me abstenía de hacer ciertos informes con más razón. Una vez la policía me condujo a un individuo con la cara poco menos que deshecha, entre otras cosas, y me dijeron: “Doctor, mire que esto no lo hicimos nosotros. Así nos lo trajeron los del ejército”.

Con el tiempo, entonces, fui aprendiendo a llenar formularios forenses para los jueces. De tal suerte cumplí la tarea con gusto e interés, cosa imposible de adivinar años antes, concurriendo incluso los feriados y fines de semana en que el Juzgado estaba de turno, días en que nunca falté. En el Instituto Técnico Forense me decían que como el cargo no existía, no podían aumentarme el sueldo, pero que me darían algunos días de licencia extra en compensación (cosa que nunca ocurrió). En cierto momento tuve la suerte de que me pusieran sola y exclusivamente a cargo de las cinco clínicas existentes a la sazón, que funcionaban ya en los Juzgados de la calle Misiones (las de Arsuaga, Puppo, etc.), con el beneplácito de los titulares, todos los cuales confiaban en mí -consciente siempre yo de mis limitaciones-, por lo cual debí adaptarme a sus modalidades y horarios, todos diferentes. Mas era demasiado lindo para que durara, y un día se suprimió el sistema. Entonces hice lo que debía haber hecho años antes: renuncié, dejando finalmente atrás la frustrante labor oficinesca, y volví a ser yo mismo: tomé los grupos que me correspondían en el Instituto Normal y dediqué más tiempo a la Facultad y a la profesión, a estudiar, publicar trabajos, viajar; en una palabra... volví a vivir.

Pero seguí en contacto con Ríos, por supuesto. Era una persona interesada en muchas cosas, y como yo al comienzo le había hecho algún comentario sobre su estilo en materia de lenguaje, me pedía le corrigiera posibles errores y le indicara a veces soluciones o formas más adecuadas, lo cual me agradecía mucho, porque aprendía, ávido de saber más. Para escribir bien, o mejor, hay que utilizar el sentido común; no se trata precisamente de estudiar gramática, sino de tener en cuenta algunos principios básicos de sensatez, además de algunas pocas reglas sencillas, que pronto dominó. Hay que darse a entender clara y concisamente. Y el Chumbo se entusiasmaba. Una vez me dejó un trabajo suyo en un sobre, que decía: “Puchete, para traducir”. Yo pensé que lo quisiera pasar al inglés, pero era solo para que lo corrigiera, porque quería presentarlo no recuerdo dónde, sin que tuviera un solo defecto. De esas conversaciones años después se reía, porque me contaba que dictaba a sus enfermeras los informes con todo detalle: Ponga:

El Dr. X –coma- según el informe presentado –coma- indica que... -punto y coma- a mi entender –coma- ... etc. –punto. De tal suerte, decía, del mismo modo que yo aprendía medicina, él aprendía lenguaje.

Un buen día se llegó hasta mi casa, donde yo tenía también espacio más que suficiente para mis libros y papeles, y en una pieza de la planta alta, complementaria del escritorio de abajo, me dijo que pensaba presentar un trabajo en la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, de la que yo ignoraba, por supuesto, la existencia. Eso fue hace 29 años. Se trataba de relatar desde el punto de vista médico la muerte de un conocido político francés del siglo XIX, Léon Gambetta, desaparecido en 1882, cuyo deceso había dado que hablar. Quería que yo le ayudara redactando el panorama histórico de la época, cosa que hice con mucho gusto, para insertar allí la crónica médica, que describía el balazo recibido por el paciente, así como su peritífritis, con el respectivo tratamiento. Lo escribimos, lo pulimos un poco y lo presentamos en la citada Sociedad de Historia de la Medicina, que se reunía entonces en la Avda. Agraciada (Libertador) 1464, sede de la Agrupación Universitaria, donde años antes, precisamente estaba el Instituto Cultural Anglo-Uruguayo donde yo había estudiado y enseñado. Creo que limitamos un poco la parte histórica en la exposición, para no ocupar demasiado tiempo, pero siempre conservé el original, que luego publicó la Dirección de Sanidad Policial, agregándole una breve introducción, pero con algunas inexactitudes y leves omisiones. Ésa fue nuestra primera colaboración para presentaciones en la Sociedad; luego siguieron otras. Lo curioso es que en cierto momento, por motivos personales perfectamente razonables y totalmente comprensibles, él dejó de asistir a las sesiones mensuales de los primeros martes, y en cambio yo, no siendo médico, seguí concurriendo hasta ahora y presentando de vez en cuando trabajos de historia de la medicina por mi cuenta, de los cuales otros más he publicado en diversos medios.

Cuando quiso hacer una crónica de las campañas napoleónicas y la medicina de la época, fue también en casa donde redactamos el escrito. Recuerdo que comentaba asombrado lo que era Napoleón: *“Fíjese, Puchete, que le mataban miles de soldados en una batalla, ¡y al día siguiente ya conseguía otros miles en su lugar!...”*. Como en dicho trabajo nos ocupábamos del célebre Dr. Dominique Larrey, médico de la *Grande Armée*, en esos días tuve que visitarlo un par de veces al Hospital Policial, y al decir que quería ver al Dr. Ríos, cuando me preguntaban de parte de quién, respondía: *“Doctor Larrey”*, riéndome por dentro.

También presentamos otra comunicación en la citada Sociedad sobre la medicina en el ejército francés en la Primera Guerra Mundial, pero con posterioridad a ese trabajo (1988) allí ya no actuamos más en conjunto y él

se desvinculó de la institución, como dije anteriormente. Pero, por supuesto, seguimos viéndonos.

Sobre todo en mi casa solíamos charlar un poco más largamente. A veces *el Chumbo* se admiraba de ciertas cosas que tratábamos casi como un niño al que uno le cuenta maravillas. Lo hacía con ese mismo espíritu jovial, con esos comentarios típicos. Mi señora se reía casi hasta las lágrimas con alguno de sus cuentos, como el día que le habló de los gallegos que conoció en Galicia: hubiera sido para filmarlo.

En una oportunidad más reciente me mandó a su hija para que yo le diera alguna información o consejo –no recuerdo bien el tema– sobre alguna obra literaria, creo, y cuando ella volvió *el Chumbo* me llamó, para decirme que su hija le había dicho de todo sobre el desorden de su escritorio, comparado con el mío, más pequeño ahora, porque me había mudado a mi actual apartamento, donde sé qué tengo y dónde está cada cosa (no puedo decir lo mismo del resto de mi casa).

Fui entonces a lo largo de esos años conociendo poco a poco sus méritos y sus realizaciones; me invitó una vez a visitarlo a Emergencia, en el Clínicas, por ejemplo, donde me explicó el alcance de su actividad, pero a través de la opinión de amigos médicos especialmente, además de mi directa vinculación con él, fui apreciando mejor no sólo su encomiable obra profesional sino su persona.

Y así fue siempre: cordial, entusiasta, honesto, extrovertido. No fue solamente un excelente médico forense sino capaz cirujano, tarea ésta de la cual sus colegas, a diferencia de mí, pueden hablar con mayor propiedad. Yo lo recuerdo como persona entrañable, como lo mejor que pudo haberme ocurrido en el triste cargo al que me referí. Lo vi por última vez yendo con su señora por Bulevar Artigas, pero apenas hablamos, porque fue un encuentro breve, más bien un saludo rápido, podría decirse, que no podía imaginar que ya no se repetiría. Su corazón le había hecho por momentos difícil la vida. Una mañana, tiempo antes, nos habíamos encontrado por 18 de Julio; él venía cargado con un portafolio muy pesado, lleno de libros, y me pidió si le ayudaba a llevarlo, por una corta distancia, porque era demasiada y fatigosa carga. Luego vendría su operación en Estados Unidos, de cuyos médicos me hizo comentarios elogiosos como cirujanos, aunque no tanto en otros aspectos, tampoco enteramente condenables, diferentes de las prácticas habituales en estos lares. Sufrió también otras intervenciones en el extranjero, dados sus diversos padecimientos.

Y ése y así era el eminente médico y cirujano Don Guaymirán Ríos Bruno, *Don Guay* para mí, el popular y querido *Chumbo*, a quien llevo en el corazón como se lleva a ciertos admirables y selectos amigos cuya desaparición nos deja un doloroso hueco en el alma.

MANUEL ALBO VOLONTÉ¹³ Y MIRTHA DONALEY¹⁴

Tenía referencias de *Chumbo* antes de conocerlo. En épocas de mi adolescencia se empezó a ver en la capital una modalidad de vendedores que recorrían casas de familia junto a grandes valijas, que pesaban quintales, y que generalmente vendían su mercadería, vestimenta y cosas así, al personal de servicio de las casas de familia. Eran hebreos, que implantaron lo que no existía en Montevideo en aquellos años, que era la venta a plazos. En el caso mío personal, mi madre, médica también, viuda [Luisa Volonté de Albo], don Jaime Oliwensztein, venía y aparecía por casa una vez por mes, cuando venía a recaudar el producto de lo vendido. Y regularmente le preguntaba a mi madre si las personas éstas eran personas de confianza a quienes se podía fiar, porque ellos arriesgaban lo que vendían.

El orgullo de don Jaime, la luz de sus ojos, era su hija Aída. Y le iba explicando paso a paso, cuando venía, los progresos que hacía la hija: los cursos, los exámenes, los resultados. Era la pasión del emigrante que veía en su hija el sueño realizado. Llegó un día que yo estaba saliendo de casa, me cruzo con don Jaime, lo saludo y veo que estaba mal, hablando con mi madre, estaba él llorando. Él se fue y luego fui a hablar con mi madre y ésta me dijo: *¿Supiste lo que le pasa a Don Jaime?* No, le respondí, *¿qué pasa?* *Está destruido, porque fijate que la luz de sus ojos, su ilusión, se ha ennoviado con un gentil, que para colmo era más criollo que la yerba, porque era hijo de un coronel de Mercedes.* Y eso para el hombre era absolutamente la demolición, que se le acababa el mundo. Y que había hecho toda clase de esfuerzos para interrumpir esa relación, pero no había podido, y le pedía consejo a mi madre. Y ella le decía: *Pero don Jaime, son personas adultas. Tienen derecho a elegir. Que puedan hacer lo que quieran.* No había forma de consolarlo. Parece que del otro lado, de los familiares del *Chumbo* tampoco veían bien esa relación. Eran como dos fuerzas divergentes que querían separar a esa pareja.

Bueno, eso llevó un tiempo, y al fin y al cabo, se separaron. En ese momento el *Chumbo* terminó casándose con una muchacha criolla¹⁵, relación

13 Manuel Albo Volonté (nacido en Montevideo el 31 de agosto de 1932, se graduó como Médico el 28 de setiembre de 1959), fue Disector de Anatomía, en tiempos del Prof. Humberto May; Cirujano del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. Hizo la carrera quirúrgica, como Jefe de Clínica (Grado 2) y Asistente (Grado 3) en la Clínica del Prof. Juan Carlos del Campo. Continuó luego como Asistente en la Clínica del Prof. Héctor A. Ardao y más tarde con el Prof. Luis A. Praderi. Tuvo larga actuación en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos como cirujano principal y en Casa de Galicia. Su Padre, el Dr. Manuel Albo (nacido en la villa de Junqueiro, Ría de Vivero, Lugo, Galicia, el 7 de mayo de 1886, se graduó en Montevideo el 26 de noviembre de 1910 y falleció el 6 de noviembre de 1935. Su madre Luisa Volonté, se graduó el 27 de agosto de 1921, siendo la octava mujer médica egresada de nuestra Facultad de Medicina.

14 Mirtha Donaley fue Licenciada en Enfermería y trabajó en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" y en IMPASA, donde también se ocupó del Servicio de Diálisis con el Dr. Ernesto Corio.

15 Según investigaciones realizadas por el autor, la primera esposa de el *Chumbo* fue una odontóloga: Delia Amelia Ruibal Speck, actualmente jubilada, residente en Montevideo y que estaba registrada

que duró muy poco, y que durante el período de esa relación, *Chumbo* seguía viendo a escondidas a Aída. Eso llevó poco después a la ruptura de ese matrimonio, a la unión de ellos dos, *Chumbo* con Aída, y a esa conversión absolutamente casi diría demencial que tenía por la religión judía. Era un hombre fanático hasta para decir “buen día”. *Chumbo* no sólo se convirtió, sino que lo hizo con todos los elementos necesarios, la circuncisión, el examen con el tribunal rabínico, etc. Después que ya estaba todo eso hecho, él mismo se desempeñaba como rabino y conductor de ceremonias hebreas. Al punto tal que en una oportunidad, él estaba en la Cátedra de Emergencia, y viajaron a Salta, en el norte Argentino, viaje al que yo no fui, a unas Jornadas. Estando en Salta, llegó el viernes de noche, y al *Chumbo* se le ocurrió que tenía que hacer la ceremonia del *shabat*. Yo no había ido, pero entre todos los que habían ido, que eran médicos y cirujanos de emergencia, no había ninguno hebreo. Entonces fue a consultar en el Hotel, cómo se podía hacer. Y el dueño del hotel le dijo: *¿Yo qué sé? Acá no conocemos a nadie, excepto que aquí hay una persona, que le decimos El Ruso, que tiene una farmacia, y es el único que yo sepa que pueda ser judío.* Entonces *Chumbo* se fue a verlo a la farmacia, y habló que el tal *Ruso*, que era hebreo pero no practicaba su religión, y le explicó que no seguía el ritual, etc. Tanto le insistió que al final con ese hombre hizo la ceremonia del *shabat*, y se sacó ese gusto, porque era impulso puro. Una cosa fantástica.

Hoy yo le decía a Mirtha, que la relación con el *Chumbo* si bien fue muy próxima, era una relación en paralelo, porque caminábamos en dos andariveles. Era unos años mayor que yo. En materia de Cirugía él se había anclado en la Cátedra de Don Pedro Larghero. Yo estuve con Larghero siendo estudiante, pero me fui. No volví más. Y él quedó ahí. Larghero era un hombre que concitaba grandes adoraciones y grandes rechazos. Conmigo, por suerte para mí, no tuvo ocasión de hacer ni lo uno ni lo otro, porque yo me dí cuenta que mi lugar no era ahí. Yo lo quise muchísimo, y si bien Don Pedro era un amigo muy pero muy próximo de mi Madre, yo al final, le fui dando largas, largas, hasta que al final, Don Pedro me vino a reclamar, por qué yo siendo Interno no iba a dar al Servicio de él, y qué se yo... Al final no tuve más remedio que afrontarlo y decirle: *Mire Don Pedro, lo que Usted pretende y exige, es que acá, los que seamos integrantes de esta clínica, tenemos que estar a las seis de la mañana, y nos podemos ir con suerte a las dos o a las tres de la tarde. Y a las seis o a las siete hay que volver a pasar la contravisita con Usted, lo cual a veces genera una reintervención. Pero además, hay que estar los siete días de la semana, los doce meses del año, y como Usted sostiene que ganar el concurso es obtener un cargo que dura tres años, y que ese tiempo es poco para la formación, entonces no hay licencia. Pero es el único lugar del Uruguay que nadie tiene derecho a licencia.*

en el padrón de la última elección de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, realizada el 31 de julio de 2013.

Y yo necesito ganarme la vida (mi madre se había muerto, etc.) y no estaba cómodo económicamente. Y Usted vio que cuando uno va a trabajar a algún lado, lo colocan en una lista y luego lo convocan para hacer determinada tarea, y Usted dice que no puede aceptarla, que no va, le colocan una cruz, y cuando tenga dos o tres cruces se terminó. Entonces, yo sé que si vengo aquí no voy a cumplir la tarea como Usted quiere, y lo peor del mundo para mí sería tener que pelearme con Usted. Y en la pelea de un chiquito así con un gigante, el que va a perder está escrito dónde está.

Pasó el tiempo, lo reencuentro al *Chumbo* en Anatomía. Ambos fuimos Disectores. Era un tipo jovial, ocurrente. Muy vertical.

Después, cuando en una determinada época, el Decano Interventor era Gonzalo J. Fernández, lo nombra a Julito Mañana como Profesor y al *Chumbo* de Profesor Agregado [de Emergencia] estuvo un solo año. Porque al año siguiente, Gonzalo Fernández se dio cuenta que Julio que no era malo, era un buen hombre, pero era absolutamente desubicado. Y entonces, corrigió y lo dio vuelta. Puso al *Chumbo* de Profesor y a Mañana de Agregado. Entonces empezaron a aparecer los problemas de salud del *Chumbo*. Primero hizo el infarto. Colgó aquellos letreros que tenía en su escritorio: *Hoy es el primer día de tu nueva vida*, o algo por ese estilo. Parece que había razonado y dado cuenta que la vida era algo más que esa cosa loca de empujar, de empujar y de empujar siempre. Pero después la salud siguió dando vueltas.

Hay un episodio que Mirtha [la esposa de Manolo Albo] compartió conmigo, porque era entonces Nurse del Departamento de Emergencia. Todavía vivía Aída Oliwensztein. Vivían entonces en un departamento pequeño frente a la Médica Uruguaya, en un piso alto. Y habían ido de viaje con el Fredy [Federico] Latourrette y [Luis A.] Gregorio, y estando en Roma, lo que contaba el pobre *Chumbo* afligidísimo, y estando en esa ciudad en un hotel, en determinado momento siente un dolor abdominal, se palpa, y dice: *Tengo una peritonitis*. Lo llama a Fredy, y éste baja, y le dice: *No Chumbo, mirá que no, tenés un poco inflamado, pero no es una peritonitis*. Él insiste: *Yo tengo una peritonitis y me tienen que operar de inmediato*. Él tenía cobertura de salud no sé por qué sistema de tarjeta o seguro médico y cuando llama le dan a elegir: si quiere ser atendido en el Sanatorio tal, o en la Clínica de la Universidad. *No, si yo soy universitario, quiero ir a la Universidad*. Él lo contaba con tanta gracia!!! *Entré al Hospital y había un gran patio con un gran pasacalle interior que decía: "Soldi di merda, assitenza di merda"*, porque estaban de huelga y se les había ocurrido colgar eso. Allí fue la catástrofe. Vino un profesor, lo operó. Pero yo nunca pude creer que ese tipo fuera un profesor. Tenía una enfermedad diverticular, y estaba pasando un empuje, con todo el componente inflamatorio. Cuando eso ocurre, es como si le echaran yeso a la región, se acartona toda, queda rígida. Entonces el sigmoide, que era la región afectada, es prácticamente imposible exteriorizarlo. Está anclado allá adentro en la profundidad, y es suicida querer manejarlo, porque no corres-

ponde. A él, no sé cómo, le sacaron el sigmoide para fuera, y en la maniobra esa se rompió alguna de las arterias que irrigan esa porción del colon. Y fue a parar a la habitación y allá sangraba hasta las últimas consecuencias. Él agarrándose el meso del sigmoide con la mano para detener la hemorragia. Y en eso apareció por allí el *Mincho* Praderi. Y dijo: *Yo voy a hablar con el profesor ese, porque esto no puede ser*. Lo llevaron a sala de operaciones para hacer la hemostasis y todo lo demás.

Entonces vino la operación “retorno”. El *Chumbo* vino en un avión de línea, colocado sobre una especie de “camilla”, tablón o lo que fuere, acostado sobre los respaldos de dos o tres filas de asientos, y cada vez que el avión daba una sacudida, o se movía un poco, se daba la cabeza contra el techo de la cabina del avión. Llegó acá y consultó a Jorge Pradines, y éste le dijo: *Bueno, primero que nada: ¿vos vas a hacer lo que yo te diga, no? - Sí, sí. - Entonces, te vamos a hacer la cirugía más clásica de todas, la de los tres tiempos: número uno, la colostomía en el ángulo derecho. Después resección en frío de la zona afectada, con anastomosis, pero con el colon detransitado. Y tercero, cierre de la colostomía*. Estaban en una de esas etapas, y una noche que yo estaba de guardia en el Clínicas, o sea era un jueves, Mirtha era la Nurse de la emergencia, y llama Aída, para decir que el marido estaba mal, muy mal, febril, con un dolor muy intenso, ella estaba muy preocupada. *Ya voy para ahí. Decime, Aída, ¿está con algún medicamento, alguna cosa?* La pobre Aída estaba totalmente desolada. Me dice: *Le dí 40 o 60 gotas de paratropina. - ¿De qué? Pero, Aída...* Allá marché con Mirtha, suero, antibióticos, llegamos allá. El apartamento era muy pequeñito, como algunos que solía hacer el Banco Hipotecario. En el dormitorio estaba la cama, y a cada lado sobraba algo así como 60 cm., no más. Entonces me tuve que sentar en la cama, y lo empecé a examinar y le digo: *Chumbo vos tenés un cólico nefrítico y una infección urinaria. Así que hay que tratarte como corresponde, porque vos tenés mucho dolor, fiebre y lo demás*. Le pusimos el suero, el antibiótico y le calmamos el dolor y allá nos quedamos un rato, una hora o más, que se fue calmando, calmando y al final se durmió agarrándome la mano. Pero antes que se durmiera, porque yo no le perdonaba ninguna, le digo: *Chumbo, tanto que vos jodés si se va alguno de la guardia, y te das cuenta que hace dos horas que el cirujano de guardia y la nurse del Departamento de Emergencia están acá? - No, ino me digas eso! - Sí, te lo digo para que no rompás los huevos*.

Pasó el tiempo... Alguna vez tuvimos ocasión de compartir alguna de las cirugías mayores que venían a la Emergencia. Porque *Chumbo* en su locura inaudita, nunca se preocupó demasiado de asegurarse su sustento. -*Era un idealista*, agrega Mirtha. *Claro que lo era*, afirma Manolo. Lo único que tenía fuera de la emergencia, era un cargo en la Asociación de Empleados Civiles de la Nación, una mutualista que ya venía mal y luego fue a peor hasta que

cerró. Era como pagar para trabajar, peor que gratis. Y eso era realmente muy embromado. Pero era un personaje.

Un día compramos con Mirtha, acá en Punta del Este, frente mismo al Faro de la Península, en un edificio que se llama *Cuatro Mares*, un mini-apartamento, que tenía la planta baja donde estábamos nosotros, y luego tres pisos. Un día nos enteramos que un condómino era el *Chumbo Ríos*. Ya estaba casado con Aída Cresseri, y tenían la niña. Lo vimos aparecer allí y supimos que estaba de vecino. Yo soy poco cuidado para la vestimenta. Si no me visto de verde, rojo y amarillo es porque mi mujer me vigila qué pilchas me pongo. Así y todo, considero que era mucho menos degenerado que él para vestir. – *Se ponía lo más viejo y roto que tenía*, señala Mirtha. *Porque la gente de Punta del Este, cuanto más dinero tenían, peor vestidos andaban. Se ponía unas chancletas espantosas. Aquellos camisas de Acrocel, que yo era chico cuando aparecieron, treinta años atrás. Yo trabajé muchos años con él. Tenía una pasión especial por la Emergencia, y por el famoso Plan de Desastres. Por entonces nadie le llevaba el apunte. Pero se hizo un simulacro o varios, que salieron bastante bien. Todo planificado, la forma en que había que llamar por teléfono a la gente que no estaba. – Él se preocupó de habilitar el famoso helipuerto al lado de la Emergencia, que ya lo borraron, y se ocupó de que estuviera operativo. En Montevideo los únicos que quedaron operativos fueron el del Hospital Policial, y el de la Asociación Española, que sólo bajó una vez alguien allí. – Después que se fue del Hospital de Clínicas, se fue al Policial.*

El *Chumbo* dio lo mejor de sí por la Emergencia, organizó las Jornadas Rioplatenses, se preocupaba por viajar al Interior, permanentemente estaba haciendo cursos por todos lados, también en la propia Emergencia. Íbamos al interior en un omnibús atorrante que tenía la Universidad o la Facultad de Medicina, y que venía a Rocha y esos lugares, con asientos de madera, que cuando llovía, entraba agua por el techo. Había que poner cuidado dónde ubicar el maletincito con la muda de ropa que se llevaba, porque podía mojarse, en fin, condiciones lamentables. Pero él hizo todo lo que pudo y hasta más de lo que podía. Y sin embargo, yo creo que la Facultad fue tremendamente ingrata con él, porque hizo caudal de tipo político de un hombre que no era ni el enemigo de la Facultad, ni el enemigo de la Universidad, ni el enemigo de nada. Era el amigo de los enfermos. Era el amigo de los colegas. Era el amigo de la docencia. Y fue en repetición, porque también le había tocado, pobre, recibir palazos de todos los tamaños, cuando siendo Médico Forense, decía lo que encontraba. ¿Y qué era lo que encontraba? ¡Que lo habían matado a palos a un hombre! Y él iba y lo decía, y hablaba con legisladores y qué se yo. Le querían comer el alma. Lo trataron mal de todos lados. No era un hombre activo políticamente. Le pegaron y le pegaron mal.

Yo me enteré, porque me había ido hacía tiempo de la Cátedra de Emergencia, donde estuve desde fines de 1973 o comienzos de 1974, y estuve hasta 1980 o 1981, que renuncié y me fui. Después de eso lo veía ocasionalmente. Pero siempre me manifesté con gran indignación, porque lo que hicieron con ese hombre, no se debe hacer con nadie. ¡Que se haga causa política con un tipo de ese nivel! ¡Pero por favor! La Facultad de Medicina fue terriblemente injusta con él. No quiero detenerme en hechos similares, porque me hace mal sólo recordarlo y comentarlo. Un hecho que se dio en más de una Cátedra, que al que estaba lo sacaron mal, y al que vino después lo pusieron mal. [Y cita varios ejemplos]. En varios casos se dio que los nombraban, pero con el voto negativo de los estudiantes. Eso fue también muy feo.

El pobre *Chumbo*, en el Hospital Policial, tuvo algunas cosas buenas y algunas pálidas, también. Esa modalidad de ser frontal, confrontativo, le trajo dificultades. Era muy bocón, lo que pensaba lo decía. Y lamentablemente no se lo tomaba por lo que él quería decir.

Era muy buen cirujano y un excelente Jefe. – *Un excelente jefe y compañero de todo el mundo*, agrega Mirtha. En materia de cirugía, cirugía viene de *quiros*, dedos. Entonces ningún tipo, profesor o no profesor, que pretenda hacer una disciplina quirúrgica, lo primero que tiene que tener es habilidad manual, técnica quirúrgica. Lo demás, viene después. Pero desgraciadamente, ha habido algunos que llegaron a ser profesores, y no se saben *atar los zapatos*, como digo yo. Es horrible, pero es verdad. El *Chumbo*, no. Operaba y operaba muy bien. Además, como le gustaba la cirugía de urgencia, se sentía muy a gusto operando cirugía de urgencia. Compartimos más de una ocasión.

Hay una que me quedó adentro mientras viva. Una muchacha casi adolescente, que llegó de San José. Esa chiquilina, con una escopeta de caño largo, se apoyó la punta de la escopeta cerca del ombligo, y como no alcanzaba el gatillo, con el dedo gordo del pie disparó el tiro. Obviamente a boca de jarro. Ahí entró toda la pólvora, la munición, el taco del cartucho. Rompió el lóbulo derecho del hígado, el riñón derecho, perforó en varios lados el duodeno, en varios lados el ángulo derecho del colon, siguió viaje, atravesó el diafragma, pescó el lóbulo medio del pulmón derecho, rompió eso, y ahí quedaron tirados en la pleura todos esos elementos. Y el *Chumbo* andaba por allá arriba, en el Piso 17, y operamos juntos. Era la cirugía de altísimo riesgo, por supuesto. Lo único que tenía a favor la pobre chiquilina fue su juventud. Le dimos y le dimos. Se hizo la hepatectomía, se hizo la nefrectomía, se zurció el duodeno, porque no se puede exteriorizar, se exteriorizó el ángulo derecho del colon donde estaba agujereado, se reparó el agujero del diafragma, y se hizo una resección atípica del lóbulo medio del pulmón derecho y se drenó la pleura. Ante mi asombro infinito, esa chiquilina sobrevivió. Pero era lo que siempre he sostenido: el buen cirujano,

el gran cirujano, disfruta operando. Es cuando está mejor, cuando se siente bien, cuando está todo bien. Si tú vas a una sala de operaciones y ves operar a uno de estos fantasmas que gritan, y patalean, insultan, exigen y joden, y hacen un escándalo, es porque no saben lo que están haciendo, son incapaces de hacerlo.

Y el *Chumbo* era un cirujano de raza, de alto nivel. Desde luego, por haber estado en esa Cátedra, no recibió el crédito que debió haber recibido de acuerdo con su desempeño como cirujano. Y de postre, la Facultad vino lo sacó para afuera. Eso no se hace con nadie. Las razones bastardas y políticas que usaron para sacarlo, lo único que hacen es encastrar a los que lo hicieron. [El *Chumbo* supo que no contaba con los votos de los estudiantes y no quiso aceptar el cargo]. Él no aceptó eso y creo que tenía razón. La vida no fue muy gentil con él. No lo fue.

Otro aspecto, poco conocido. Él había tomado para sí la tarea de entrenar a los jovenzuelos hebreos, para lo cual iba gratuitamente a dar clases en el Preparatorios del Colegio Yavne. Los muchachos, por supuesto, lo adoraban. ¡Mirá las cosas que organizaba el *Chumbo*! Se le había ocurrido venir a Santa Teresa y él entrenaba a esos chiquilines en aspectos de *guerra de comandos*. Había hecho artes marciales y qué se yo. Los trajo acá y los dividió en dos grupos: los atacantes y los atacados. Unos que iban a tomar la plaza de los otros, y los otros tenían que defenderse. Ahí venía el factor sorpresa, el entrenamiento, tener que arrastrarse no sé qué cantidad de metros en medio de la pinocha y la arena. Y lo decía con alegría eso, y nos contaba. Al seguir forzando su físico, una de las consecuencias que le trajo fue la rotura de un tendón de Aquiles. Lo contaba él: *Lo que uno siente es como que lo cortaran con un hacha; un latigazo. Te caés porque se te desparrama el pie. Hasta sentís el ruido que hace cuando se rompe*. Yo le decía: Te olvidás que no tenés 20 años, ni 30 siquiera, y seguís haciendo esfuerzos físicos enormes. A veces se pagan esos precios.

Me has hecho recordar cosas del *Chumbo*, revolver el aserrín.

CAPÍTULO 15

BIBLIOGRAFÍA DE GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
BINAME-CENDIM



- Venturino W, Ríos Bruno G, Larghero P. (1957). Riesgos quirúrgicos y anestésicos en enfermos tratados con cortisona o ACTH. *Día Médico Uruguay* 1957; 24(287): 1549-58.
- Larghero P, Venturino W, Ríos Bruno G. (1957). Criterio actual de la tercera clínica quirúrgica en el tratamiento del cancer del seno. *Día Médico Uruguay* 1957; 25(291): 1732-45.
- Ríos Bruno G. (1958). La patología quirúrgica del mediastino. Tesis de Doctorado
- Ríos Bruno G, Larghero P, Venturino W, (1958). Táctica y técnicas racionales para el tratamiento de las grandes hernias por deslizamiento. *Día Médico Uruguay* 1958; 26(304): 2261-5
- Ríos Bruno G, Castiglioni Alonso H. (1961). Lesiones cardiovasculares en las contusiones cerradas de tórax. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* 1961; 32(4-6): 767-75
- Ríos Bruno G. (1961). Perforación diafragmática por tubo de drenaje de quiste hidático de hígado. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* 1961; 32(4-6): 460-4
- Ríos Bruno G. (1961). Tumor inflamatorio inespecífico del colon derecho. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* 1961; 32(4-6): 500-2.
- Ríos Bruno G. (1961). Cáncer de mama. Análisis de 93 casos (clínico, patológico y evolutivo). *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* 1961; 32(4-6): 587-618

- Ríos Bruno G. (1962). Problemas médico legales que plantea el traumatizado creanoencefálico. Congreso Médico del Uruguay, 5. dic. 1962. p.808-821.
- Murguía de Roso E, Ríos Bruno G, Uteda M, Grois M, Vaccarezza A, Gambetta J (1962). Insuficiencias respiratorias quirúrgicas en el recién nacido *Arc Ped Urug* 1962; 33(10): 635-48.
- Ríos Bruno G. (1963). Una rara complicación de divertículo de Meckel (vólvulo del divertículo). *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay* 1963; 34(1-2): 113-6
- Ríos Bruno G. (1963). Panorama actual de la toxicomanías en el Uruguay. *Rev. Psiqu Urug* 1963; 28(167): 7-25
- Ríos Bruno G (1963). Hallazgos necropsicos en la obstrucción intestinal postoperatoria. En: [Trabajos] del 14 Congreso Uruguayo de Cirugía. Vol.2. 14 Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 3-6 dic. 1963. pp.117-9
- Ríos Bruno G (1974). Heridas de cuello: introducción [Mesa redonda]. *Cir Urug* 1974; 44(4): 227-9. 24 Congreso Uruguayo de Cirugía.
- Ríos Bruno G (1974). Heridas de cuello: conclusiones [Mesa redonda]. *Cir Urug* 1974; 44(4): 266. 24 Congreso Uruguayo de Cirugía.
- Ríos Bruno G (1975). Rol del cirujano general en el manejo del traumatizado creanoencefálico. *Cir Urug* 1975; 45(1): 14-8
- Ríos Bruno G, Ibarburu S (1975). Injurias traumáticas del duodeno. *Cir Urug* 1975; 45(4): 299- 306
- Ríos Bruno G, Cazabán A, A D'Auria (1975). La apendicitis aguda. Montevideo: FCU, 1975
- Ríos Bruno G, Rodríguez Barrios R, [et.al.] (1975). Oftalmología de urgencia. Montevideo: FCU, 1975. (Temas de urgencia para el estdiente y el médico práctico)
- Ríos Bruno G, Vignale R (1975). La consulta dermatológica en emergencia. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1975.
- Torterolo E, Piacenza G, Ríos Bruno G, Casanello G, Castiglioni JC [et. al.](1975). Complicaciones tardías de los traumatismos hepáticos: a propósito de 239 observaciones . *Cir Urug* 1975; 45(3): 181-4
- Herrera Ramos F, Puppo Touriz H, Ríos Bruno G, [et.al.] (1976). Legislación que regula la actividad médica. Montevideo: Universidad de la República, 1976.
- Ríos Bruno G, Mañana Cattani J (1976). Clases de emergencia de 1975. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1976
- Ríos Bruno G (1976). Heridas de cuello. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1976. (Temas de urgencia para el estudiante y el médico práctico)

- Ríos Bruno G, [et.al.] (1976). Técnicas de uso corriente en emergencias como factor de yatrogenia. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1976. (Temas de urgencia para el estudiante y el médico práctico)
- Ríos Bruno G, Mañana Cattani J, [et.al] (1976). Primer curso de perfeccionamiento de emergencia para médicos del interior. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1976
- Ríos Bruno G, Mañana Cattani J, [et.al] (1976). Tratamiento de las grandes hemorragias abdominales. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1976. (Temas de urgencia para el estudiante y el médico práctico)
- Ríos Bruno G, Mañana Cattani J, Fogel de Korc E (1977). Clases de emergencia de 1976. Montevideo: Oficina del Libro-FCU, 1977.
- Ríos Bruno G, (coord), Mañana Cattani J (coord), Silva C (coord), Urres-tarazú J (coord), Fogel E (coord) (1978). Tercer curso de perfeccionamiento de emergencia para médicos del interior. Montevideo: Oficina del Libro, 1978
- Ríos Bruno G. (1977). Conducta frente a una situación de desastre. *Emerg Urug* 1977; 1(1): 11-5.
- Maquieira G (coord), Ríos Bruno G [et.al.].(1982). Cirugía de colon, recto y ano. Curso para Graduados. Montevideo: Facultad de Medicina, 1982.
- Ríos Bruno G, Fogel E (1983). Manejo del enfermo grave en emergencia. Montevideo: Delta, 1983.
- Ríos Bruno G. (1983). Procedimientos diagnósticos en el abdomen agudo. *Cir Urug* 1983; 53(3): 338-40. 33 Congreso Uruguayo de Cirugía; 1982; Montevideo, Uruguay.
- Ríos Bruno G (coord.) (1984). Emergencias en cirugía. Montevideo: Delta, 1984.
- Fogel E, D'Auria A, Altman M, Cominotti L, Ríos Bruno G. (1984). Accidentes de transito: análisis de ochenta días de su tratamiento en el Hospital de Clínicas. *Emerg Urug* 1985; 4(3): 93-7
- Mesa G, Maquieira G, Ríos Bruno G. (1984). Accidentes de transito: análisis de ochenta días de su tratamiento en el Hospital de Clínicas. *Emerg Urug* 1985; 4(2): 61-4
- Ríos Bruno G. (1985). Importancia de la historia clínica en emergencia[editorial]. *Emerg Urug* 1985; 5(3):115-8
- Ríos Bruno G. (1985). Asfixia transitoria por suspensión incompleta. *Emerg Urug* 1985; 5(3):130-1
- Praderi JA, Carriquiry GM, Pomi JA, Ríos Bruno G, Lerena AE (1991). Heridas cardiopericárdicas. *Cir. Urug* 1991;61(5/6): 171-4.
- Ríos Bruno G, Berlangieri CM, Berro GB, Tommasino A, Ferreres AR (1995). Responsabilidad médico legal del cirujano. *Cir. Urug* 1995; 65(1): 6-18.

- Ríos Bruno G (1997). Bosquejo de historia de la anatomía universal. *Rev. Hosp. Maciel* 1997; 2: 41-8.
- Ríos Bruno G (1998). Dominique Larrey: su vida y su obra (1a. parte. *Rev. Hosp. Maciel* 1998; 3: 48-53.
- Benedek P, Pradines JC, Ríos Bruno G, Vázquez FS, Venturino W. Pedro Larghero: cirugía y pasión. Montevideo; Gráfica Industrial Uruguaya; ago.2000
- Ríos Bruno G (2000). Dominique Larrey (su vida y su obra): 2da. Parte. *Rev. Hosp. Maciel*; 5: 27- 32.
- Ríos Bruno G (2001). Prof. Dr. Julio Mañana Cattani (1925-2000). *Cir. Urug* 2001;71(1/2): 3-4.
- Magalhaes JG, Pérez C, López P, Silva, M, Collazo C, Larre Borges AV, Ríos Bruno G; Gelabert BL, Novoa O (2005). Insuficiencia renal aguda post percusión de tamboril. *Arch. Med. Interna* 2005; 27:105-6.
- Ríos Bruno G, [et.al.] (s.d.). Proyecto de organización de un sistema de emergencia en la República Oriental del Uruguay. Montevideo: Hospital de Clínicas, s.d.

Lic. Ma. Amparo de los Santos
Sección Bibliografía Nacional-Historia de la Medicina
BINAME-CENDIM
Facultad de Medicina-UdelaR

EPÍLOGO

A través de estas páginas hemos buscado dar un panorama bajo diferentes miradas de la amplia formación y el ancho campo que transitó, en la Medicina y en la vida, Guaymirán Ríos Bruno, *El Chumbo*, como era, de modo más afectuoso, conocido.

Las etapas de su formación le llevaron por los senderos de la Anatomía primero, más tarde por la Cirugía en contacto con dos grandes maestros, Pedro Larghero y José Iraola. Con diferentes perfiles y proyecciones, pero con igual solidez y una potente luz con que iluminaron a quienes pasaron a su lado y estuvieron preparados para recibirla. Luego su trayectoria como Médico Forense, que le permitió estar durante muchos años junto al Juez, asistiendo al más amplio panorama de las miserias y tragedias humanas.

Pero fundamentalmente, su culminación en la organización de un Departamento de Emergencia que encabezó por vez primera como Profesor titular y al que dio nuevas proyecciones. Hasta su presencia en ese cargo de dirección, con su rico bagaje de conocimientos y experiencia, y particularmente con su formación humanista, el Departamento se diferenciaba poco del que existía en los demás hospitales. No porque la calidad de su personal médico y de enfermería fuera poco experiente, cuando tenían la mejor formación y eran los que ganaban los concursos para la titularidad de sus cargos, en una función exigente y de fuerte impacto personal y profesional.

Él imprimió un sentido diferente a la Emergencia, a través de la Dirección de ese Departamento y Cátedra, alzando la mirada para ver su proyección hacia toda la comunidad: a los estudiantes y médicos, para transmitirles formación en conocimientos básicos que les permitieran un desempeño sólido para actuar frente a situaciones críticas. Encaró las actividades de la Emergencia con otra perspectiva, en profundidad y a largo plazo. Con otra mirada renovadora. Era su pensamiento que todo médico debía saber atender básicamente una emergencia y tener claro cómo seguir la atención de ese paciente, *derivándolo a un sistema*. Allí se diferenció claramente de todo lo preexistente, promoviendo la creación de un sistema nacional de

emergencias, que estudió concienzudamente y ejemplificó con el análisis de módulos regionales, describiendo hasta el mínimo detalle cómo debían articularse los diferentes niveles, y cuáles debían ser sus recursos humanos y materiales, así como la comunicación, disponible en aquel tiempo para efectuar las rápidas derivaciones. Con el concepto principal de que el paciente que llegaba a la Emergencia debía llegar con vida y salir con vida a los siguientes niveles asistenciales.

Ayudó e impulsó a crear y desarrollar Departamentos de Emergencia en dos grandes hospitales públicos: el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y el Hospital Policial “Insp. Gral. Uruguay Genta”. De ambos fue su Director de Emergencia y les dejó como legado una escuela de formación de médicos dignos y preocupados por la preparación para circunstancias críticas.

Una mirada hacia su formación humanística, que lo llevó a incursionar en aspectos de la Historia de la Medicina y particularmente de la Anatomía y la Cirugía de Guerra, rescatando el ejemplo innovador de Dominique-Jean Larrey, del que se ocuparon diversos autores, pero que él adoptó como un referente del mayor valor, sin duda inspirador de muchos de sus planteos en el tercio final del siglo XX. Pero también se consagró a conservar, a través de cuentos breves, sus vivencias profundas y tiernas del contacto con los ciudadanos actores de las desgracias que le ocurren al ser humano a lo largo de su vida, a los más modestos o a los más encumbrados, al trabajador honesto y sacrificado, como al malandra consuetudinario e irreformable, al que Ríos le descubre siempre alguna veta rescatable.

La proyección de las concepciones y planteos de Ríos Bruno trascendieron ampliamente los límites de su tiempo, para tender las líneas del desarrollo de la atención médica en el final del siglo XX y el comienzo del XXI. Donde muchas de sus aspiraciones pudieron concretarse, y otras tantas esperan la circunstancia y viento favorable para implementarse.

Fue un referente ético que participó en los principales eventos aportando siempre con claridad y libertad de pensamiento, siendo permanentemente requerido para ayudar en procesos críticos de trascendencia nacional e internacional. Tanto en el tema de la nueva definición de la muerte, que culminó en la Declaración de Sidney, de 1968 de la Asociación Médica Mundial, como en la Declaración sobre el Narcoanálisis, para tomar sólo dos ejemplos, su participación fue del mayor valor para clarificar a sus colegas situaciones de alta complejidad, que hasta hoy perduran y que tal vez se ha olvidado qué porción le cupo en la defensa de la justicia en el sentido más amplio a que pueda contribuir un médico de su experiencia y formación. Ejerció plenamente la función social de nuestra profesión, con pasión pero con la mayor tolerancia y respeto por la opinión de los demás.

El valor de sus enseñanzas y el ejemplo de su vida, su enorme sentido ético y la fuerza con que defendió sus verdades para beneficio de la Humanidad, se deben conocer y preservar, porque allí está la esencia de su maestría. Y la necesidad de nuestro permanente y afectuoso recuerdo, por su aporte y por su ejemplo.

Su vida fue un testimonio: de trabajo intenso; de enseñanza permanente y fecunda; de desprendimiento por los bienes materiales.

Su propia salud muestra cómo su organismo se fue minando a consecuencia de vivir intensamente cada uno de los compromisos profesionales y personales que jalaron su rica existencia. Allí le fueron dejando las cicatrices que afectaron todo su ser y explican varios de los episodios que lo llevaron inexorablemente hacia la muerte.

Educó con el ejemplo, en el seno de su familia, y en el entorno de sus alumnos y discípulos. No fue un mero predicador de lo que había que hacer. Con fuerza y coraje emprendió grandes obras que en parte perduran, y en parte se perdieron u olvidaron.

Cuando hoy se visita por ejemplo, el Hospital Policial pueden hallarse múltiples testimonios. En el Servicio de Emergencia que él planeó y fundó, lo recuerdan con el mayor cariño. El actual director tiene un retrato suyo en su modesto despacho. Una placa de bronce recuerda su memoria. El helipuerto es uno de los pocos que funciona actualmente en el País. Ahí está *El Chumbo* vivo.

Cuando se visita acto seguido, como lo hizo el autor, el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, se ve que aquél servicio con helipuerto que él creó, se ha desmantelado. Hoy la pista fue invadida por una construcción que semeja una fortaleza colonial de piedra, perteneciente a la Facultad de Odontología. En tanto que el resto está utilizado como área de estacionamiento precario, a pesar de los letreros que indican el “prohibido estacionar”. En el interior ningún recuerdo se guarda de aquel soñador que dejó tantas horas de su vida en el empeño de mejorarlo y hacerlo el mayor referente hospitalario del país. Ahí no se encuentra más *El Chumbo*.

El Sistema Nacional de Emergencias que él planeó, a pesar de todos los recursos y todas las reformas del sistema de salud, continúa esperando que le llegue la hora de ser una efectiva realidad.

Y los pacientes y víctimas de los siniestros no se benefician de lo que con esfuerzo y pasión él planeó hace cuatro décadas. ¿Por desidia; por ignorancia; por incapacidad; por olvido?

En el Poder Judicial hace falta que sus Médicos Forenses tengan en todo el país, cada día más presente la huella que él dejó y brinden a la Justicia el apoyo de su pericia para que pueda ser auténtica y verdadera. Y que en

todos los rincones de la República puedan desempeñarse con la misma idoneidad de la que él dejó tantos buenos ejemplos perdurables.

No buscó recompensas ni oropeles. Trabajó con honor y eso lo distingue y enaltece. Con amor por la verdad y con un alto sentido ético. Que quienes estuvieron cerca suyo conservan y evocan como su mejor legado.

ANEXO I

EL NARCOANÁLISIS COMO PROCEDIMIENTO PARA OBTENER DECLARACIONES POLICIALES ¹

**INFORME Y CONCLUSIONES DE LA
COMISIÓN ESPECIAL QUE ESTUDIÓ**

*Comisión Especial integrada por los Dres. Guaymirán Ríos Bruno,
Alfredo Pernin, José María Reyes Terra y Luis E. Folle.*

Montevideo, 24 de Setiembre de 1970

Señor Presidente del Comité Ejecutivo
del Sindicato Médico del Uruguay
Dr. Julio C. Ripa
Presente

De nuestra mayor consideración:

Dando cumplimiento a la misión que ese Ejecutivo nos encomendó por nota de fecha 24 de Agosto del corriente año, consistente en el estudio y proyecto de una declaración sobre el uso del Narcoanálisis como procedimiento para obtener declaraciones policiales, elevamos el texto de dicho proyecto.

No hemos querido dar a nuestro trabajo la forma de una presentación escueta, sino que, para fundamentarlo, nos hemos extendido en consideraciones previas que le den base y sentido. A tal fin, con el propósito de que el encuadre del tema se haga con el máximo de perspectivas, hemos recabado colaboraciones que hemos entendido imprescindibles, y seríamos injustos si

¹ Repartido No. 14. Ejercicio XLI. 28.IX.70., del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay.

no consignáramos desde el comienzo el invalorable asesoramiento jurídico y la amplia adhesión a nuestra labor otorgados por el distinguido penalista Dr. Carlos Martínez Moreno, sin cuya contribución, en muchos casos transcrita textualmente, lo que sigue sería una exposición parcial y, seguramente de muy precaria utilidad.

Nos hemos también manejado con la bibliografía que ha podido estar a nuestro alcance, directamente o en las citas de los autores en quienes más nos hemos apoyado, todo lo cual queda consignado en el texto.

Para los aspectos jurídicos del problema debemos dejar constancia de la importancia fundamental que tiene el trabajo de Edmond ALAUZE, Conseiller de la Cour d'appel de Montpellier, "La narcoanalyse devant la Justice", publicado en la Gazette du Palais, 1949, y también la Sentencia muy importante de la Seconda Corte d'Assise di Appelle di Roma, del 27.IV.1956, comentada por el eminente CARNELUTTI, por MUSATTI y por GASTALDI, publicado todo en la Revista de Jurisprudencia Italiana, TEMI, 1956, pp. 478 y sig.

Para los problemas de farmacología y técnica es de capital importancia el asesoramiento de dos obras sobre el tema: "The Pharmacological Basis of Therapeutics", de L. S. GOODMAN y A. GILMAN (Mc. Millan, N. York, 1965); y "Anesthesie" (Collection Médico-Chirurgicale à Revision Annuelle, Flammarion, Paris, 1957-64).

Entendemos que el tema ofrece múltiples aspectos a considerar, pues por un lado se arraiga históricamente en prácticas empíricas, religiosas o de intención justiciera, de origen remoto, de carácter primitivo y mítico, propuestas al fin de inquirir una verdad y por otro, se incorpora en la época moderna a una similar inquisitoria en planos y campos más concretos y delimitados, de naturaleza científica, judicial, policial o política.

La búsqueda de la verdad de un hecho y de la afirmación de su existencia, por la confesión de que el mismo ha sido realizado, ha sido considerado hasta hoy, por muchos, como el más certero dato afirmativo de la relación causal entre el hecho y el agente.

La ordalía antigua y el juicio de Dios del Medioevo, decidían en el plano mítico, individuo aparte, pensamiento mágico mediante, el equívoco entre el hecho imputable y cierto y el supuesto ejecutor.

De esa justicia primitiva basada en el ceremonial de los mitos, se ha pasado en la era moderna, al "error – dice Marañón – *de querer hacer justicia a base de la confesión*".

Con verdadera alegría leo que, –sigue el autor citado, transcribiendo textualmente el texto bien conocido de Rolin– la desconfianza respecto a la confesión es tal en algunos juristas, que han llegado a proponer que se le niegue todo valor probatorio y que la instrucción –se refiere a la sustanciación del sumario– prescinda de su búsqueda.

Montevideo, 24 de setiembre de 1970.-

28 SET. 1970

Señor Presidente del Comité Ejecutivo
del Sindicato Médico del Uruguay
Dr. Julio C. Ripa
Presente.-

De nuestra mayor consideración:

Dando cumplimiento a la misión que ese Ejecutivo nos encomendó por nota de fecha 24 de Agosto del corriente año, consistente en el estudio y proyecto de una declaración sobre el uso del Narcoanálisis como procedimiento para obtener declaraciones policiales, elevamos el texto de dicho proyecto.

No hemos querido dar a nuestro trabajo la forma de una presentación escueta, sino que, para fundamentarlo, nos hemos extendido en consideraciones previas que le den base y sentido. A tal fin, con el propósito de que el encuadre del tema se haga con el máximo de perspectivas, hemos recabado colaboraciones que hemos entendido imprescindibles, y seríamos injustos si no consignáramos desde el comienzo el invalorable asesoramiento jurídico y la amplia adhesión a nuestra labor otorgados por el distinguido penalista Dr. Carlos Martínez Moreno, sin cuya contribución, en muchos casos transcrita textualmente, lo que sigue sería una exposición parcial y, seguramente de muy precaria utilidad.

Nos hemos también manejado con la bibliografía que ha podido estar a nuestro alcance, directamente o en las citas de los autores en quienes más nos hemos apoyado, todo lo cual queda consignado en el texto.

Para los aspectos jurídicos del problema debemos dejar constancia de la importancia fundamental que tiene el trabajo de Edmond ALAUZE, Conseiller de la Cour d'appel de Montpellier, "la narcoanalyse devant la Justice", publicado en la Gazette du Palais, 1949, y también la Sentencia muy importante de la Seconda Corte d'Assise di Appelle di Roma, del 27-IV-1956, comentada por el eminente CARNELUTTI, por MUSATTI y por GASTALDI, publicado todo en la Revista de Jurisprudencia Italiana, TEMI, 1956, pp.478 y sig.

Para los problemas de farmacología y técnica es de capital importancia el asesoramiento de dos obras sobre el tema: "The

El legislador clásico actúa bajo la superstición de que sin confesión la condena es arriesgada; pero de esta superstición, como pasa siempre, escapa admitiendo subcientemente como confesión lo que, moralmente, no puede serlo. De todas las realidades del delito, la menos importante psicológicamente es la que proporciona la confesión. Mucho más difícil, y ya lo es, que el que el hombre valore justamente sus méritos, es que valore sus culpas. La interpretación del propio pecado está, casi siempre, deformada ya por el instinto de la exculpación, ya por la preocupación autoacusatoria. La misma espontánea y absoluta confesión, que es la única válida, la que se realiza por propia decisión y no a instancia de nadie como la que se hace ante Dios, puede contener el factor de artificio inevitable que el hombre pone en todo lo que pasa a través del filtro de su objetividad; exceso de culpa o exceso de disculpa.

Entre el *in dubio pro reo* del aforismo latino y el otro de que *a confesión de parte, relevo de prueba*, campea hoy una escala degradada que parte del respeto a la persona humana, impuesto por la duda, y la prescindencia de la prueba y de ese respeto, ante el hecho de la confesión objetable no sólo por las razones que enumera Maraón, sino también, y es lo más grave, cuando ella se obtiene en base a recursos que disminuyen, desfiguran o desorganizan la personalidad del confeso.

Todos los medios de tortura, usados a lo largo de la historia, y también hoy y aquí para arrancar confesiones con el torpe propósito de que sean creídas, y quizás con el más vilipendiable de adelantarse criminalmente, sadismo y ánimo de venganza mediante, a la posible o no sanción legal, actúan en base al quebranto de la voluntad frente a la coacción del dolor físico o el agravio moral. Se quiere conseguir esa misma claudicación del contralor Vigil, en base a artificios cientificistas que, sorteando los recursos del dolor y del agravio, dismantelen también al individuo de sus naturales defensas.

DEFINICIÓN

El Narcoanálisis, sea cual sea la rigurosidad de su etimología, es, sencillamente, una técnica, no plegada a ninguna escuela ni sistema, destinada a facilitar, abreviándolo, el proceso del diagnóstico y el del tratamiento mediante sustancias hipnóticas que permiten, en base a modificaciones especiales del psiquismo, penetrar en planos profundos y no revelados de éste en el estado Vigil y durante la encuesta coloquial.

Procedimiento eminentemente médico, preconizado para uso clínico, con fines diagnósticos y terapéuticos, pasó luego a ser usado en la práctica médico-legal, primero con fines diagnósticos, para detectar los casos de simulación, y luego, se incorporó en el plano policial y político para obtener confesiones y delaciones.

Del plano terapéutico de la búsqueda de los encadenamientos y dinámicas de las conductas patológicas para interpretarlas y curarlas, en un polo de la

traición sin el contralor racional y vigil que la impidan.

Del ademán altruista que significa el uso del narcoanálisis para bien del prójimo, se ha pasado sin remilgos de conciencia al solapado gesto de llevar ignominiosamente a un infraindividuo a una actitud de ignominia.

~~Y lo más grave es que quienes eso proponen hoy para lo suyo, fueron pronto ayer, y en un ayer muy reciente, ágiles para estampar el vituperio de tales maniobras cuando ellas se realizaban como procedimientos habituales en regímenes políticos que existían.~~

El problema llega así a adquirir proyecciones insospechadas por lo que debe ser considerado de una manera a la vez muy amplia y muy precisa.

Será pues necesario detallar y analizar sus antecedentes históricos y el fin que con él se persigue; su técnica y los riesgos por la misma; sus indicaciones y resultados; y dado sus implicancias políticas, legales y médicas, su valoración en base a las normativas éticas, jurídicas y científicas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.-

El primer antecedente histórico de la obtención de la verdad en base al uso de sustancias químicas está dado en la ebriedad por el vino, en que el sujeto pierde las inhibiciones y libera así confidencias retenidas por aquéllas.

La catarsis que, desde muchos años atrás, procuraba obtenerse mediante la hipnosis, y que el método psicoanalítico procura y obtiene mediante recursos propios, se veía y se vio facilitado - mediante fármacos diversos.

Muchos autores los utilizaron, ya desde mediados del siglo anterior: alcohol, éter, cloral, cloroformo, haschich, morfina, bromuro de amonio, paraldehído, cocaína.

Recién en 1925 aparecen los ensayos de sistematización de la técnica por narcoanálisis, término debido a Horsley (1936) que usa con ese fin los barbitúricos en Inglaterra, y que había sido - sin embargo precedido en esas experiencias desde 1932 por Lorenz.

House (1931) implanta el uso de la escopolamina, en forma de bromhidrato, y le da el nombre, en realidad inadecuado, de suero de la verdad.

Con esa misma denominación, y ya más cerca de nosotros, empiezan a usarse en la clínica otras sustancias: la mescalina, el LSD, ciertos amfetamínicos y sobre todo, los barbitúricos de acción corta y ultracorta.

escala de sus posibles rendimientos, se ha querido aplicar, se ha aplicado en el otro polo de la misma, para obtener, ya no la confesión de hechos como medio de restablecer la salud a través de su valoración jerárquica y su sentido teleológico – intención que hace perdonar la maniobra de penetrar el mundo de la intimidad personal – sino para utilizar esa intimidad ahora sí inviolable para por medio de estructuras desmoronadas de una personalidad maniatada e inerte, el conocimiento de hechos que signifiquen asumir una culpa sin posibilidades de defensa o la delación y la traición sin el contralor racional y vigil que la impidan.

Del ademán altruista que significa el uso del narcoanálisis para bien del prójimo, se ha pasado sin remilgos de conciencia al solapado gesto de llevar ignominiosamente a un infraindividuo a una actitud de ignominia.

El problema llega así a adquirir proyecciones insospechadas por lo que debe ser considerado de una manera a la vez muy amplia y muy precisa.

Será pues necesario detallar y analizar sus antecedentes históricos y el fin que con él se persigue; su técnica y los riesgos por la misma; sus indicaciones y resultados; y dado sus implicancias políticas, legales y médicas, su valoración en base a las normativas éticas, jurídicas y científicas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El primer antecedente histórico de la obtención de la verdad en base al uso de sustancias químicas está dado en la ebriedad por el vino, en que el sujeto pierde las inhibiciones y libera así confidencias retenidas por aquéllas.

La catarsis que, desde muchos años atrás, procuraba obtenerse mediante la hipnosis, y que el método psicoanalítico procura y obtiene mediante recursos propios, se veía y se vio facilitada mediante fármacos diversos.

Muchos autores los utilizaron, ya desde mediados del siglo anterior: alcohol, éter, cloral, cloroformo, haschisch, morfina, bromuro de amonio, paraldehído, cocaína.

Recién en 1925 aparecen los ensayos de sistematización de la técnica por narcoanálisis, término debido a Horsley (1936) que usa con ese fin los barbitúricos en Inglaterra, y que había sido sin embargo precedido en esas experiencias desde 1932 por Lorenz.

House (1931) implanta el uso de la escopolamina, en forma de bromhidrato, y le da el nombre, en realidad inadecuado, de suero de la verdad.

Con esa misma denominación, y ya más cerca de nosotros, empiezan a usarse en la clínica otras sustancias: la mescalina, el LSD, ciertos anfetamínicos y sobre todo, los barbitúricos de acción corta y ultracorta.

TÉCNICA, FARMACOLOGÍA, RIESGOS

Todas esas sustancias tienen un componente común en su acción farmacológica: producen, a dosis variables, generalmente débiles, una depresión de las estructuras encefálicas superiores (corteza) con liberación consiguiente y progresiva del *pallidum* y núcleos grises de la base. En su inicio, esta desconexión, permite en ciertas circunstancias que afloren respuestas de formaciones cerebrales de evolución primitiva, que forman el *substratum*, digámoslo así, de la conciencia.

Esa característica medicamentosa la comparten estos fármacos con toda la serie de los alcoholes potables, los anestésicos generales, los narcóticos que, en estudios iniciales de impregnación, antes que induzcan hipnosis profundas con o sin analgesia, dejan en libertad impulsos reprimidos o controlados normalmente por la corteza.

En una etapa más avanzada de la narcosis, cesa también el control de los núcleos autónomos de la base y se constituye el período de excitación o *delirium*. En ese estadio, frente a estímulos incluso débiles, el paciente responde con reflejos de defensa incontrolados.

Continuando esta secuencia se deprimen después los núcleos protuberanciales y por último la médula; aparecen entonces alteraciones en ritmo y frecuencia de la respiración, con insuficiencia o parálisis de esa función, depresión de la actividad de los núcleos autónomos de regulación cardiorrespiratoria y del miocardio mismo.

Centraremos el estudio en los barbitúricos de acción ultra rápida: Tiopental (Pentotal), Exobarbital (Evipan) y Tiobarbital (Kemital); por ser los que, con mayor frecuencia, han sido utilizados en el procedimiento de narcoanálisis.

Debe destacarse ante todo que el paciente sometido a la acción, por leve y fugaz que sea, de un barbitúrico, no mantiene en este período sus constantes físico y psicológicas normales. Existe, como ya señalamos, depresión sistémica y autónoma; el psiquismo está alterado y distorsionadas las expresiones características de la individualidad. El sujeto se halla disminuido en su integridad mental; puede ser sugestionado. En el empleo psiquiátrico de estas drogas tales hechos se conocen y se tienen en cuenta. Los autores son contestes en afirmar que este tipo de narcosis presenta su mayor utilidad como terapia de liberación, no siendo tan claro su valor diagnóstico; las respuestas del sujeto no son siempre fidedignas y, en muchas ocasiones reproducen vivencias ocultas, procesos reprimidos, imaginaciones oníricas. Hechos todos, de innegable validez en el proceso de un narcoanálisis, pero carentes de fuerza probatoria con respecto a situaciones reales.

Haremos algunas consideraciones sobre la técnica misma del empleo de barbitúricos.

- 1) Su administración se hace casi siempre por vía intravenosa. Esa inyección entraña riesgos; se han señalado varios casos de inyección intra arterial, que provoca un espasmo o una trombosis vascular en los casos más graves, la consiguiente isquemia del antebrazo y mano; con cierta frecuencia se ha llegado a la necrosis; gangrena isquémica; en los casos de inyecciones perivenosas las consecuencias patológicas son de menor entidad: edema, éscaras.
- 2) Además de los riesgos locales existen riesgos sistémicos que constituyen el grupo principal de accidentes imputables a la administración de estas drogas.

Nos referimos a la depresión respiratoria, que de acuerdo con la dosis puede ser muy severa; agravada por las dificultades de reanimación que derivan de la aparición frecuente, sobre todo en sujetos sometidos a stress emocional, de espasmos laríngeos que cierran la vía aérea. Sobre el miocardio y el sistema de conducción cardíaca los barbitúricos producen una disminución del gasto, generándose así sobredosis relativa. A dosis elevadas y en presencia de alteraciones patológicas del músculo cardíaco, se comprueba una acción depresora innegable de la actividad circulatoria central.

Los riesgos generales, tanto en el sector respiratorio como en el circulatorio, se vinculan evidentemente a la hipoxia; sea ésta producto de la acción depresora del fármaco o de la obstrucción respiratoria por espasmo laríngeo, aspiración de vómitos en la vía aérea superior, contractura de los maseteros y músculos de las extremidades que dificultan las maniobras de respiración artificial cuando ellas se hacen más necesarias. En una etapa más avanzada de la impregnación, la relajación muscular subsiguiente, la caída de la lengua y el adosamiento de las estructuras músculo-tendinosas de la oro-faringe y de la boca producen también obstrucción respiratoria. También, debemos señalar, que los barbitúricos son excitantes vagales; los reflejos del décimo par son causa en su máxima repercusión de paro cardíaco y en su expresión menos grave de la excesiva secreción mucosa que inunda la vía aérea.

Todos estos procesos se agravan si al realizar la administración del barbitúrico el paciente se encuentra atemorizado, sometido a influjos emocionales poderosos u ofrece resistencia; esos factores, como es sabido, facilitan y exageran la aparición de toda la gama de reflejos en el territorio del sistema nervioso autónomo.

No creemos necesario insistir en las precauciones que deben tomarse para minimizar estos peligros, ni describir las contraindicaciones relativas o absolutas de estas drogas, ya que en el conjunto de estas consideraciones creemos haber sido explícitos en el sentido de que su uso, fuera de las indicaciones médicas, debe estar completamente vedado.

CONSIDERACIONES DE ORDEN JURÍDICO

Desde un punto de vista psíquico, dice el distinguido penalista Dr. Carlos Martínez Moreno – y lo compartimos nosotros -, el Narcoanálisis –

supone, en grado inevitable, el desmantelamiento de la personalidad nerviosa y psíquica del sujeto, la inhibición de los frenos volitivos, el debilitamiento de la atención, la privación (o al menos la atenuación) del poder crítico y de contralor que el sujeto tiene sobre sus actos y palabras en su estado normal.

En el plano jurídico y en el campo doctrinario las opiniones varían con la filiación ideológica de quienes las sustentan.

Un liberal desechará toda maniobra destinada a forzar o eludir la voluntad del sujeto, en beneficio de los intereses del Estado, al contrario de lo que sostendría un autoritarista. Es el caso del penalista nazi alemán Wilhelm SAUER. Conviene recordar que JIMÉNEZ de ASÚA cita en su Tratado la opinión de ese autor respecto al trato carcelario al preso; dicho autor aconsejaba que debe ser progresivamente más duro y riguroso, de modo que, extremado el rigor al fin de la pena, el sujeto en el momento de reintegrarse a la sociedad lleve fresco el sello aleccionante e intimidatorio del mayor castigo. Dicho autor SAUER sostiene que el Narcoanálisis es un modo apropiado para la investigación objetiva de la verdad a la que todo debe supeditarse ya que lo que interesa en el proceso es la defensa de la justicia y ésta exige la comprobación de la verdad. Sostiene asimismo que el fin de la fijación o determinación de la verdad es más valioso que la tutela de la libertad individual y de la intangibilidad corporal, la que lleva a deducir que el narcoanálisis sería también aplicable a todos los sujetos de la prueba e incluso a las partes en un proceso civil.

La averiguación de la verdad estaría así antes que la libertad individual y la integridad corporal y moral del ser humano.

Otro autor de corte autoritarista, MERGENS sostiene que la admisibilidad del narcoanálisis surge del principio de la igualdad de todos los ciudadanos ante la justicia, y que mediante él se suprimen las ventajas que ofrecen las prácticas de investigación corrientes al procesado más hábil. En otros términos, preconiza la injusticia de los procedimientos en pro de la justicia de las sanciones.

En la propia Alemania, las ideas de SAUER y MERGENS fueron rechazadas de plano por eminentes juristas, entre ellos el distinguido neokantiano RADBRUCH con razones científicas y jurídicas.

Entre las científicas, 1º) porque no es seguro que el narcoanálisis produzca las consecuencias buscadas, es decir, la obtención de la verdad objetiva; 2º) porque es muy difícil para un juez, no idóneo en psiquiatría, distinguir verdad de fantasía; 3º) porque es casi imposible evitar en la aplicación del método la sugestión del experimentador sobre el paciente.

En el terreno jurídico: 1º) el uso del narcoanálisis supone una retrogradación técnica hacia el proceso inquisitivo, encastillado en el logro de la confesión a todo trance; y supone también la resurrección del mito de la confesión como *regina probationum*; 2º) el empleo del narcoanálisis es radicalmente incompatible con la dignidad de la persona humana. El hombre es un fin en sí mismo y jamás un medio subordinado a la consecución de otros objetos (Martínez Moreno).

El hecho de que el investigado admita el uso en él del narcoanálisis no es legitimado por aquellos que rechazan doctrinariamente su aplicación. Estiman que: 1º) es dudoso que el sujeto comprenda cabalmente los alcances gravísimos del acto que consiente se realice sobre sí; 2º) el sujeto aparece disponiendo en la intimidad de terceros, sobre la que, por ser un conjunto de bienes individuales, no tiene facultades legítimas para disponer, y por lo que, por esa agresión, cometida en estados conscientes, puede ser llamado a responsabilidades; 3º) el consentimiento mismo, podría haber sido obtenido a su vez, en mérito a la coacción; 4º) significa un peligro vulnerar el principio fundamental *nemo tenetur sedere contrae se* de que nadie está obligado a probar contra sí mismo.

OPINIONES Y DECLARACIONES A NIVEL INTERNACIONAL Y DEL DERECHO COMPARADO

La Orden de Abogados de París condenó el uso del narcoanálisis en su declaración del 13.VII.48, lo mismo que la Asociación Argentina de Abogados en 1948.

En la Ordenanza de la Corte D'Assise de Appello di Roma, del 27.IV.56, se rechazó incluso la posibilidad de practicar el narcoanálisis a pedido expreso de la Defensa del imputado. El eminente penalista italiano CARNELUTTI es partidario de que se conceda al acusado la facultad de someterse a dicha prueba en caso de que, de ella pueda depender su inocencia.

En la VII Conferencia Interamericana de Abogados, el exjuez compatriota Dr. Julio C. Espínola presentó un trabajo titulado *Los sueros de la verdad en el proceso penal* publicado en la *Revista de la Facultad de Derecho*, Año III, Nos. 2-3 Abril-Setiembre 1952, pp. 929 y sig. En dicho trabajo propicia lo siguiente a modo de conclusiones:

1º) El empleo del narcoanálisis con fines inquisitivos en el proceso penal, o en cualquier etapa previa a la instrucción, es absolutamente incompatible con el principio de la eminente dignidad de la persona humana, que está en la base misma de la institución jurídica de los pueblos civilizados; dicho empleo supone en el aspecto técnico-procesal, una inadmisble regresión hacia formas de enjuiciamiento largamente superados por la cultura occidental.

2º) En circunstancias particularmente excepcionales, y bajo un régimen de severas garantías, podría admitirse su utilización en exclusivo beneficio del imputado y a su pedido, cuando ello aparezca como el único medio racional de demostrar su inocencia.

3º) En la fase de ejecución de la pena, siempre que se trate de delinquentes que ofrezcan especial peligrosidad imputable a deficiencias psíquicas, podría considerarse la aplicación de narcoanálisis para la exploración profunda, con fines exclusivamente terapéuticos y a los efectos de ajustar el tratamiento carcelario más eficaz para el logro de la eventual rehabilitación del agente.

La mencionada conferencia, en su resolución sobre el Tema No. 5 del Comité VIII *Derecho y Procedimiento Penal*, estatuyó lo que sigue:

El empleo de drogas o de cualquier otro medio similar para obtener información con fines inquisitivos, en cualquier momento es absolutamente incompatible con el principio de la eminente dignidad de la persona humana que es fundamento esencial de los derechos del hombre. Dicha aplicación supone, en el aspecto técnico-procesal, una inadmisibile regresión hacia formas de enjuiciamiento largamente superadas por la cultura occidental. Su empleo por cualquier autoridad será considerada crimen de abuso de poder.

El propio ESPÍNOLA en su trabajo, cuya primera conclusión se vio reforzada en la declaración de la VII Conferencia precisa su opinión sobre el uso policial del narcoanálisis. Dice así:

Ninguna duda cabe acerca de la inadmisibilidad del empleo del narcoanálisis por la policía (de seguridad o judicial). Lo que no se permite en el proceso, donde las garantías se han llevado al máximo, no puede admitirse, a fortiori, ante autoridades policiales cuya intervención no está "subordinada a la estricta observación de aquéllas.

NORMAS DOCTRINARIAS EN EL DERECHO URUGUAYO

En el derecho uruguayo, de tradición liberal, el narcoanálisis choca contra principios y obstáculos fundamentales.

Toda la actividad procesal está sometida al régimen general de garantías constitucionales y legales, que el orden jurídico apresta en defensa de la dignidad de la persona humana. El hombre no pierde el carácter de tal, ni los derechos inherentes a la persona humana por la sola razón de haber transgredido la ley penal. Las limitaciones de los derechos constitucionales consagrados por la Constitución, sólo pueden resultar de textos legales expresos que autoricen tales restricciones en atención al interés general (Art. 7 in fine de la Constitución de la República (C. Martínez Moreno).

Dicho artículo nombra a la libertad entre los bienes en que se protege a los habitantes de la República. Cometer un delito puede acarrear el cercenamiento de algunos aspectos de esa libertad (libertad locomotiva, momentáneamente la libertad de comunicación con los demás); pero nunca de todos.

La libertad de determinarse, en el comportamiento ante la Justicia, según una apreciación consciente de los bienes en juego, no puede serle quitada al individuo, ni en la faz policial ni en la vía judicial. (Martínez Moreno).

El artículo 12 y siguientes de la Constitución en el tema de la protección de la persona humana establecen para el mecanismo del proceso la instancia de la declaración del acusado, que ésta deberá ser tomada en presencia de su defensor. Y pese a que razones de comodidad y de restricción de posibilidades materiales han creado una corruptela viciosa en el sentido de lo dicho, el ordenamiento jurídico impide que se valide como plena prueba, a una confesión hecha por quien no estuviera *en el goce perfecto de sus facultades mentales* ni la que no hubiere sido prestada *con presencia del defensor* (Art. 237 del Código de Instrucción Criminal).

El artículo 20 de la Constitución, para garantía de que el declarante actuará sin que se le coaccione, establece que

quedan abolidos los juramentos de los acusados en sus declaraciones o confesiones sobre hecho propio y prohibido el que sean tratados en ellas como reos.

Para culminar las garantías de protección de la persona humana, el Artículo 23 de la Constitución previene que:

Todos los Jueces son responsables ante la ley, de la más pequeña agresión contra los derechos de las personas, así como por separarse del orden de proceder que en ellas se establezca.

El Artículo 291 del Código Penal, con el *nomen iuris* de *Incapacidad compulsiva*, dice:

El que por cualquier medio, sin motivo legítimo, colocare a otro, sin su consentimiento, en un estado letárgico o de hipnosis, o que importara la supresión de la inteligencia o la voluntad, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión.

Los textos legales citados son suficientemente elocuentes como para descartar y condenar la motivación legítima del simple interés de averiguación de la verdad a nivel policial o judicial.

EL NARCOANÁLISIS A TRAVÉS DE OPINIONES MÉDICAS

Los trabajos del Prof. DELAY presentados a la Sociedad de Medicina Legal de París en los años 1945-46 promovió una propuesta de dicha Sociedad, que resumía la opinión reinante en el ambiente legista de ese momento en Francia:

...el empleo de métodos de investigación del subconsciente, tales como las exploraciones farmacodinámicas tipo Pentothal serán en principio autorizadas en los peritajes médico-legales, a título puramente médico y en concepto de método de diagnóstico. Pero el perito no podrá hacer constar las revelaciones obtenidas bajo la influencia de dichas sustancias referentes a la materialidad de los hechos en la instrucción. De este modo, en ningún caso se podrá establecer la responsabilidad judicial basándose en esta prueba única, cuya interpretación exige una estudiada crítica por parte del perito médico.

Esta proposición no fue, sin embargo, aprobada (G. Cáceres: Narcoanálisis y Medicina Legal. Revista de Psiquiatría del Uruguay, Año XXII, No. 129, Mayo-Junio 1957), ante la posibilidad peligrosa de las atrocidades que pudieran cometerse en su nombre y que valió de los Profesores Ch. RICHET y DESOILLES, representantes de los internados políticos durante la Resistencia la protesta consiguiente expresada en estos términos:

La exploración del subconsciente de un inculpado por un experto con la ayuda de los métodos farmacodinámicos tipo Pentothal es inadmisibile.

La Academia de Medicina de París a raíz del caso CEUS que dio motivo al libro de ROLIN prologado por MARAÑÓN y titulado *Drogas policiales*, que hemos consultado frecuentemente en este trabajo, hizo suya en esa oportunidad la proposición del Prof. Lhermitte que dice:

El narcoanálisis en narcopsicoanálisis con productos farmacológicos, no debe ser empleado en los peritajes judiciales ni con un fin diagnóstico ni con un fin informativo. Constituye un atentado a la integridad psíquica, priva al detenido del control de su libre voluntad, además es contrario a los derechos legales de la defensa. Conviene añadir que el perito judicial no podrá practicar el narcoanálisis incluso si el detenido y sus consejeros jurídicos acceden eventualmente a ello, incluso en el caso de que lo pida un Juez instructor.

DELAY, Catedrático actual de Psiquiatría en París, expresa que:

Con las reservas que se le han impuesto al uso del narcodiagnóstico, éste perdería evidentemente casi todo valor para el diagnóstico de la simulación, pero no sería por esto menos útil a los enfermos y a los médicos. En otros términos, pienso que una solución categórica, ya sea en un sentido o en otro no es de desear. Si el narcoanálisis, fuera practicado en Medicina Legal como

lo es en clínica psiquiátrica una prohibición sin excepciones sería preferible a una tolerancia sin restricciones. Pero no es lo mismo si se trata de un simple narcodiagnóstico para el cual una jurisprudencia selectiva y minuciosa fijaría las condiciones y las garantías necesarias.

La escuela milanesa encabezada por el Padre GEMELLI, se expide según estos conceptos que tomamos de G. CÁCERES (l.c.) Se refiere también al uso del narcoanálisis:

Aquí se vislumbran, más allá de la esfera jurídico-criminológica, preocupaciones de cierta justificación. Pues, cegados por los últimos adelantos de las ciencias naturales, podríamos alterar la valoración de las cosas, e incluso, como embriagados por narcóticos, ir arrastrados hacia un exhibicionismo psíquico por un lado, y una irrespetuosa curiosidad por otro, abandonando así con demasiada ligereza los decisivos valores morales de la personalidad humana, lo más hondo del ser, aquel refugio donde habla con Dios el hombre, en un silencio inefable como aquel que GOETHE conservó para sí mismo.

Virgilio SENIGAGLIA, como portavoz del Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Milán se refiere a la licitud del narcoanálisis así:

Entre nosotros seguramente ningún psiquiatra o médico legista auspiciaría que tal método entrase en la práctica de instrucción y ninguno de nosotros se querría ver con la jeringa en la mano próximo a los organismos policiales o a las oficinas del Juez instructor, pronto para proporcionar ayuda cuando la confesión tardare en venir: sería ilícito y grotesco. En cambio, la sola admisión de la utilidad del método para el diagnóstico – como debe ser admitida por todos, – debe abrir el camino a un empleo por parte del médico psiquiatra o el médico legista. El perito no debe extorsionar confesiones de su periciado, pero debe responder a las preguntas del magistrado, preguntas que en dominio psiquiátrico son más bien uniformes, ya que tienen relación con la capacidad de querer o entender, actual o anterior, la conciencia o voluntad para cometer ciertos actos, la eventual peligrosidad social. El perito debe formarse su propio convencimiento, y referir lisa y llanamente los hechos que lo han llevado a ello, de manera de transmitirlo al Magistrado. Como no se requiere referir palabra por palabra del interrogatorio psiquiátrico desarrollado, o la simple respuesta de las varias pruebas o tests empleados (p. ej. El RORSCHACH); así no se le podría obligar a transcribir todas las frases obtenidas espontáneamente o contestadas a sus preguntas, del sujeto narcoanalizado. Pero si en éstas respuestas se revelaran o se conformaran núcleos o sistemas delirantes disimulados o fuertes complejos reprimidos de manera de alcanzar un límite psiquiátrico, y capaces de comprometer la personalidad psíquica del sujeto, al punto de hacer dudoso o inadmisibile la imputabilidad, el perito tendrá no el derecho, sino la obligación de interpretarlas, de servirse de ellas para su convencimiento diagnóstico y de anotarlas en su informe...

El titular actual de la Cátedra de Madrid, Prof. LÓPEZ IBOR en el prólogo de la obra “Narcoanálisis” del Prof. KRANZ dice:

En ciertas situaciones puede el narcoanálisis ser un buen medio de trabajo clínico; pero entiéndase bien, tal método no debe usarse con fines puramente cognoscitivos y diagnósticos, sino en tanto constituye una terapéutica por sí misma (catarsis), o sirve de base a una terapéutica. De este modo empleado, el narcoanálisis se convierte en “una terapéutica más, que puede ejercerse con el mismo derecho y “con las mismas limitaciones y respetos que una gastrectomía.

TELLES CARRASCO, discípulo del anterior, es partidario

del narcoanálisis siempre que se encuentre justificado su empleo y que se guarde el más absoluto secreto profesional en cuanto a las declaraciones obtenidas. Nunca puede un médico dejar de usar una terapéutica cuando la finalidad perseguida por la misma es la curación del paciente. Pero tampoco puede un médico prestar su arte para conseguir de un modo frío y cruel, confesiones ajenas a los “problemas clínicos. (G. CÁCERES, l.c.)

El debate fundamental sobre el narcoanálisis tuvo lugar en el año 1953, fecha en la que, en las jornadas Criminológicas holando-belgas, el Prof. LEY expresó que el método no da mayores resultados efectivos; admite que puede ser de interés su uso en diagnóstico y terapéutica médicas, lo mismo que en el estudio de la personalidad de los delincuentes, pero la confesión como en cualquier otro método de información clínica,

El médico no puede ser considerado como auxiliar de la justicia. La justicia por su parte no puede aprovechar el abatimiento artificial de las funciones mentales para obtener una confesión.

El Profesor de Psiquiatría de Heidelberg, KRANZ dice en su libro ya mencionado:

rechaza su uso en Medicina Legal, aunque como la mayoría de los autores que hemos citado, lo acepta como método clínico de diagnóstico de profundidad. (CALGROS, l.c.)

El informe de MAC DUGGALL ante el Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría puede resumirse así:

El narcoanálisis está “justificado en algunos casos de mutismo. Puede usarse para hacer revivir la memoria en casos de amnesia o para exteriorizar pensamientos reprimidos. No debe ser empleado para obtener confesiones. (G. CÁCERES, l.c.)

RESULTADOS CLÍNICOS DEL USO DEL NARCOANÁLISIS

Hay en las posiciones mentales sobre el uso del narcoanálisis, elementos dependientes de la oportunidad y la moda. Dependen ellos del momento histórico que se viva, del hecho resonante en que se use, de la conmoción histórica, política o ideológica presente y del conocimiento que se tenga de lo que en sí es el método.

Lo primero que hay que tener presente, y ya se ha dicho a lo largo de esta exposición, es que no se trata de la expresión práctica de un contexto doctrinario: es sólo un procedimiento de auxilio para técnicas diversas, cuyos resultados puede facilitar, aunque, como se verá, no siempre.

Un segundo punto a considerar es que no se trata de una simple anestesia con el poder de abrir el grifo que retiene la sinceridad y la confidencia. No se trata de provocar una anestesia general para que los resultados aparezcan de inmediato.

No es un problema de anestesiología sino de exploración y pesquisa clínica; no es, en primer lugar una anestesia sino una subnarcosis de grado especial que permite un interrogatorio sujeto a determinados requisitos técnicos, que no pueden confiarse a un lego sino a un médico idóneo y responsable, porque no se trata simplemente de preguntar, sino de indagar según una planificación y requisitos determinados; no es pues práctica para un anestesista sino para un clínico.

Encarado como un procedimiento clínico, el narcoanálisis si tiene valor lo tiene no por el material inmediato que proporciona – que de otra manera podría no obtenerse – sino porque permite manejarse en el plano de las interpretaciones y elucubraciones diagnósticas con más elementos que en las condiciones de rutina.

Sin embargo, es necesario apreciar los alcances del procedimiento.

LÓPEZ IBOR afirma (loc. cit.) que su propia experiencia

me ha demostrado cuántas veces, en un narcoanálisis se obtienen datos falsos sobre la conducta del enfermo; pero desde mi punto de vista médico no importaba que los datos fuesen falsos sino que sirviesen para expresar o simbolizar zonas de conflicto neurótico que convenía poner de manifiesto y resolver.
(CALGROS, l.c.)

Ya con anterioridad, expresaba en su libro *Los problemas de las enfermedades mentales*, LABOR, 1949, sus ideas sobre el narcoanálisis en Medicina Legal:

Una conciencia perturbada puede revelar alguna verdad que esconde, pero puede falsear otras muchas. Quien haya visto una sola vez en su vida a un borracho logorreico “tendrá una idea clara de la situación creada. Es posible utilizar el – narcoanálisis para obtener confesiones forzadas de hechos falsos. No veo qué ventajas puede tener el sistema con respecto a los procedimientos medioevales de obtener una confesión. Es más aséptico, menos brutal, pero

más cruel. Encierra un mayor desprecio por la persona humana, tanto más cuanto que no se usa solo, sino como coronamiento de una técnica prolongada de aniquilamiento de “los resortes psíquicos del ser humano.”

La experiencia clínica de algunos de nosotros en la materia no puede decirse que haya sido siempre muy halagüeña. Si bien en el aspecto terapéutico ha habido claras evidencias de eficacia, para corregir mutismos histéricos o ciertas reticencias delirantes, no lo ha sido tanto, o por lo menos de resultados tan alentadores en ciertas inhibiciones voluntarias que el narcoanálisis no ha permitido franquear.

BLEGER en su obra *El Narcoanálisis*, El Ateneo, B. A. 1952, afirma que

Hay determinadas constituciones emotivas o particulares estados afectivos, que facilitan la catarsis bajo narcosis, pero hay también algunos estados emotivos y de ansiedad que podrían llevar a una confesión en vigilia, pero que tal posibilidad desaparece bajo los efectos del barbitúrico, pues entonces se sedan y adquieren mayor control de su efectividad. Y añade: Los barbitúricos no cumplen ni en forma mínima los milagrosos efectos que sería dado suponer en un suero de la verdad. Constituyen un suero y obligan a la confesión, en la misma medida en que es un suero y arma de confesión obligada, un látigo, la electricidad, o cualquier otro método de extorsión o coacción. Sigue: Quien confiesa bajo los efectos del barbitúrico lo haría también con otros medios en vigilia y quien está firmemente dispuesto a no confesar, no lo hará bajo los efectos del fármaco, ni ante un pelotón de fusilamiento.

BLEGER cita en su trabajo múltiples opiniones que corroboran y enriquecen lo antedicho. HEVYER sostiene que

La esperanza de obtener una confesión de un inculpado decidido a no decir nada, es absolutamente vana”. BOBOW dice que no ha encontrado, ni en su experiencia ni en la ajena a nadie que haya dicho bajo narcosis lo que negó en la vigilia. DIVRY espera aún el caso de quien haya confesado de una manera absolutamente forzada bajo la acción de un barbitúrico. LEY expresa que un hombre normal que ha establecido y concertado un sistema de defensa y que no habla ni confiesa, no hablará ni confesará tampoco bajo la acción del narcoanálisis.

Delay y Roubleff obtuvieron con un barbitúrico que una hebefrénica confesara el rapto, que antes negara, de una criatura, confesión que luego repitió espontáneamente en estado vigil. Ley, ya mencionado, dice que el efecto de los narcóticos desde un punto de vista psicológico es semejante al de ciertos procedimientos ilegales como el hambre, la fatiga y los interrogatorios prolongados.

Además de este grupo de hechos, habla BLEGER de otro en el que, bajo narcoanálisis se pueden falsear intencionalmente los hechos. LORENZ

expuso eso en 1932 en la Sociedad de Neurología de Chicago y su experiencia fue luego confirmada muchas veces.

COSSA, LHERMITTE y RAMBAUR afirman que en la subnarcosis, el sujeto puede disimular, mentir, fabular, tanto como por descuido, puede revelar su secreto. En sentido similar, se expiden RIPLEY y WOLF por una parte, y DELMAS-MARSALGT por otra, y añade BLEGER que la repetición de las sesiones de narcoanálisis, el paciente da cada vez más, material de mayor precisión llegando a retractarse y a modificar informaciones dadas con anterioridad.

COSSA añade a lo anterior que en base a que el paciente mezcla sueño y verdad, puede en la subnarcosis basar su culpabilidad en los sueños; y BERTAGNA afirma que el narcoanálisis favorece muy especialmente la actividad informaníaca.

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

Ya se ha visto que desde el punto de vista médico-legal, el uso por parte del médico de distintas sustancias con el objeto de obtener una confesión ha sido largamente discutido en distintas circunstancias y actualmente creemos se ha logrado un acuerdo en los países civilizados en los que el Hombre en el amplio sentido del concepto es el elemento fundamental y la razón de ser de los logros de la Civilización.

El tema debe ser abordado también teniendo en cuenta que el médico se rige por una norma fundamental en el ejercicio de su profesión: el secreto médico ya perfectamente establecido en el juramento Hipocrático, código ético fundamental de nuestra profesión:

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público.

Dicha norma ha sido transmitida intocable hasta nuestros días y es así que el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, Octubre 1949) expresa:

...El médico debe preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado, o que él sepa por medio de una confidencia por parte de un paciente.

También en la Declaración de Ginebra de 1948 se estableció para el momento de ser admitido como Miembro de la Profesión Médica expresar lo siguiente:

Prometo solemnemente... guardar y respetar los secretos a mí confiados ... y aún bajo amenaza no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Incluso dicho principio ha sido tomado por

nuestros legisladores y es así que en nuestro Código Penal se establece: (Art. 302): *El que sin justa causa revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento en virtud de su profesión... será castigado cuando el hecho causare perjuicio... Solamente con la autorización del paciente podrá el Médico revelar lo a él confiado durante el acto médico.*

Sin embargo existe una circunstancia en que el médico queda eximido de su secreto y es el caso de que exista una justa causa. La justa causa es aquella que beneficie la sociedad, aquella que protege a los demás hombres; es así que por ej. se ha declarado obligatoria la denuncia de algún tipo de afección que de no hacerlo puede acarrearle peligro al resto de la sociedad (por ejemplo enfermedades infectocontagiosas).

Se ve pues, que frente al problema que estudiamos se plantea una primera posibilidad: la conducta del médico frente a hechos manifestados espontáneamente por el paciente durante el acto médico. Sólo cuando el médico considere que existe justa causa podrá revelarlos o cuando expresamente se lo autorice el paciente. Todo otro tipo de revelación será una violación del secreto médico lo que constituirá una falta ética muy grave.

Existe sin embargo una excepción a esta regla y es la que se refiere al médico con función pericial. El mismo, tanto en el proceso civil como en el penal, no es elegido por el sujeto, sino impuesto por el Juez de quién es el auxiliar. Lo que determina su intervención no es el interés exclusivo del enfermo, como el caso del médico de cabecera, sino el interés de la sociedad, el interés de la verdad y de la justicia. En sus relaciones con el Juez y en los límites de la misión recibida, no está ligado por el secreto profesional o sea, el médico perito judicial puede dar a conocimiento de la autoridad judicial competente de aquello que en los límites de la misión que cumple y espontáneamente le haya manifestado el periciado.

El empleo de sustancias para la obtención de una declaración debe plantearse pues en el terreno del perito judicial, pues sería inadmisiblesu solo planteo para un médico que no cumpliera estas funciones. De inmediato surge el siguiente problema: ¿le está permitido al perito (en el caso que nos ocupa particularmente) someter al sujeto a una punción venosa y a la inyección de Pentotal por ella?

A nuestro juicio el Perito Judicial no puede someter al detenido a ningún tipo de violencia, incluso existen escuelas que consideran que la simple punción venosa para extraer sangre (por ej., para investigar alcoholemia) constituye una violencia que debe ser efectuada solamente con autorización del detenido, y si bien puede ser discutible como una violencia la simple punción venosa, no lo es el hecho de la inyección de Pentotal que puede acarrear peligros, llegando incluso como hemos visto anteriormente, a acarrear la muerte por paro respiratorio. De ahí que a nuestro criterio, someter a un sujeto a la inyección de Pentotal con fines inquisitivos constituye un exceso por parte de un perito y así lo han reconocido distintos Códigos de

Ética e importantes entidades médicas; así el Código Colombiano de Moral Médica en su artículo 8º dice:

...el médico evitará cuidadosamente... todo acto que vulnere la independencia de voluntad o la libertad de una persona sana de espíritu.

El Código Argentino expresa:

Al médico... en ninguna circunstancia le será permitido emplear cualquier método que disminuya la resistencia física o mental de un ser humano.

El Código Internacional de Ética Médica expresa:

Todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido a menos que deba ser empleado en beneficio del interés propio del individuo.

El Dr. Gonzalo Cáceres, eminente Psiquiatra, Director del Instituto Técnico Forense de nuestro país declara:

El médico no debe hacer uso de ningún método físico, químico o biológico que contribuya a crear un estado de inferioridad psicológica en el procesado y valerse de ello para obtener confesiones en el curso de la instrucción. (loc. cit.)

Creemos que todo lo antedicho se resume en el juicio con que el gran Gregorio Marañón prologa el libro de Alec Mellor (La Tortura) Alec Mellor, Ed. Sophus. B.A. 1960) y donde expresa:

... Porque el odioso empleo de sustancias químicas para crear un estado de espíritu artificial y a favor de él obtener la confesión del presunto delincuente no es más que una parte de uno de los aspectos más graves del mundo actual, a saber, la prostitución de la Ciencia por razones de Estado, su entrega a fines políticos. Siendo así que la Ciencia por aspirar idealmente a un fin eterno que es el conocimiento de la verdad está radicalmente por encima de la Política...

No queremos terminar esta prolongada exposición de motivos sobre el narcoanálisis, sus resultados y sus minuciosas implicancias sin resaltar dos puntos que entendemos importantes.

Se ha visto que el narcoanálisis es una técnica auxiliar que provocando modificaciones de la personalidad, permite al médico idóneo en la materia sus sondeos de propósito diagnóstico y sus maniobras terapéuticas. No es pues, cosa de profanos ni de audaces ignorantes el uso del narcoanálisis máxime si se tiene en cuenta que se pueden correr riesgos serios en el plano de lo biológico y somático. La técnica exige garantías y contralores muy especiales que van más allá de los rutinarios cuidados sobre los signos vitales, atributo y misión de enfermería. Ya se ha visto que no es artesanía de

anestesista. El narcoanálisis es un acto médico y de médico además, idóneo en la técnica. No corresponde pues bajo ningún concepto que su técnica sea encomienda de anestésista, mucho menos de policías.

Es asunto pues de médicos, pero para uso médico.

El médico –dice Marañón– ve la vida desde un punto de vista totalmente distinto que el legislador y, sobre todo, de los investigadores de la justicia, el Juez y el policía, no tiene perdón prestándose a estas maniobras.

No sólo rebaja su función y su dignidad personal, social y funcional prestando su colaboración técnica a fines que chocan de frente con su cometido, sino que se hace pasible del pecado y la culpa de atentado a la dignidad del hombre al que degradan con su arte para fines que no son los suyos y a su propio arte, que es para situaciones contrarias a las que está propiciando con su colaboración repudiable.

En base a todo lo antedicho puede dejarse establecido respecto a la llamada búsqueda de la verdad mediante el uso del narcoanálisis con fines no médicos, lo siguiente:

1. El narcoanálisis es un método fármaco-clínico auxiliar, destinado a hacer posible un diagnóstico y propiciar una gestión terapéutica auspiciosa.
2. Los fármacos usados ofrecen riesgos en su empleo por lo que es indispensable que quien realice la técnica sea un médico con conocimientos de la técnica anestesiológica elemental.
3. La conducción global del método corresponde a un médico que en el estado psíquico que el fármaco provoca, debe manejarse según su idoneidad en la pesquisa diagnóstica y la maniobra curativa.
4. El material directo obtenido, sólo puede estar al servicio del procesamiento diagnóstico y terapéutico.
5. Su uso para otros fines significa una violación del secreto médico por parte del profesional actuante y un atentado a los inviolables preceptos que rigen el criterio de respeto a la dignidad humana.
6. Usado en el campo simplemente inquisitivo tiene el mismo cuño de vituperio que la coacción física moral de las demás formas extorsivas que procuran unas indefensa verdad delatada.
7. Si científicamente sus resultados son muchas veces discutibles o aleatorios, usados como maniobra de los despotismos individuales o políticos de siempre o de la hora presente debe merecer la interdicción legislativa y legal y el repudio universal y permanente de todo hombre moralmente bien formado. No puede haber distinciones en este sentido de tiempo, lugar ni régimen político.
8. Si para fines no médicos el método entraña un compromiso doloso para quien lo manipule sin ser médico, para el médico que se preste con su arte para manipularlo en un campo ajeno al cientí-

fico, significa una claudicación frente a su misión en el contexto social y un perjuicio frente a los compromisos de su juramento y a las pragmáticas de las diversas agrupaciones mundiales y nacionales que las han emitido.

Creyendo haber dado cumplimiento a la misión encomendada, saludamos al Sr. Presidente y demás miembros de ese Comité Ejecutivo.

(Firmados):

Dr. GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO

Médico Forense del Poder Judicial

Dr. ALFREDO PERNIN

Jefe del Departamento de Anestesiología
del Hospital de Clínicas

Dr. JOSÉ MARÍA REYES TERRA

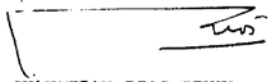
Profesor Interino de Clínica Psiquiátrica

Dr. LUIS E. FOLLE

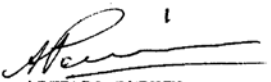
Profesor Adjunto de Farmacodinamia y
Terapéutica

- 21 -

saludamos al Sr. Presidente y demás miembros de ese Comité Ejecutivo.


Dr. GUAYMIRÁN RÍOS BRUNO

Médico Forense del


Dr. ALFREDO PERNIN

Jefe del Departamento de
Anestesiología del Hospital
de Clínicas.


Dr. JOSÉ MARÍA REYES TERRA

Profesor interino de Clínica
Psiquiátrica


Dr. LUIS E. FOLLE

Profesor Adjunto de Terapéutica

Página 21 (final) del informe transcrito, donde lucen las firmas de los cuatro integrantes.

ANEXO II

En 1964 el *Chumbo* elaboró una relación de méritos, títulos y trabajos para aspirar a un cargo docente en la Facultad de Medicina. Un ejemplar de esa edición se reproduce en forma facsimilar, rescatado de su legajo en el Sindicato Médico del Uruguay. Ella demuestra la prolijidad que el *Chumbo* tenía para su actividad académica.

TITULOS, MERITOS, TRABAJOS, ACTIVIDAD DOCENTE

CORRESPONDIENTES AL

Dr. GUAYMIRAN RIOS BRUNO

MONTEVIDEO

Junio de 1964

SUMARIO

	<u>Pág.</u>
I.— TITULOS.	
A) Nacionales	5
B) Extranjeros	5
II.— MERITOS.	
A) En la especialidad	7
a) En la Facultad de Medicina	7
b) En el Ministerio de Salud Pública	7
c) En el Poder Judicial	7
d) En otras instituciones	7
B) Fuera de la especialidad	8
a) En la Facultad de Medicina	8
b) En el Ministerio de Salud Pública	8
c) En otras instituciones	9
III.— TRABAJOS CIENTIFICOS.	
A) En la especialidad	11
a) Exclusivos de la especialidad	11
b) Trabajos en que he colaborado con material médico legal	11
c) Colaboración en Congresos:	
1) Nacionales	12
2) Extranjeros	12
B) Fuera de la especialidad	12

IV.—ACTIVIDAD DOCENTE.

	Pág.
ACTIVIDAD DOCENTE.	
A) En la especialidad	15
a) Clases	15
b) Tribunales	16
c) Cursos de perfeccionamiento	16
B) Fuera de la especialidad	17
a) Clases	17
b) Tribunales	17
c) Cursos de perfeccionamiento	17

V.—OTROS MERITOS.

Miembro y colaborador de las siguientes instituciones	19
a) Nacionales: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay .	19
Sociedad de Cirugía del Uruguay	19
b) Extranjeras: Fellow del Colegio Americano de Ci- rujanos	19

I.— TITULOS

A) Nacionales

- 1) Médico Cirujano (fecha de graduación: 10-XII-1954).
- 2) Especializado en Cirugía (16-II-1960).
- 3) Docente Adscripto de Cirugía (20-III-1964).

B) Extranjeros

- 1) Fellow del Colegio Americano de Cirujanos (año 1964).

II.—MERITOS

A) En la especialidad

a) *En la Facultad de Medicina*

—Colaborador honorario de la Cátedra de Medicina Legal, desde el año 1959 a la fecha.

b) *En el Ministerio de Salud Pública*

—Autopsista honorario del Hospital Pasteur, desde el 1º-I-1958 a la fecha.

c) *En el Poder Judicial*

—Médico Forense (Juzgado de Instrucción y Correccional de 6º Turno), CONCURSO DE MERITOS Y OPOSICION (abierto a todo médico), desde el 12-VIII-1960 a la fecha.

—Delegado del Poder Judicial a la Comisión Honoraria Consultiva de Coordinación de Lucha contra las Toxicomanías, desde el 1º-XI-1962 a la fecha.

d) *En otras instituciones*

Sindicato Médico del Uruguay

—Miembro Responsable de la Comisión de Ética Médica (desde el 7-XI-1963 a la fecha).

—Miembro Integrante de la Comisión de Intrusismo Profesional (desde el 15-VII-1963 a la fecha).

B) Méritos fuera de la especialidad

a) *En la Facultad de Medicina*

- Exoneración de derechos de pago de título por alta escolaridad.
- Ayudante de clase del Departamento de Anatomía del Instituto de Ciencias Morfológicas, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 1º-III-1954 al 28-II-1958.
- Jefe de Trabajos Prácticos del mismo Departamento, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 20-XI-1958 a la fecha.
- Adjunto de Clínica Quirúrgica del Servicio del Prof. Dr. Pedro Larghero Ibarz, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 1º-III-1956 al 28-II-1959.
- Colaborador honorario de dicho Servicio en el año 1959-60.
- Asistente de la Clínica Quirúrgica del Servicio del Prof. Pedro Larghero Ibarz, CONCURSO DE MERITOS, desde el 28-I-1961 a la fecha.

b) *En el Ministerio de Salud Pública*

- Practicante Externo, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 1º-I-1950 al 1º-I-1951.
- Practicante Interno, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 1º-IV-1952 al 1º-IV-1955.
- Médico Suplente del Servicio de Asistencia Externa, desde el 20-V-1955 al 18-III-1958.
- Médico de Guardia de Urgencia (Interino) POR ANTIGÜEDAD, desde el 7-X-1958 al 20-XII-1959.
- Médico Ayudante de Sala de Cirugía, CONCURSO DE OPOSICION, desde el 22-XII-1959 al 30-X-1960.
- Médico de Guardia Adjunto (no rentado), CONCURSO DE MERITOS, Hospital Pasteur y Maciel.

c) *En otras instituciones*

Sindicato Médico del Uruguay

- Médico de Urgencia Suplente, CONCURSO DE MERITOS, del 28-VI-1956 al 27-IX-1957.
- Médico de Urgencia Suplente, CONCURSO DE MERITOS, del 27-IX-1958 al 1º-III-1960.
- Médico Interno de Sanatorios, CONCURSO DE MERITOS, del 1º-VI-1958 a la fecha.
- Ayudante de Cirujano, del 20-II-1957 al 27-IV-1959.
- Cirujano Autorizado, del 27-IV-1959 a la fecha.

III.— TRABAJOS CIENTIFICOS

A) Trabajos de la especialidad

a) *Exclusivos de la especialidad*

- 1 —*Lesione cardiovasculares en las contusiones cerradas de tórax.* Dres. G. Ríos Bruno y H. Castiglioni Alonso. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXXII, Nº 4-5-6, páginas 767-775, año (1961).
- 2 —*Problemas médico legales que plantea el traumatizado craneoencefálico.* Dr. G. Ríos Bruno. "V Congreso Médico del Uruguay", tomo VI, págs. 808-821, diciembre de (1962).
- 3 —*Panorama actual de las toxicomanías en el Uruguay.* Dr. G. Ríos Bruno. "Rev. de Psiquiatría del Uruguay", año XXVIII, Nº 167, págs. 7-25, setiembre-octubre de (1963).
- 4 —*El aborto criminal (en prensa).* Dr. G. Ríos Bruno. "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo" (entregado en abril de (1964)).
- 5 —*El diagnóstico médico legal de la ebriedad.* Dr. G. Ríos Bruno. Proyecto elevado a la Suprema Corte de Justicia en enero 1964.

b) *Trabajos en que he colaborado con material médico legal*

- 4 —*Malformaciones del cayado aórtico y sus ramas.* Dres. G. Ríos Bruno y M. Chizzola. "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo" (en prensa), entregado en abril de 1964.

- 2 — *Perforaciones traumáticas del esófago*. Dr. G. Ríos Bruno. "El Tórax" (en prensa), entregado en julio de 1964.
- 3 — *Insuficiencias respiratorias quirúrgicas en el recién nacido. A propósito de dos casos de hernia de Bochdalek*. Dra. E. Murguía de Roso, Dr. G. Ríos Bruno, Dra. M. Uteda, Dr. M. Grois, Dr. A. Vaccarezza y Dra. J. Gambetta. "Archivos de Pediatría del Uruguay", año XXXIII, Nº 10, págs. 635-648, octubre de 1962.

c) Colaboración en congresos

1) Nacionales

- 4 — *Hallazgos necrópsicos en la oclusión intestinal postoperatoria*. Dr. G. Ríos Bruno. "14º Congreso Uruguayo de Cirugía" (en prensa).

2) Extranjeros

- 5 — Inscripto con contribución a las "Terceras Jornadas Médico-legales y Criminológicas" (Tucumán, del 6 al 10 de julio de 1964), en el tema *Toxicomanías*.

B) Trabajos científicos fuera de la especialidad

- 1 — Tesis de Doctorado: *La patología quirúrgica del mediastino* (27-III-1958). Calificada con sobresaliente por unanimidad.
- 2 — *Riesgos quirúrgicos y anestésicos en enfermos tratados con cortisona o ACTH*. Dres. W. Venturino, G. Ríos Bruno y P. Larghero. "Día Médico Uruguayo", año XXIV, Nº 287, páginas 1549-1558, marzo de 1957.
- 3 — *Criterio actual de la tercera clínica quirúrgica en el tratamiento del cáncer del seno*. Dres. P. Larghero, W. Venturino y G. Ríos Bruno. "Día Médico Uruguayo", año XXV, Nº 291, páginas 1732-1745, julio de 1957.

- 4 — *Táctica y técnicas racionales para el tratamiento de las grandes hernias por deslizamiento.* Dres. G. Ríos Bruno, P. Larghero y W. Venturino. "Día Médico Uruguayo", año XXVI, Nº 304, págs. 2261-2265, agosto de 1958.
- 5 — *Perforación diafragmática por tubo de drenaje de quiste hidático de hígado.* Dr. G. Ríos Bruno. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXXII, Nº 4-5-6, págs. 460-464, año 1961.
- 6 — *Tumor inflamatorio inespecífico del colon derecho.* Dr. G. Ríos Bruno. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXXII, Nº 4-5-6, págs. 587-618, año 1961.
- 7 — *Cáncer de mama. Análisis de 93 casos (clínico, patológico y evolutivo).* Dr. G. Ríos Bruno. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXXII, Nº 4-5-6, págs. 587-618, año 1961.
- 8 — *Una rara complicación de divertículo de Meckel (vólvulo del divertículo).* Dr. G. Ríos Bruno. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", tomo XXXIV, Nº 1-2, págs. 113-116, año 1963.

IV.— ACTIVIDAD DOCENTE

A) En la especialidad

a) Clases

1959. Tema: Tanatología (1ª parte) (21-IV-1959).
 Tanatología (2ª parte) (2-VI-1959).
 Diagnóstico diferencial entre accidente, homicidio y suicidio (2-VI-1959).
1960. Tema: Sexología. Determinación del sexo. Hermafroditismo. Matrimonio. Embarazo (22-III-1960).
 Aborto (29-III-1960).
 Infanticidio (31-III-1960).
 Delitos y perversiones sexuales (5-IV-1960).
 Proyecciones sobre problemas sexuales. Oligofrenia (24-III-1960).
1961. Tema: Ética sexual. Aberraciones sexuales. Delitos sexuales (23-V-1961).
 Medicina Legal del embarazo y del matrimonio (25-V-1961).
 Aborto (30-V-1961).
 Autopsia de feto y recién nacido. Concepto sobre infanticidio (11-VII-1961).
1962. Tema: Asfixiología. Conceptos generales (22-V-1962).
 Sumersión. Sofocación (29-V-1962).
 Suspensión. Extrangulación. Compresión de tórax (31-V-1962).
 Autopsia Médico Legal (3 cuerpos). Herida de arma blanca. Herida de arma de fuego. Sofocación parcial (15-VI-1962).

1963. Tema: Heridas de arma de fuego. (Juntamente con el Dr. G. Fernández.)

1964. Tema: Autopsia: 1) Taponamiento cardíaco por rotura de aneurisma intrapericárdico. 2) Muerte súbita (síncope cardíaco). 3) Traumatismo craneo-encefálico (accidente de tránsito) (29-IV-1964).

Autopsia: 1) Accidente de tránsito (polifracturado). 2) Muerte súbita (síncope cardíaco) (30-IV-1964).

Autopsia: Herida de bala de corazón (homicidio) (4-V-1964).

Autopsia: 1) Herida de bala de tórax (homicidio). 2) Suicidio por suspensión (5-V-1964).

Autopsia: 1) Asfixia mecánica por sumersión. 2) Accidente de tránsito (11-V-1954).

Autopsia: Herida de arma blanca de corazón (15-V-1954).

Autopsia: Hemorragia cerebral (16-V-1964).

b) *Tribunales*

1959: En 9 Tribunales.

1960: En 9 Tribunales.

1961: En 11 Tribunales.

1962: En 7 Tribunales.

1963: En 2 Tribunales.

1964: En 2 Tribunales.

c) *Cursos de perfeccionamiento*

1961. Curso para Graduados sobre "Responsabilidad médica".
Dr. G. Ríos Bruno: "El aborto criminal. Responsabilidad médica" (21 de noviembre).

1963. Curso de Perfeccionamiento para Graduados.
Dr. G. Ríos Bruno: "Secuelas lesionales en los accidentes de trabajo" (28 de junio).
1963. Curso sobre "Contralor de natalidad y planificación familiar". Clínica del Prof. Dr. Hermógenes Alvarez, año 1963.
- 1963 "Responsabilidad del personal técnico de guardia de los hospitales". Clínica del Prof. Pedro Larghero Ibarz, año 1963.

B) Fuera de la especialidad

a) Clases

No se han enumerado por considerar no interesan para este llamado. Tengo más de diez años de actividad docente continua en el Departamento de Anatomía y en los hospitales en Servicios Docentes.

b) Tribunales

Las mismas consideraciones anteriores. Fui miembro del Tribunal para Adjuntos de Clínica Quirúrgica del año 1964.

c) Cursos de perfeccionamiento

- "Primera vértebra lumbar. Consideraciones anatómicas". Curso de Perfeccionamiento para Graduados del Departamento de Anatomía (14-VI-1961).
- "Anatomía del mediastino". Curso de Perfeccionamiento del Instituto de Neumología (30-VII-1962).
- "Anatomía de la circulación cerebral con especial referencia a la irrigación de la vía óptica". Curso de Perfeccionamiento de Oftalmología (3-VI-1964).

V.— OTROS MERITOS

Miembro y colaborador
de las siguientes instituciones científicas

a) *Nacionales*

- Miembro de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.
- Miembro de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

b) *Extranjeras*

- Fellow del Colegio Americano de Cirujanos.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A		B	
ABÓ COSTA, Juan Carlos	323	BACCELLI, Guido	369
ACOSTA FERREIRA, Walter	315	BACIGALUPO, Juan Carlos	306
AGUERRE, José Agustín	92	BADO, José Luis	134, 322, 323
AGUIAR JAUREGUITO, Alberto	229	BAGNULO SACOMANDI,	
AGUIAR, Inspector General	131	Homero	229
ALAUZE, Edmond	394	BAILLARGER,	
ALBERTONI TONNA,		Jules Gabriel François	58
Nelson Roque	229	BALAGUER, E.	178
ALBINUS, Bernardo Siegfried	39	BALLESTER, R.	178
ALBO VOLONTÉ, Manuel	11, 137, 347, 378	BALTHAZARD, Victor	88, 260, 272
ALBO, Manuel	71, 72, 77, 83, 199, 378	BARDALLO, Julio R. (Escribano)	230
ALCMEÓN de CROTONA	35	BARMAIMON BARMAIMON,	
ALGORTA PONCE DE LEÓN,		Enrique	11, 313, 315, 333
Luis Felipe	228, 230	BARNARD, Christiaan	225
ALMENARA IRIGOYEN,		BARRENECHE CASTEL,	
Guillermo	93, 319	Omar Roque	225, 230, 231
ALTMAN, M.	387	BARRIOS, Gerardo	136 - 138
ALTMAN, Robert	326, 329	BARTHE, Enrique	69
ÁLVAREZ, Hermógenes	92	BATISTA, Marina	315
ÁLVAREZ, Juan	315	BATLLE BERRES, Luis (Presidente)	348
ANDREOTTI, Taddeo	36	BAUDELAIRE, Charles	75, 89
ARANA INÍGUEZ, Román	92	BAYARDO BENGEOA, Fernando	230
ARANA, Mariano	138	BEAU, Emile	58
ARDAO JAUREGUITO, Héctor A.	92, 378	BEBEACUA, Diego	315
ARMAND UGÓN, Victor	71, 84, 92	BÉCLARD, Pierre Agustín	58
ARSUAGA SOTO, Julio E.	15, 218, 219, 220, 221, 258, 259, 300, 375	BELLOSO, Rogelio	92
ARTIGAS, José María	254	BEN GURIÓN, David	349, 350
ARTIGAS, José	249, 250, 251, 255, 256	BENAIM, Fortunato	131
ASINER, Boris	137	BENEDEK, Pedro	16, 68, 70, 388
		BENEDETTI, Alejandro	38
		BENEDITTO CORREA,	
		Victor Hugo	90
		BÉRARD, León	58

BERENGARIO del CARPI, Jacobo	37, 38	CAGNOLI, Hebert	323
BERGALLI, Luis	31	CALAR, Giovanni	38
BERGAZYN, Hanna	26, 28	CALCAGNO, Carlos	216
BERMÚDEZ, Oscar	92	CALDEYRO-BARCIA, Roberto	92
BERRO ROVIRA, Guido	12, 215, 219, 234, 251, 257, 259, 268, 270, 272, 274, 294, 339	CAMPALANS, Luis A.	314, 318, 323
BERTAGNA	410	CAMPBELL, Margarita	57
BICHAT, Marie François Xavier	58, 59, 159	CÁMPORA, David	216, 217
BIRENBAUM, Manuel	11, 351	CAMPOS HERMIDA, Hugo	216
BIROLINI, Darío	140	CAMPOS PIERRI, Néstor C.	11, 96, 137, 344,
BISMUTH, Henri	58		347
BLEGER, José	409, 410	CANETTI NAJSON, Daniel	229
BLÜCHER, Gebhard Leberecht von (Mariscal)	151, 152, 170, 171	CANETTI NAJSON, Víctor Alberto	137
BOGLIACCINI de LODRÓN, Gustavo	71	CANO, Mirtha	258
BONAVITA PÁEZ, Luis	229	CAPDEVILLE, Ivonne	315
BONNECARRÈRE, Emilio A.	92	CAPUTTI, Sol	315
BONNET, Emilio Federico Pablo	269, 270	CARBALLA, Juan	230
BOSCH del MARCO, Luis María	69, 92, 313	CARDEZA, Héctor	69
BOUSSAY, Jacques François, (Barón)	151	CARDOSO de LÓPEZ, Lil	30
BOZZOLO, Alejandro	31- 229	CARITAT THEODULOZ, Ricardo Juan	136
BRECCIA, Sonia	216, 218	CARITAT, Jean Antoine de (Marqués)	253
BRIDA, Alfredo	235, 299, 339	CARLEVARO BOTERO, Pablo V.	300
BROCA, Paul Pierre	58 - 59	CARLOS VI (Francia)	48
BRUGNINI, Octavio	282, 283	CARLOS X (Francia)	179
BRUNO, Ángela Ernestina	21, 22	CARNELUTTI, Francesco	394, 402
BUCARD, Tierno	256	CARRERA, Ignacio T.	69
BUÑO VÁZQUEZ, Washington	31, 315	CARRQUIRY LECOUR, Luis	229
BUONARROTI, Michelangelo	42, 43	CASTIGLIONI ALONSO, Héctor	227, 228, 257, 258, 385
BURKE, Thomas	53, 54, 55, 56, 57	CASTIGLIONI ALONSO, Juan Carlos	315
BURNS, Frank	327	CASTIGLIONI BARRIÈRE, Juan Carlos	16, 31, 68
C		CASTIGLIONI TULA, Dinorah	137
CABRERA MEDINA, Angélica Agustina	262	CASTIGLIONI, Víctor	216, 218, 386
CÁCERES CARDONA, Gonzalo	405, 406, 407, 412	CAT MONSEGUR, Miguel Ángel	352
CAFFARELLI du FALGA, Louis Marie de	151	CAZABÁN PEROSIO, Luis	347, 386
CAGNO, Carlos	229	CELSE, Aulus Cornelius	35, 81
		CENDÁN ALFONZO, Juan E.	92, 93
		CHAGALL, Marc	256
		CHALAR, Santiago	302
		CHARPY, Adrien	58
		CHAULIAC, Guy de	37, 38
		CHAVARRÍA, Oscar	229 - 301
		CHERTKOFF, León	319, 320, 323

CHEVALIER, A. G.	175	Del CAMPO, Juan Carlos	71, 87,
CHIFFLET GRAMÁTICA, Abel	92, 227		92, 111,
CHIZZOLA, Manlio E.	31, 347		378
CIANCIULLI, Dante	69	DELAY, Jean	405
CIDADE, Luis	291	DELBET, Pierre	58, 61
CIRILLO APOLITO, José Pedro	94	DELGADO PEREIRA, Bolívar	31, 288,
CLARK, Omar	313		294, 313
CLUZET, Óscar	136, 139,	DELGADO PEREIRA, Hugo	69, 276
	293	DELGADO, Alicia	137
COHEN, Alberto Jack	315	DELMAS-MARSALET, Paul	410
CONDORCET, Marqués de	253	DESAULT, Pierre-Joseph	58, 146,
CONFUCIO	35		147, 158,
CONTI DÍAZ, Ismael	229		159
COOPER, Sir Astley Paston	52, 53,	DESGENETTES	165, 166,
	58		172, 176,
CORIO, Ernesto	378		177, 178
CORTI, Alfonso Giacomo Gaspare	58, 61	DESOILLE, Robert	405
COSSA	410	DEVINCENZI SUÁREZ, Oscar W.	323
COSSIO, Harrison	137	DEVINCENZI, Garibaldi J.	71, 72,
COUINAUD, Claude	58		77, 199
COWPER, William	39	DÍAZ POSE, Barrett	229
CRESSERI FLORES, Aída Irene	11, 19,	DÍAZ, Federico (Q. F., Rivera)	63, 64,
	22, 217,		65
	246, 287,	DIGHIERO URIOSTE, Jorge	314
	289, 299,	DONALEY, Mirtha (Nurse)	378, 379,
	300, 302,		380, 381,
	366, 382		382, 383
CRESSERI, Hugo	300	DRAGO, José María	298
CRESTANELLO, Francisco A.	31, 96,	DUBRA TAFERNABERRY, Jorge	228, 230
	97	DUBRA, Santos	137
CRISIPO	35	DUFRICHE, René-Nicolas	
CROTTOGINI, Juan José	31	(Baron DESGENETTES)	166, 176,
CRUVEILHIER, Jean	58 - 60		177
CULLEN, William	39	DUPUYTREN, Guillaume (Barón)	58, 60,
			172
		DUVAL, Xavier	39
D		E	
D'AURIA, Agustín E.	31, 347	ECHEVERRÍA, Daniel (Juez)	217, 218,
DAGUERRE, Louis-Jacques-Mandé	179		294
DANZA SPERA, Franco	31, 229	ELENA PERCOVICH, Ricardo J.P.	228, 230
DANZA SPERA, Rómulo	31	ELIZABETH I (Inglaterra)	48
DARDER, Ventura	227	ENRÍQUEZ FRÖDDEN, Hugo	93
De la GARZA VILLASEÑOR, L.	178	ESPÍNOLA, Julio C. (Juez)	402, 403
De los SANTOS, María Amparo	12, 388	ESTAPÉ CARRIQUIRY, Gonzalo	31, 294
De los SANTOS, Santiago	136, 138	ESTRELLA, Julio César (Ministro)	348
DE VECCHI LARRALDE, Jorge A.	315	ETCHEVERRÍA PRIETO, Pedro M.	73, 74,
DeBAKEY, Michael E.	324, 328		75, 77, 86
DECARO, Dr. (Fuerza Aérea)	131		
DEDE, Wadi	228	F	
Del CAMPO, Alberto	344, 347	FABRIZIO de ACQUAPENDENTE	38
Del CAMPO, Francisco	315, 316	FALOPIO, Gabriel	38

FARABEUF, Louis Hubert	58, 59, 62		187, 188, 189, 190,
FAZZIO, Héctor	229		191, 194,
FEBLES ALFONZO, Deobaldo	31		195, 196,
FEDERICO II (Hohenstaufen)	36		197, 200,
FELDMAN FABIUS, Adolfo	350		264, 376
FELIPE de ORLEANS	179	GANDHI, Indira	253
FERGUSON, Harry A.	324	GARCÍA FONTES, Walter	94, 350
FERNÁNDEZ CHAPELA, Alberto	69, 314	GARCÍA GUIDO, Luis	298
FERNÁNDEZ HUIDOBRO, Eleuterio	216, 217, 294	GARCÍA LAGOS, F. H.	198
FERNÁNDEZ MARANA, Gonzalo J.	380	GARCÍA NOVALES, Jorge	323
FERNÁNDEZ PAREDES, Iris	229	GARCÍA OLIVEIRA, Hugo Francisco	315
FERNÁNDEZ VIQUEIRAS, (Juez)	230	GARCÍA OTERO, Julio C.	32
FERREIRA ALDUNATE, Wilson	235	GARCÍA PINTOS, Salvador	206 -215
FERREIRA BERRUTTI, Pedro	315	GARCÍA ROCO, Héctor	30
FIANDRA CUCULIC, Orestes	323	GASPAR, Esteban	229
FIERRO, Miguel	229	GASTALDI	394
FINOCHIETTO, Ricardo	367	GATEÑO YAFFÉ, Nisso	12, 17, 18, 137, 257, 348
FISCHER, Tabaré Mario	276	GAYOSO, Manuel	315
FLORES, Venancio	255	GEMELLI, Agostino	406
FOGEL de KORC, Eva	11, 19, 96, 97, 137, 257, 265, 267, 387	GERARD, Gabriel	31 - 315
FOLLE RICHARD, Juan Alberto N.	68, 69, 227, 315	GERDY, Pierre Nicolas	58
FOLLE RICHARD, Luis E.	216, 393, 414	GEREZ CARABAJAL, Jorge Ricardo	11, 276, 277, 285, 291, 296, 297, 305, 308, 311
FONSECA PIAGGIO, Daniel C.	26, 29, 30	GIL QUINTEROS, Daniel Luis	228
FRANCHI PADÉ, Héctor	219, 227	GIL SOLARES, Orlando	11, 96, 97, 132
G		GIL y PÉREZ, Juan Ignacio	11, 96, 97, 132, 366
GAIONE, Felipe	230	GILMAN, A.	394
GAJSTUT, Ricardo	11, 352, 353	GIMBERNAT y ARBÓS, Antonio	39, 41
GALASSI, Luigi	368	GIMÉNEZ de MARTIRENA, Ivette	216, 217, 218
GALENO de PÉRGAMO, Claudio	35, 38, 48, 50	GINÉS ÁLVAREZ, Ángel	229
GALENO, Licón	35	GIUSSI, Augusto	12
GALTIERI, Leopoldo Fortunato (Tte.Gral.)	351	GLISSON, Francis	39
GAMARRA, Francisco (Juez)	230	GOETHE, Johann Wolfgang von	53, 406
GAMBETTA, Giuseppe	182	GOFIN, Jaime	229
GAMBETTA, León	12, 20, 179, 180, 182, 183, 184, 186,	GOLLER ALBERT, Wolfgang G.	313
		GOLOCOVSKY, Mario	284, 291
		GÓMEZ FOSSATI, Carlos	31
		GÓMEZ MANGO, Edmundo	219
		GONCOURT, Edmond Huot de; Jules	89

GONZÁLEZ AÑÓN, Fernando Esteban	293		72, 73, 74, 75,
GONZÁLEZ, Elías (Oficial)	131		76, 77,
GONZÁLEZ, Gabriela	12		78, 79,
GOODMAN, L. S.	394		80, 81,
GORDON, Dr. (Guatemala)	131		82, 83,
GRAAF, Reignier de	39		84, 85,
GRASSET, Abbot	145		86, 87,
GRASSO, Rafael	315		88, 89,
GRATIOLET, Louis Pierre	58		90, 92,
GREGOIRE, Raymond	58		292, 389
GREGORIO, Luis Alberto	69, 137, 281, 294, 314, 347, 367, 380	ISLAS, Juan	360
		ITUÑO SAPRIZA, Carlos Antonio	306
J			
GRILLE GONZÁLEZ, Pedro (Escribano)	227	JACOB, O.	58
GRODZICKI, Jaime	11, 352, 358	JAEGER, Werner	256
GROMPONE PASSARO, Antonio Miguel	255	JAUREGUY, María del Luján (Lula)	137 - 228
GRUNBERG, José	29	JIMÉNEZ de ASÚA, Luis	401
GRUNWALD, Iszo	323	JUAMBELTZ, Carlos	140
K			
H			
HALLER	39	KALECHSZTAJN, Jaime	229
HARE, William	53, 54, 55, 56, 57	KAY, George Neal	297, 309, 311
HARTMANN, Henri Albert	61	KIRKLIN, James Karl	296
HENLE, Friedrich Gustav Jakob	58, 60	KLÉBER, Jean Baptiste (General)	151
HERÓFILO	35	KNOX, Robert	53, 54, 56, 57
HERRERA RAMOS, Fernando	350, 386	KOHAN, Gustavo	178
HERRERA, Luis Alberto de	262	KÖLLIKER, Rudolph Alber von	58
HOGARTH, William	50	KOUWENHOVEN, William	323
HOOKE, Richard	326	KRANZ, Heinrich	407
HORNER, William Edmonds	58	L	
HORSLEY, J. Stephen	398	LAMAS, Alfonso	71, 73, 198
HOUSE, Robert	398	LAMAS, José Benito	254
HOVELACQUE, André Édouard Émile	58	LARGHERO YBARZ, Pedro	14, 15, 31, 68, 69, 73, 74, 89, 132, 133, 134, 199, 200, 236, 260, 265, 292, 308, 313, 314, 319, 320, 321, 322, 333, 338, 341, 343,
HUGHES, Frank A.	92		
HUGO, Victor	180		
HUNTER, John	39, 42		
HUNTER, William	39, 42		
HYRTL, Josef	58		
I			
IBARBOUROU RÍOS, Cristina	29		
IBARRA RUIZ, José Pedro	93		
IRAOLA, José Ignacio	19, 68, 70, 71,		

	350, 379,	LOZANO,	
	385, 388,	(Coronel Médico Colombia)	131
	389	LUSINCHI, Alicia	137
LAROUX, Charlotte Elizabeth	147	LUZ SOUZA, Osorio	137
LAROUX, René	147	LYONS, A. S.	178
LARRAÑAGA, Dámaso Antonio	254		
LARRE BORGES, Uruguay	346, 388	M	
LARREY, Alexis	145, 157	Mac DUGGALL	407
LARREY, Dominique-Jean	19, 134,	MACHADO, Fernando	140
	143, 144,	MAGENDIE, François	58
	145, 147,	MAGGI, Rodolfo	29
	148, 149,	MAGGIOLO WALTHER, Jorge	32
	150, 151,	MAGGIOLO, Carlos M.	278
	152, 153,	MAHON, P. A. O.	260, 261
	154, 155,	MAIMÓNIDES	10, 26
	156, 157,	MALGAIGNE, Joseph François	58
	159, 160,	MALLARMÉ, Stéphane	89
	161, 163,	MALOSETTI, Hugo	314
	164, 165,	MAÑANA CATTANI, Julio	96, 97 ,
	166, 167,		131, 137,
	168, 169,		266, 338,
	170, 171,		346, 347,
	172, 173,		370, 380,
	174, 175,		386, 387,
	176, 178,		388
	320, 321,	MAÑÉ ALGORTA, Alberto	72 - 86
	322, 339,	MAÑÉ GARZÓN, Fernando	29, 32,
	376, 388,		71, 76,
	390		86
LARREY, Félix Hippolyte	152, 169,	MAQUIEIRA ARGENZIO,	
	172, 173,	Gonzalo E.	96, 97,
	174		347, 387
LATARJET, André	58, 59	MARAÑÓN y POSADILLO,	
LATORRE, Lorenzo	255	Gregorio	394, 396,
LATOURRETTE, Federico	347, 380		405, 412,
LAZO, Inspector	131		413
LECHA-MARZO, Antonio	260	MARCHIONI, J.	178
LEIBNER, León	230	MARCORA (Dr., Juez)	227
LÈJARS, Félix	72	MARGARITA (Reina, Italia)	369
LENGUAS, Luis Pedro	71, 86,	MARMO ROBINO, Julio César	276
	87	MARTÍNEZ MORENO,	
LEVIT, León	260	Carlos (abogado)	394, 401,
LHERMITTE, Jacques Jean	405, 410		402, 403,
LINVILLE, Larry	327		404
LISAZO, Isabel	301	MARTÍNEZ, Catalina	21
LÓPEZ IBOR, Juan José	407, 408	MARTIRENA, Ana	218
LÓPEZ PIÑERO, J.M.	178	MARTIRENA,	
LÓPEZ SOTO, Roberto	314, 318,	Ivette GIMÉNEZ de	218
	323	MARTIRENA, Laura	218
LORENZ, Konrad	398, 409	MARTIRENA, Luis	216, 217,
LORENZO, Juan Carlos	306		218 , 294
LORIER, Alberto	315	MASCAGNI, Paolo	39

MAURO SANJURJO, Líber	31, 315, 370		320, 321, 339, 376
MAY MOMBELLI, José	71	NAPOLEÓN, Luis (Napoleón III)	179, 180, 181, 182, 184, 187
MAY RUGGIA, José Humberto	315, 351, 378		
MAZZA BRUNO, Milton E.	31, 370	NAVARRO BENÍTEZ, Alfredo	32, 68, 73
Mc DOUGAL, Elena	53, 57	NESSI, Inés	12
Mc GIFFIN, David	296, 309, 310, 311	NESTOR, Phil	178
MECKEL, Johann Friedrich	40	NIÉPCE, Joseph Nicéphore	179
MEISTER, Wilhelm	53	NIETO, Verónica	333
MELLOR, Alec	412	NIEVAS, Dolores	315
MENCHACA, Nery	315	NIN VIVÓ, Jorge	31, 71, 229
MÉNDEZ MANFREDINI, Aparicio (Ministro)	63, 64	NIN y SILVA, Julio	92
MERGENS	401	NOLI, Juan José	229
MERKEL, Friedrich Sigmund	58	NOVOA, Aída	315, 370
MÉROLA SÓÑORA, Lorenzo	315	NOWINSKI, Aron	93
MESA FIGUERAS, Guillermo	260, 272, 387	NOZAR NÚÑEZ, José	315
MILIES, Carlos E.	137	NUCHOVICH, Daniel Igal	11, 352, 354, 359
MIQUEO-NARANCIO, Martín	92	NUSSPAUMER, Federico	345
MIRABAL de la LLOSA, Horacio José	229		
MONDEVILLE, Henri de	36	O	
MONDINO de LUZZI	36, 38	OLARREAGA, Narciso	96, 97, 131, 137
MONDINO, Luis	198	OLIVERO, José M.	21
MONRO, Alexander I	39, 40	OLIWENSZTEIN BERGAZYN, Aída	22, 26, 27, 28, 29, 30, 137, 252, 275, 277, 287, 304, 356, 368, 378, 379, 380, 381
MONRO, Alexander II	39, 40		
MONRO, Alexander III	39, 41	OLIWENSZTEIN, Jaime	26, 378
MORADOR, Lola	21	ORIA, Alejandro	178
MORGAGNI, Giovanni Battista	39	ORONoz LUCHO, Luis A.	229
MORSE SANTOS, Héctor Julio	131	ORTAZÚ, José Ignacio	254
MUCHADA, Raúl	229	ORTICOCHEA, Mario	
MUIÑOS, Héctor Homero	233, 234		
MURGUÍA de ROSSO, Elida	386	P	
MURGUÍA GUARNASCHELLI, Daniel	258	PACÍFICO, Albert D.	295, 309
MUSATTI, Cesare	394	PAGOLA, Manuel	254
		PAIS FIGUERA, Tito	229
N		PAÏTRE, Fernand	58
NAHAROT, Matitiahú (o Matatías)	18, 357	PALMA, Eduardo C.	92
NAIRAC PERDOMO, Antonio	30	PARAVÍS, Carlos	302
NAPOLEÓN BONAPARTE	19, 134, 149, 153, 155, 157, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178,	PARÉ, Ambrosio	161
		PATURET, Georges	58

PAULO, Gary	229, 230	PORTO ALBISTUR,	
PAZOS, Carlos	228	Pedro Ángel "Coco"	346
PECQUET, Jean	39	POU de SANTIAGO, Alejandro	92
PEDEMONTE, Oscar	31, 315	PRADERI CERVINI, José Alberto	369
PELUFFO MEDICI, Leopoldo	30	PRADERI GONZÁLEZ,	
PEÑA FERNÁNDEZ, José Luis	30	Luis Alberto	31, 315,
PERCOVICH, José Oscar	69		370, 378
PERCY; Pierre-François	148, 158,	PRADERI GONZÁLEZ,	
	160, 163,	Raúl Carlos	31, 32,
	164, 169,		33, 71,
	170		142, 282,
PERDOMO, Roberto	69, 314,		283, 295,
	352		315, 367,
PEREIRA ROMANO, José María	346		381
PEREYRA AROSTEGUY, Rubels	229	PRADERI MURNIK, José Alberto	387
PÉREZ CASTELLANO,		PRADERIO, Baltasar	369
José Manuel	254	PRADINES RECA, Jorge Clemente	15, 16,
PÉREZ FONTANA, Velarde	37, 75,		68, 69,
	89, 90,		70, 92,
	199, 366		283, 313,
PÉREZ GOCHICOA, Velarde	366		347, 348,
PÉREZ JIMÉNEZ,			349, 370,
Marcos (Dictador)	317		381, 388
PÉREZ, Liber	30	PRAT, Domingo	71, 72,
PERNIN, Alfredo	216, 319,		77, 89,
	393, 414		198
PERRONE MALO,		PRIARIO CESCHI, Julio César	16, 92,
Oscar Fructuoso	315		333
PETIT, Jean-Louis	58	PROTO BARBIERI, Abel	93
PETRUCELLI, R. J.	178	PROXÁGORAS	35
PEYER, Johann Conrad	39	PUIG PERONETTI, Roberto	12, 179,
PIAGGIO BLANCO, Raúl A.	313, 314,		264, 371
	318, 323,	PUPPO BOSCH, Dagoberto	259, 269
	372	PUPPO TOURIZ, Héctor	228
PIÉDELIÈVRE, René	260	PURKINJE, Johannes Evangelista	58, 59
PIÑEYRO CHANS	227		
PIÑEYRO, Luis M.	229		
PIÑEYRO GUTIÉRREZ,			
Alberto M.	300	R	
PIQUINELA, José A.	92	RADBRUCH, Gustav	401
PÍRIZ, Douglas	291, 306,	RADI, Rafael	301
	308	RAGGIO PETRILLO, Víctor	229
PLÁ VERDE, Juan Carlos	219, 260,	RAMBAUR	410
	375, 386	RAMÍREZ, Carlos María	255
POIRIER, Paul	58	RAMÍREZ, Gonzalo	255
POLETTI, Heraldó	315	RANVIER, Louis-Antoine	58, 62
POMBO, Gabriel	291	RAPPAPORT, Dr.	137
POMI, Jorge	306, 387	REAL, Julio	306
PONSOLD, Albert	270	REBOLLO, María Antonieta	31, 315
PORTILLO OLASCOAGA,		RECARTE, Pablo P.	67
José María	22, 28,	REGULES (h), Elías	92
	29, 30,	REMBRANDT HARMENSZOON	
	313	van RIJN	46, 47
		REMEDIÓ, María Rosa	300

RETA, Adela	230	ROLIN, Jean	405
REYES MEISTRO, Walter Héctor	284	ROSA, Folco	69, 92
REYES TERRA, José María	216, 230, 231, 393, 414	ROSS, Elizabeth	57
REYNÉS, Juan Carlos	229	ROUVIÈRE, Henri	58, 60
RICHET, Charles	405	ROUX, Wilhelm	58
RIEPI, Leo	69	RUBIO RUBIO, Roberto	69, 313, 323
RIMBAUD, Jean Nicolas Arthur	89	RUFFINI, Angelo	58
RINALDI, Bruno	31	RUIBAL SPECK, Delia Amelia	378
RIOLANO	39	RUIZ LIARD, Alfredo	31, 315
RÍOS BRUNO, Florida Angélica	21, 29, 302	RUOCCO NICOTERA, Gloria	30
RÍOS CRESSERI, Natalia Ruth	11, 19, 22, 217, 288, 289, 294, 295, 297, 300, 301, 302	RUSSI CAMELLA, Domingo A.	228
RÍOS MARTÍNEZ, Arturo Benjamín	21, 22	S	
RÍOS MORADOR, Sara Úrsula	21, 29	SABATIER, Raphael-Bienvenu	147, 159, 160
RÍOS OLIWENSZTEIN, Andrés	11- 22, 266, 276, 278, 279, 284, 285, 296, 297, 302, 303, 309, 310, 311, 356	SADI, Isidoro	228
RÍOS OLIWENSZTEIN, Fabián	22, 296, 56, 357	SAFAR, Peter	320, 323
RÍOS OLIWENSZTEIN, Gonzalo	11, 14, 22, 239, 277, 279, 280, 287, 296, 308, 356, 368	SALAVERRÍA, Selva, Nurse	137
RÍOS, Juan María	21	SALSAMENDI, María Julia	320
RÍOS, Matías		SAN MARTÍN PEREYRA, Roberto	315
RIPA BARBIERI, Julio César	393	SAN MARTÍN, José de	321
RIPLEY	410	SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad	93
RIZZI CASTRO, Milton	317	SANGUINETTI, Julio María	138
RODRÍGUEZ ALMADA,		SANJINÉS BROS, Aníbal	323
Hugo Daniel	201, 216, 263, 273	SANTORINI, Giandomenico	39
RODRÍGUEZ BARRIOS, Raúl	386	SAPORTA, Diego	11, 352, 354
RODRÍGUEZ BOSSI, José Luis	229	SAPPEY, Marie Philibert Constant	58, 60
RODRÍGUEZ CANZANI, Rómulo	228	SARMIENTO, Domingo Faustino	255
RODRÍGUEZ CARRASCO, Hugo	229	SAUER, Wilhelm	401
RODRÍGUEZ OLIVERA, Fernando	296, 309	SBÁRBARO, Orestes	301
ROGLIA, José Luis	134, 200	SCANDROGLIO, Juan José	258
ROLANDO, Luigi	58	SCARPA, Antonio	39
		SCHREIBER, Gert	315
		SÉBILEAU, Pierre	58, 62
		SENIGAGLIA, Virgilio	
		SICA BLANCO, Yamandú	228, 300
		SICA, Miguel Ángel	352
		SIERRA ABBATE, Jorge	93
		SILVA CORDERO, Winston	218
		SILVA FABEIRO, Celso	96, 97, 266, 387
		SIMONIN, Camilo Leopoldo	260
		SOCA BARRETO, Francisco	234
		SOEMMERRING,	
		Samuel Thomas von	39
		SOIZA LARROSA, Augusto	219, 257, 259, 261, 264, 269
		SOLARI, José Alfredo	138
		SOSA JUNCA, Violeta	90

SOSA, Julio	315
SPERANZA, Claudia	12
SPIEGEL, Adriaan van den	39
SPRECHMAN, Tomás (Arquitecto)	289
STÁBILE, Américo	92
STAJANO, Carlos V.	63, 92
STENON o STENSEN, Niels	39
STIERS, David Ogden	327
SUÁREZ de la RIBERA, Francisco	264
SUIFFET, Walter	92, 345
SZNAJDER ZAK, Jaime	11, 349

T

TAMBORINDEGUY, Luis "Yuyo"	346, 348
TARIGO, Ernesto Juan	92
TEJEDOR GATTI, Ary	229
TÉLLEZ CARRASCO, Pedro J.	407
TERRA, Eneas	69
TESTUT, Leo	58, 59
TIZIANO	38
TOLEDO IVALDO, Alfredo	307
TOMMASINO, Armando	20, 242, 262, 270, 339, 387
TORNARÍA, Carmen	255
TORRENCE, Elena	53
TORRES LARCEBÓ, Guido	315
TORTEROLO PRADO, Edgardo	31, 386
TOUYÁ BOGGIANO, Eduardo F.	16
TRENCHI, Atilio	315
TROSTCHANSKY VASCONCELLOS, Julio	140
TROSTCHANSKY WEKER, José	96, 97, 136, 137, 142, 293, 307, 344, 347
TUMIANSKY, Daniel	11, 352, 354
TURNES, Antonio L.	12, 13, 17, 26, 93, 228, 344
TURPIN, Dick	50

U

UMBERTO I (Italia)	369
UNAMUNO, Miguel de	18
URIBURU, Julio Vicente	178
URQUIOLA, Raúl	316
URRESTARAZÚ, Jorge	96, 97, 266, 387

V

VALDÉS OLASCOAGA, Heriberto	69
VALLS JIMÉNEZ DE ARÉCHAGA, Alberto	315
VALSALVA, Antonio María	39
Van der MEER, Willem	49
Van MIEREVELD, Michel Janzoon	49
VARELA BERRO, Jacobo	255
VARELA BERRO, José Pedro	180, 255,
VARELA VAZ, Nelson B.	96, 97 , 175, 347
VARELA, Pedro	255
VÁZQUEZ ROLFI, Domingo	134, 322
VÁZQUEZ ROLFI, Luis Alberto	69
VÁZQUEZ ROSAS, Tabaré Ramón	306
VÁZQUEZ VARINI, Felipe	16, 68, 70 , 388
VECCELI, Silvano	367, 368
VEGA, Dardo	323
VELASCO ALVARADO, Juan Francisco	331
VELPEAU, Alfred-Armand-Louis-Marie	58, 61
VENTURINO BANQUERO, Walter	15, 16, 68, 69, 70, 92, 314, 385, 388
VERA OCAMPO, Luis (OPS/OMS)	132
VERDÚ-PASCUAL, Fernando A.	201
VERLAINE, Paul	89
VERO, Pascual	92
VESALIO, Andrea	37, 38, 50
VICTORICA, Alejandro	314
VIEUSSENS, Raymond	39
VIGIL SÓÑORA, Eduardo	92
VIJEVANO, Guido de	37
VILLAR, Hugo	132, 315
VINCI, Leonardo de	42, 44, 45
VOLKER ACOSTA, Ricardo	11, 293, 341, 344
VOLONTÉ de ALBO, Luisa	378
VOLTAIRE	253
VOMERO, Rolando(Juez)	216, 217

W

WALDEYER-HARTZ, Heinrich Wilhelm Gottfried von	58
WALSH, Catalina	57

WASERSTEIN, Moisés	229
WELLESLEY,	
Arthur I Duque de Wellington	171
WELLINGTON, Duque de	151, 152, 170, 171
WETTSTEIN, Juana	301
WHARTON, Thomas	39
WILLIS, Thomas	39, 41
WILSON CASTRO, Eduardo	93
WINCHESTER, Charles	327
WINSLOW, Jacques-Bénigne	39
WIRSUNG, Johann Gregor	39
WLADIE, Juana	53
WOLF	410
WOLYVOVICS, Mendel	11, 350
WRISBERG, Heinrich August	39
Z	
ZAMORA, Abel	373
ZANZI, Luis	69
ZUMARÁN, Alberto	235
ZUNINO PRADERI, José	315
ZUPPARDI MILICH, Leticia	12

