

*6-f: Bolivia*

*11 <sup>4</sup>/<sub>-</sub>*



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

SESION  
INAUGURAL

*1069797*

*N*

ENERO DE MCMLXI

6-f-borrua 11  
REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

6448

# MEMORIA

POR EL ILUSTRISIMO

Sr. Dr. D. RAFAEL CAMPOS FILLOL

SEMBLANZA DEL ILUSTRISIMO

Sr. Dr. D. Nicasio Benlloch Giner

Y

# DISCURSO

POR EL ILUSTRISIMO

Sr. Dr. D. JOSE ANTONIO BORRAS JUAN

LEIDOS EN LA

# SESION INAUGURAL

1069797

AÑO 1961

*W*



VALENCIA  
1961

# MEMORIA

LEIDA POR EL

Ilmo. Dr. D. RAFAEL CAMPOS FILLOL

Excelentísimo señor Presidente:

Ilustrísimos señores Académicos:

Señoras y señores:

Una dolencia, por fortuna no grave, nos priva en estos momentos de la presencia del Secretario general de esta Ilustre Corporación, para daros cuenta de las actividades de la Real Academia de Medicina durante el pasado curso de 1960, como es reglamentario en la inauguración del que hoy comienza.

Nunca creí, dada la juventud del doctor don Enrique Alfonso Gordó, que tendría que sustituirle en sus funciones. El doctor Alfonso Gordó, además de su juventud, está dotado de una gran capacidad de organización, de una gran competencia, y sobre todo ello, de condiciones muy estimables de correcto escritor, que se vieron reflejadas en las memorias que él redactó en inauguraciones de cursos anteriores, durante la época en que su salud física le permitió desempeñar el cargo.

Dios proveerá que se recobre totalmente de su dolencia y se reintegre de nuevo a la Secretaría, deseo unánime de cuantos formamos parte de esta Real Academia.

Inicióse el pasado Curso el 29 de enero con asistencia de autoridades civiles y militares y representantes de algunas Corporaciones Culturales. Presidió el Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Beltrán Báguena. El doctor Alfonso Gordó dio lectura a la Memoria reglamentaria, y el Académico Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José López Laguarda leyó su documentado e interesante discurso, que titulaba "El Curanderismo" (Ensayo acerca de sus orígenes y divagaciones sobre su ejercicio).

Ambos lectores fueron muy aplaudidos.

A continuación el Secretario dio lectura al fallo de la ponencia encargada de juzgar los trabajos presentados para aspirar a los premios de la Real Academia en el curso de 1959.

A don Domingo Espinós Pérez, premio de 2.000 pesetas y título de Académico corresponsal por su trabajo "Sobre una técnica incruenta de determinación del volumen minuto cardíaco".

A don Wenceslao Calvo Garra, título de Académico corresponsal por su trabajo "El diagnóstico de los tumores del sistema nervioso".

El señor Presidente pronunció breves palabras, agradeciendo su asistencia a las Autoridades y en nombre de S. E. el Caudillo declaró abierto el curso 1960.

El día 10 de marzo, el Ilmo. Sr. Dr. D. Cristóbal Martínez Bordiu, Marqués de Villaverde, de la Escuela Nacional de Enfermedades del Tórax, dio una interesante conferencia sobre el tema "Circulación extracorpórea e hipotermia profunda". En sesión celebrada el 16 de abril, a propuesta del señor Presidente y con el voto unánime de los Académicos asistentes, fue nombrado el doctor Martínez Bordiu, Académico corresponsal.

El 23 de marzo el Catedrático de Patología Médica y Académico numerario doctor don Manuel Valdés Ruiz, dio una magistral lección sobre los "Anticoagulantes en Medicina".

El Ilmo. Sr. Profesor don Vicente Gilsanz García, desarrolló el tema "La circulación portal en el quiste hidatídico del hígado", el 25 de abril.

El Catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Sevilla, doctor don Agustín Bullón, disertó el 7 de mayo sobre "Estructura ultramicroscópica de la célula tumoral", y el día 9 habló de "Ultramicroscopia del músculo cardíaco".

El que fue destacado alumno en esta Facultad, hoy Catedrático de Obstetricia y Ginecología de Granada, Dr. D. Vicente Salvatierra Mateu pronunció una magnífica lección sobre "Problemas de Ginecología Psicosomática", el 12 de mayo.

El día 16 del mismo mes, a las doce de la mañana, conjuntamente la Facultad de Medicina y la Real Academia celebraron una sesión homenaje póstumo al Excmo. Sr. Dr. D. Gregorio Marañón, en cuyo acto intervinieron don José López Piñero, Profesor encargado de la Cátedra de Historia de la Medicina; el Catedrático de Patología General, Dr. D. Miguel Carmena Villarta; el Ilmo. Sr. Decano de la Facultad de Filosofía y Letras, D. Francisco Sánchez Castañer, cerrando dicha solemnidad el Excmo Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina, con un brillante discurso.

El Catedrático de Patología Médica de Valladolid, Dr. D. Ramón Velasco Alonso, dio el 16 de mayo por la tarde una lección de cátedra sobre "Fisiopatología del metabolismo del hierro".



Ilmo. Sr. Dr. D. Bernardo Yila Ochando

El nuevo Catedrático de Medicina legal de Granada, Profesor adjunto que fue de dicha Cátedra en Valencia (y por qué no decirlo, discípulo del Académico Profesor Dr. López Gómez), dio una conferencia sobre el tema "Neoplasias profesionales", en fecha de 24 de mayo.

El Académico corresponsal y Profesor adjunto de la segunda Cátedra de Patología Médica, Dr. D. Rafael Báguena Candela, pronunció una conferencia el día 3 de junio sobre "Fundamentos e indicaciones actuales del empleo de los diuréticos en Medicina interna y Obstetricia".

La última conferencia estuvo a cargo del Profesor adjunto de la Cátedra de Patología quirúrgica, Dr. D. Benjamín Narbona Arnau, sobre el "Tratamiento quirúrgico de las estenosis oricovalvulares cardíacas" (consideraciones fisiopatológicas y terapéuticas). Esta se celebró el 10 de junio. En total 11 conferencias.

Durante el curso pasado, los señores Académicos designados por la junta emitieron siete informes médicos solicitados por la Magistratura Provincial de Trabajo y los Magistrados Jueces de Instrucción de los Juzgados de Primera Instancia.

El Presidente honorario, Dr. D. José Tomás de López Trigo hace renuncia de su sillón de Académico.

Por haber cumplido en 16 de septiembre D. José Aleixandre Mir, la edad de 70 años, el Estado decretó su jubilación. Este probo e inteligente funcionario estuvo al servicio de la Real Academia más de 30 años, siendo el hombre de confianza de cuantos Presidentes ocuparon tal cargo. Salvó el magnífico óleo de la Reina Isabel II (atribuido al famoso pintor valenciano Vicente López), en los primeros días del Alzamiento, cuando las turbas destruyeron cuanto había en la Real Academia, instalada en los Claustros del Hospital Provincial.

La junta acordó constase en Acta el sentimiento de la Corporación y proponer al señor Aleixandre continuar desempeñando sus funciones agregado al personal, como asesor del mismo.

El día 4 de marzo celebró la Real Academia sesión solemne para la recepción del Académico electo Dr. D. Ignacio Martí Alvarez-Ossorio, quien dio lectura a un magnífico discurso sobre el tema "Realidad y significación del dolor del parto".

Fue su padrino, su hermano, el Excmo. Sr. Dr. D. José Martí Mateu, y resultó muy emotivo el encuentro en la tribuna de los dos hijos del que fue inolvidable Presidente, Dr. D. Miguel Martí Pastor.

En sesión celebrada el 12 de febrero se acordó anunciar en el "Boletín Oficial" el anuncio de tres vacantes de Académicos, y en la

de 19 de mayo por la renuncia del Académico Dr. López-Trigo, añadir una vacante más.

Terminado el plazo de presentación de solicitudes y previo informe reglamentario, la Real Academia de Medicina de Valencia, en sesión extraordinaria celebrada el día 25 de noviembre de 1960, eligió en votación secreta y por unanimidad, Académicos Electos, a los doctores don Tomás Sala Sánchez, don Francisco Gomar Guarner, don Adolfo Rincón de Arellano y don Eugenio Tomás López-Trigo.

Celebróse sesión extraordinaria reglamentaria para la renovación de la mitad de la Junta Directiva (turno Presidencia), siendo reelegido el actual Presidente, Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Beltrán Báguena y los Académicos D. Juan José López Laguarda y D. Rafael Campos Fillol para Vicesecretario y Bibliotecario respectivamente.

Este año se han presentado tres trabajos para optar al Premio de la Real Academia, con los siguientes títulos: "Histogénesis e Histopatología de los tumores del testículo", "Nueva cirugía urológica", "Urología plástica y conservadora" y "Bases de la Vectocardiología".

Para juzgar el mérito de los mismos fue nombrada una Ponencia formada por los Académicos doctores Martí Mateu, Borrás, Gómez-Ferrer Navarro, Llopis Llorente y Llombart Rodríguez.

Una nota triste. El 28 de octubre falleció, tras larga y sufrida enfermedad, el Ilmo. Sr. Dr. D. Bernardo Vila Ochando, Académico numerario que ingresó en la Real Academia el 20 de mayo de 1948. Relativamente joven, el Dr. Vila era Médico y Farmacéutico. Fue Profesor adjunto por oposición de la Cátedra de Farmacología y Terapéutica de nuestra Facultad de Medicina, y Presidente Honorario del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos.

No quiero ser yo quien ensalce en este acto al Dr. Vila Ochando. Lo dejo a la autoridad del Dr. D. Agustín Trigo Mezquita, que le apadrinó, de quien copio estos tres párrafos de su discurso de contestación.

De todos es conocido el Dr. Vila Ochando.

Sus actividades profesionales y científicas son testimonio elocuente de la firme personalidad del Académico que hoy ingresa. Su constante trabajar, su amor al estudio, su poder y capacidad de asimilación son bien notorios. Pero si alguna duda hubiere de todo ello, quedará desvanecida con la lectura del trabajo que entrega a la Academia en esta solemne ocasión.

Es un acierto desde su arranque —que inicia con una cita de los Evangelios— hasta el final, en el cual resalta su concepción del mecanismo de actuar de los chaulmoógricos, hijo de su absoluta com-

petencia y completa formación para inquirir en los problemas de la salud, puesto que no hay que olvidar que el beneficiario posee esos dos títulos que tan perfectamente se complementan y hermanan: el de Médico y el de Farmacéutico; los dos, en fin, que se ocupan de la ciencia de curar.

Descanse en Paz y que el Señor Dios de la Misericordia le haya acogido en su seno.

Las relaciones de la Academia con las Autoridades locales han sido como siempre, afectuosas y cordiales. El señor Presidente y Secretario hicieron la visita protocolaria a los Excmos. Sres. Gobernador Civil, Alcalde del Excmo. Ayuntamiento y Presidente de la Diputación, y se tiene un ofrecimiento económico por parte de estas dos corporaciones.

También han tenido, por iniciativa de nuestra Academia, manifestaciones de colaboración por parte de las entidades médicas de Castellón, Alicante y Alcoy.

Y termino esta Memoria dando las gracias a cuantos habéis tenido la paciencia de escuchar este relato monótono e insustancial. Pero la culpa no es sólo mía. ¡Es el Reglamento...!

**JUNTA DE GOBIERNO**  
**MOVIMIENTO DE PERSONAL**

**CARGOS**

---

**PRESIDENTE**

Excmo. Sr. Dr. D. Manuel Beltrán Báguena

**VICE-PRESIDENTE**

Ilmo. Sr. Dr. D. Vicente Sanchis Bayarri

**SECRETARIO GENERAL**

Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Alfonso Gordó

**TESORERO**

Ilmo. Sr. Dr. D. Luis Lafora García

**BIBLIOTECARIO**

Ilmo. Sr. Dr. D. Rafael Campos Fillol

**VICESECRETARIO-CONTADOR**

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José López Laguarda

# MOVIMIENTO DEL PERSONAL

## SEÑORES ACADEMICOS DE HONOR

Excmo. Sr. Dr. D. Gregorio Marañón Posadillo	29 abril 1949
» » » » Carlos Jiménez Díaz	29 abril 1949
» » » » Agustín Pedro Pons	14 junio 1958

## SEÑOR PRESIDENTE HONORARIO

Excmo. Sr. Dr. D. José Tomás López-Trigo	8 enero 1957
--	--------------

## SEÑORES ACADEMICOS HONORARIOS

Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Martín Lagos	2 diciembre 1934
» » » » Angel Moreu y González Pola	13 noviembre 1947
» » » » Alfonso de la Fuente Chaos	6 marzo 1948
» » » » Juan Bosch Marín	9 diciembre 1954

## SEÑORES ACADEMICOS DE NUMERO

Sillón n.º 1	Ilmo. Sr. Dr. D. Aurelio Gámir Sanz	15 diciembre 1935	Plaza M. Benlliure, 3
» » 2			
» » 3	» » » » José Martí Mateu	22 marzo 1946	Gran Vía M. del Turia, 39
» » 4	» » » » Manuel Escolano Olmos	24 mayo 1946	Calvo Sotelo, 1
» » 5			
» » 6	» » » » Manuel Beltrán Báguena	31 octubre 1946	Paz, 44
» » 7	» » » » Leopoldo López Gómez	24 abril 1947	Sorní, 24
» » 8	» » » » Juan Durich Espuñes	6 mayo 1947	Salamanca, 39

ACADEMICOS ELECTOS

Don Miguel Carmena Villarta  
 » Francisco Javier García-Conde Gómez  
 » Carlos Carbonell Antolí  
 » José Esteller Luengo  
 » Tomás Sala Sánchez  
 » Francisco Gomar Guarner  
 » Adolfo Rincón de Arellano  
 » Eugenio Tomás López-Trigo Torres

ACADEMICOS CORRESPONSALES

Don Agapito Argüelles Terán (Madrid)  
 » F. E. Raurich Sas (Madrid)  
 » Antonio de Gregorio Rocasolano Turmo (Zaragoza)  
 » Sandro Machetti Croso (Zaragoza)  
 » Roberto García Pastor (Valencia)  
 » Vicente Pallarés Machí  
 » José Almela Guillén (Valencia)  
 » Manuel Balcázar Rubio (Elche, Alicante)  
 » Luis Cardona Mateo (Valencia)  
 » Ignacio Martí-Alvarez Ossorio (Valencia)  
 » Jerónimo Forteza Bover (Valencia)  
 » Alfonso González Cruz (Valencia)  
 » Francisco Alonso de Medina (Alicante)  
 » Antonio Clavero Núñez (Valencia)  
 » José García-Sala Echarri (Valencia)  
 » Juan A. Ruiz Santamaría (Valencia)  
 » José María Sánchez Ibáñez (Albacete)  
 » Juan Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio (Granada)  
 » Mariano Esteban Gil (Valencia)  
 » Carlos Recio Amat (Valencia)  
 » José Mejías Velasco (Gandía)  
 » Vicente Salvatierra Mateu (Valencia)

Sillón n.º	Imo.	Sr.	Dr. D.	Primo Poyatos Page			
9	»	»	»	Vicente Gómez-Ferrer	15	octubre 1947	Gran Vía M. del Turia, 42
10	»	»	»	Carlos Guastavino Claramunt	17	febrero 1948	Plaza Marqués de Estella, 3
11	»	»	»	Juan José López Laguarda	2	marzo 1948	Colón, 60
12	»	»	»	José Antonio Borrás Juan	6	abril 1948	Conde Salvatierra, 41
13	»	»	»	Enrique Alfonso Gordó	22	abril 1948	Cirilo Amorós, 57
14	»	»	»	José Font Lloréns	8	junio 1948	Cirilo Amorós, 71
15	»	»	»	Juan José Barcia Goyanes	17	noviembre 1948	Correos, 13
16	»	»	»	José Peris Estruch	9	marzo 1949	Gran Vía M. del Turia, 62
17	»	»	»	Antonio Romero Calatayud	17	junio 1949	Avda. Barón de Cárcer, 46
18	»	»	»	Vicente Belloch Monteshinos	1	marzo 1950	Cirilo Amorós, 78
19	»	»	»	Luis Lafora García	15	junio 1950	Plaza del Caudillo, 5
20	»	»	»	Vicente Sanchis Bayarri	27	junio 1950	Lauria, 3
21	»	»	»	Francisco Bosch Ariño	28	noviembre 1950	Marqués de Sotelo, 9
22	»	»	»	Rafael Bartual Vicéns	27	enero 1951	Santa Teresa, 25
23	»	»	»	José Ramón Rodríguez-Roda	26	junio 1951	Embajador Vich, 1
24	»	»	»	Ricardo Llopis Llorente	22	febrero 1955	Sorní, 15
25	»	»	»	Rafael Campos Fillol	31	mayo 1955	Colón, 52
26	»	»	»	Rafael Vilar Sancho	7	junio 1955	General San Martín, 4
27	»	»	»	Andrés García Martínez	13	diciembre 1955	Colón, 76
28	»	»	»	Francisco Bonilla Martí	25	febrero 1958	Gran Vía Germanías, 27
29	»	»	»	Antonio Llombarb Rodríguez	25	marzo 1958	Avda. Navarro Reverter, 5
30	»	»	»	Enrique Costa Novella	30	octubre 1958	Paz, 37
31	»	»	»	José García-Bianco Oyarzábal	25	noviembre 1958	Sorní, 35
32	»	»	»	Manuel Valdés Ruiz	12	mayo 1959	Gran Vía M. del Turia, 57
33	»	»	»	Jorge Sempere Corbí	27	junio 1959	Ruzafa, 19
34	»	»	»	Ignacio Martí Alvarez-Ossorio	27	noviembre 1959	E. Gregorio Mayáns, 1 y 3
35	»	»	»		4	marzo 1960	Jacinto Benavente
36	»	»	»				
37	»	»	»				
38	»	»	»				
39	»	»	»				
40	»	»	»				

Don Andrés Grisolia García (Valencia)  
 » Antonio Goded Mur (Zaragoza)  
 » Eugenio Moreno Blanco (Valencia)  
 » Francisco Cantó Ibáñez (Valencia)  
 » José Bosch Casañs (Valencia)  
 » Javier Viar (Málaga)  
 » Juan Nasio (Buenos Aires)  
 » Manuel Cervera Alpera (Valencia)  
 » Jorge Bosch Mollera (Gerona)  
 » Ricardo Pi Figueras (Barcelona)  
 » Modesto Martínez Piñeiro (Madrid)  
 » Vicente Dualde Pérez (Villarreal)  
 » Rafael Báguena Candela (Valencia)  
 » Fernando Zubiri Vidal (Zaragoza)  
 » Rafael Alcalá-Santaella Núñez (Madrid)  
 » Heinrich Jentgens (Colonia, Alemania)  
 » Domingo Espinós Pérez (Valencia)  
 » Wenceslao Calvo Garra (Valencia)  
 » Cristóbal Martínez Bordiu (Madrid)

## SECCIONES Y COMISIONES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE VALENCIA

---

### SECCION DE ANATOMIA Y FISILOGIA NORMALES Y PATOLOGICAS

Ilmo. Sr. Dr. D. Juan José Barcia Goyanes  
 » » » » Rafael Campos Fillol  
 » » » » José Martí Mateu  
 » » » » Vicente Sanchis Bayarri  
 » » » » Antonio Llombart Rodríguez  
 » » » » José García-Blanco Oyarzábal

### SECCION DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MEDICAS

Ilmo. Sr. Dr. D. José Martí Mateu  
 » » » » Manuel Beltrán Báguena  
 » » » » J. José López Laguarda  
 » » » » Antonio Romero Calatayud  
 » » » » Ricardo Llopis Llorente  
 » » » » Vicente Belloch Montesinos  
 » » » » Manuel Valdés Ruiz

### SECCION DE CIRUGIA Y ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

Ilmo. Sr. Dr. D. Vicente Gómez-Ferrer Navarro  
 » » » » Carlos Guastavino Claramunt  
 » » » » J. Antonio Borrás Juan  
 » » » » José Font Lloréns  
 » » » » Juan José Barcia Goyanes  
 » » » » José Peris Estruch  
 » » » » Luis Lafora García  
 » » » » Rafael Bartual Vicéns  
 » » » » J. Ramón Rodríguez Roda  
 » » » » Rafael Vilar Sancho  
 » » » » Francisco Bonilla Martí  
 » » » » Ignacio Martí Alvarez-Ossorio

## SECCION DE TERAPEUTICA Y FARMACOLOGIA

- Ilmo. Sr. Dr. D. José Martí Mateu  
» » » » Manuel Beltrán Báguena  
» » » » J. José López Laguarda  
» » » » Antonio Romero Calatayud  
» » » » Vicente Belloch Montesinos  
» » » » Ricardo Llopis Llorente  
» » » » Aurelio Gámir Sanz  
» » » » Manuel Escolano Olmos  
» » » » Francisco Bosch Ariño  
» » » » Enrique Costa Novella

## SECCION DE HISTORIA DE LA MEDICINA, PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

- Ilmo. Sr. Dr. D. Leopoldo López Gómez  
» » » » Enrique Alfonso Gordó  
» » » » Juan José Barcia Goyanes  
» » » » J. José López Laguarda  
» » » » Juan Durich Espuñes  
» » » » Jorge Sempere Corbí

## SECCION DE HIGIENE, MEDICINA SOCIAL Y CIENCIAS AFINES

- Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Durich Espuñes  
» » » » Enrique Alfonso Gordó  
» » » » Vicente Sanchis Bayarri  
» » » » Manuel Escolano Olmos  
» » » » Primo Poyatos Page  
» » » » Ricardo Llopis Llorente  
» » » » Andrés García Martínez

## COMISION PERMANENTE DE MEDICINA LEGAL Y ACCIDENTES DEL TRABAJO

### Subcomisiones

- Ilmo. Sr. Dr. D. Leopoldo López Gómez  
» » » » Enrique Alfonso Gordó  
» » » » Vicente Gómez-Ferrer Navarro  
» » » » J. Antonio Borrás Juan  
» » » » José Font Lloréns  
» » » » Luis Lafora García  
» » » » J. Ramón Rodríguez Roda  
» » » » Rafael Vilar Sancho  
» » » » Rafael Bartual Vicéns  
» » » » Juan José Barcia Goyanes

## Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia

### CERTAMEN PARA 1961

Esta Academia abre un concurso para premiar al autor del mejor trabajo inédito, no premiado aún por ninguna otra entidad, que desarrolle asunto libre, original de Medicina, Cirugía, Ciencias Físico-Químicas, Farmacia o Veterinaria.

El premio consistirá en el título de Académico Corresponsal y 1.000 pesetas, si el autor reuniese las condiciones reglamentarias, y podrán concederse accésits, consistentes en Diploma de Mención honorífica y títulos de Académico Corresponsal, en número ilimitado, a juicio de la Comisión censora que se nombre.

A este certamen podrán concurrir los profesionales de las ciencias indicadas que no sean Académicos numerarios de esta Corporación.

Los trabajos se entregarán bajo lema, en la Secretaría de la Academia antes de terminar el día 30 de noviembre de 1961 con la manifestación explícita del concursante si opta sólo al premio o también al accésit.

Serán preferidos los trabajos de investigación personal.

Regirán en este certamen las condiciones ordinarias de los concursos cerrados.

La Academia se reserva el derecho de comprobar en todo tiempo, por los medios que estime oportunos, los hechos que se consignen en los trabajos presentados.

Valencia, enero 1961

EL ACADÉMICO-SECRETARIO GENERAL,  
*Enrique Alfonso Gordó*

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

*Manuel Beltrán Báguena*

SEMBLANZA DEL

Excmo. Sr. Dr. D. NICASIO BENLLOCH GINER

---

Cincuenta años de cirugía

DISCURSO

LEIDO EN LA  
SESION INAUGURAL DE LA REAL ACADEMIA DE  
MEDICINA DE VALENCIA EN EL AÑO 1961  
POR EL

Ilmo. Sr. Dr. D. JOSE ANTONIO BORRAS JUAN



SEMBLANZA DEL

Excmo. Sr. Dr. D. NICASIO BENLLOCH GINER

Excelentísimo Señor Presidente.  
Ilustrísimos Señores Académicos.  
Señoras y Señores.

Valencia, en todo tiempo, ha tenido médicos y cirujanos ilustres que la enaltecieron y por ende enaltecieron a España. Estas biografías merecen ser conocidas para que sirvan de ejemplo a la posteridad, y una de ellas es la del Excmo. Sr. Dr. D. Nicasio Benloch Giner. Precisamente esta Real Academia de Medicina me encarga que en la sesión inaugural del presente año 1961, hable de tan eminente profesor, miembro que fue de la misma desde 1934. De un modo breve y pidiendo de antemano perdón por las omisiones que yo pueda cometer, voy a cumplir tan honroso cargo. Debo añadir, por otra parte, que las actividades del doctor Benloch, lo mismo sociales que profesionales, fueron tan extensas y acertadas, que resulta muy grato recordarlas por quien, como yo, fue testigo y admirador de ellas.

El doctor Benloch vivió 69 años. Nació en el poblado de Patraix, anexionado hoy a Valencia, el 22 de marzo de 1888 y falleció en Valencia el 11 de junio de 1957.

Vamos a considerar los principales rasgos biográficos de don Nicasio, como siempre le llamábamos, con arreglo a las tres facetas siguientes: Como HOMBRE, como PROFESIONAL y como MAESTRO.

#### COMO HOMBRE

Hijo de don Nicasio Benloch Yerbes (1859-1910), médico de Patraix, consideró la vida igual que la ve un creyente, como un tránsito, en donde todo lo material es perecedero. Por eso don Nicasio contemplaba los hechos con cierta impassibilidad, sin producirle demasiada alegría los buenos ni demasiada tristeza los adversos.

Demostraba esto su mirada bondadosa, inteligente, algo melancólica; mirada que partía de una faz atrayente, simpática, pero matizada de una particular ironía. Como podría creerse, dadas estas cualidades, su carácter no era retraído, severo ni serio en demasía, antes al contrario, era sencillo, comprensible, risueño, como lo manifestaba en su conversación agradable, amena, a veces festiva y salpicada con rasgos del mejor buen humor.

Un hombre de estas cualidades tenía que ser, por fuerza, un fiel cumplidor de sus deberes y alcanzar un gran relieve en su vida.

Una prueba de su destacada valía, ya en la época de estudiante, la tenemos en que en el año 1910, cursando el quinto de Medicina, leyó, en representación de los estudiantes, un discurso ante el ministro de Instrucción Pública, que había venido a Valencia a colocar la primera piedra en la Facultad de Medicina.

Se licenció en 1911, a los 23 años de edad. Una vez licenciado se dedicó de lleno a su profesión, dejando siempre a un lado todo lo que fueran diversiones y pasatiempos por honestos que fueran. Por eso al advenimiento del general Primo de Rivera en 1923, a los 35 años de edad, el Colegio Médico lo designó representante suyo en el Ayuntamiento, cargo al que renunció, a los pocos meses, para no descuidar a sus enfermos.

La personalidad de don Nicasio era maciza, sin huecos de orgullo ni vanidad, antes al contrario, se hallaba un tanto retraída por su modestia.

Su larga enfermedad puso a prueba su resignación cristiana y se le veía sufrir más por lo que no podía hacer en provecho de sus pacientes que por los achaques propios de la afección.

No todas las personas de elevado relieve social y profesional fueron modelo de HOMBRES y el haberlo sido don Nicasio se eleva su nombre de un modo extraordinario y es un honor para esta Real Academia el hacerlo constar.

## COMO PROFESIONAL

De estudiante ya se pudo prever la importancia que había de adquirir don Nicasio como profesional. A los tres años de ingresar en la Facultad de Medicina ganó por oposición una plaza de alumno interno, en donde comenzaron sus prácticas de cirugía. Durante la carrera obtuvo 24 sobresalientes y 21 matrículas de honor y premio extraordinario en la Licenciatura. Al año siguiente, en 1912, se doctoró en Madrid, obteniendo la calificación de sobresaliente.

Una carrera tan brillante sólo es posible sintiendo una gran vocación. En esta vocación del doctor Benloch iba implícito ya el afán de

saber, el afán de superarse cada vez más para ejercer la profesión con la mayor eficacia y provecho posibles.

En 1913 ingresó por oposición en la Facultad de Medicina como profesor auxiliar numerario en la cátedra de Anatomía Topográfica y Operaciones, que, con tanto acierto desempeñaba el gran cirujano don Vicente Navarro Gil (1857-1939). Esta fecha es particularmente grata para mí porque entonces acababa de ingresar yo como alumno interno y era destinado al servicio de don Nicasio. Esta coincidencia de ser su primer interno motivó nuestra amistad, que continuó con el mayor afecto hasta su muerte. Además, a pesar de nuestra escasa diferencia en edad, lo consideré siempre como maestro.

Tuve ocasión, por consiguiente, de conocer y apreciar sus comienzos profesionales, por cuyos felices aciertos se ganó la voluntad y confianza del catedrático y de todos sus alumnos, los cuales vieron en el novel profesor auxiliar, por su saber, un maestro, y por su juventud, un amigo. Así como el célebre cirujano inglés Syme, prendado de las excelentes cualidades de su auxiliar Lister, lo admitió complacido en el seno familiar como hijo político, siendo luego su mejor colaborador, igual sucedió con el catedrático don Vicente Navarro y don Nicasio Benloch, lo que dio por resultado una compenetración más íntima y eficaz de sus tareas en beneficio de los enfermos y de los alumnos.

En 1914 marchó a París a perfeccionar sus estudios de Urología bajo la dirección del célebre especialista Marion. Cuando en 1929 don Vicente Navarro fue jubilado, pasó don Nicasio a desempeñar su cargo, que tomó por entonces el nombre de Terapéutica Quirúrgica, hasta que fue suprimida esta asignatura en 1946.

Al establecerse el doctorado de Medicina en Valencia fue nombrado profesor de Urología. Entonces la personalidad del doctor Benloch, harto conocida profesionalmente bajo el punto de vista quirúrgico y docente, se destacó en toda su amplitud al crear en Valencia una espléndida escuela de Urología conocida en toda España.

En 1931, tras brillantes oposiciones, ganó la plaza de profesor jefe de Cirugía del Hospital Provincial.

Ingresó en esta Real Academia de Medicina el 24 de marzo de 1934, y su discurso trató sobre "La Clínica y Tratamiento de las Litiasis ureterales". Le contestó en nombre de la Corporación, el doctor López Sancho, quien dijo del nuevo académico lo siguiente: "Decir que nuestro compañero el doctor Benloch ha sido uno de nuestros alumnos más brillantes, no me autoriza a ostentar una aureola de gloria que no merezco". "La estructura científica de mi amigo el doctor Benloch es todo sencillez y el índice médico-social es todo virtud; valores que en la ingénita modestia supo encerrar en el sentimiento del deber cumplido, en toda su compleja y dilatada esfera, y que yo comprendo en la corta y sacrosanta frase, de amor a la verdad".

Terminada la guerra de Liberación en 1939, al renovar esta Real Academia sus actividades al año siguiente, el doctor Benloch fue elegido vicepresidente, y al verificarse la apertura de curso de 1943, leyó el discurso inaugural que versó sobre "La esclerosis de cuello o disectasia cervical", en el que presentó un beniqué-resector ideado por él para la operación por vía transvesical. Dos años más tarde, en "Las Jornadas Médicas de Sevilla", de 1945, le fue solicitada una comunicación sobre el mencionado instrumento.

Como académico de número contestó a los discursos de Ingreso de los doctores Vicente Pallarés, en 1945; don Carlos Guastavino, en 1948, y don Rafael Bartual, en 1951. A la solicitud del doctor Benloch, en primer lugar, y a las de los doctores Rodríguez Fornos y Valero Estopiñá, se debió mi ingreso en esta Academia. Aprovecho esta ocasión para renovar mi agradecimiento.

Durante los cursos de 1946 y 1947 ocupó interinamente el cargo de Presidente de esta Real Academia, y cuando iba a ser elegido de un modo efectivo cayó enfermo, por lo que en enero de 1957 fue nombrado Presidente Honorario.

En 1948 fue designado delegado de la Asociación Española de Cirujanos para el distrito universitario de Valencia. Perteneció a la Asociación Española de Urología.

Colaboró en varias revistas profesionales, unas veces directamente y otras patrocinando trabajos de sus colaboradores y pronunció conferencias en diversos centros médicos. A petición del doctor Vila Barberá y para su obra "Medicina Exploradora", escribió el capítulo sobre "Cateterismo y Endoscopia de las Vías Urinarias". Por su enfermedad no le fue posible colaborar en la obra del doctor Martín Lagos sobre "Patología Quirúrgica", en el capítulo concerniente a Urología.

Don Nicasio era un cirujano muy metódico, escrupuloso, de técnica depurada, que practicaba con gran seguridad y precisión, por lo que sus operados solían llevar una marcha postoperatoria admirable. Pero por encima de todo, era un cirujano de gran corazón, muy humanitario, que trataba a los enfermos con la mayor afabilidad y cariño, quitando importancia a los actos operatorios para evitarles sufrimientos morales y preocupaciones.

## COMO MAESTRO

Durante los años que estuvo de profesor pasaron por su policlínica y sala de operaciones mucho alumnos que, bajo su dirección, aprendieron las normas quirúrgicas con la mayor eficacia; pues dado su afable carácter, con toda libertad dialogaban con el maestro para

resolver las dudas e interpretar los síntomas clínicos. Y estaban tan satisfechos de su magisterio que, una vez licenciados, continuaron con sus relaciones profesionales y amistosas. Lo mismo podemos decir de los médicos noveles que acudían a su clínica para especializarse en Urología.

Pero fue como urólogo cuando formó una espléndida escuela de especialistas que habría de alcanzar eco en toda España. Por su modestia nunca se aprovechó de la categoría que le concedía su magisterio, antes al contrario, sirvió para que otros alcanzaran merecida fama poniendo en práctica las lecciones del maestro doctor Benloch.

Particularmente, su paso por la Facultad se vio siempre acompañado por el respeto y cariño de sus alumnos, que en todo momento vieron en él al maestro y al amigo, a quien se podía acudir en cualquier circunstancia en busca de consejo.

Su enseñanza no se limitó solamente a las clases que como profesor estaba obligado a dar, sino que en el Hospital Provincial, en el servicio de Cirugía de Mujeres, asistían muchos médicos con el afán de practicar y adquirir dominio en la Cirugía. Don Nicasio sabía atender a todos y resolver sus dudas con la mayor sencillez y sin dar importancia a sus lecciones.

Una de las mejores pruebas que demuestran la absoluta confianza que teníamos todos en la maestría del doctor Benloch es que fue el cirujano que mayor número de médicos operaba en Valencia. Más de una vez observé las preocupaciones que algunas de estas intervenciones le ocasionaban y la paciencia que tenía para sufrirlas; pues es sabido que se sufre más al operar a un compañero, por dar la casualidad que las rarezas quirúrgicas suelen presentarse en tales casos.

Dada su modestia, esta faceta de maestro no le hizo engreír jamás, como antes hemos dicho, pues enseñaba por vocación, lo mismo que por vocación ejercía la Cirugía, pensando más en el beneficio que podía reportar al cliente que en el provecho particular suyo. Nunca fue avaro de su ciencia, muy al contrario, con magnanimidad enseñaba a los demás lo que les podía servir de utilidad y provecho.

Estos son los rasgos biográficos del Excmo. Sr. Dr. D. Nicasio Benloch Giner, de quien habiendo aprendido mis primeras nociones de Cirugía, tuve el inmenso honor finalmente de compartir con él las tareas de esta Real Academia de Medicina.

# CINCUENTA AÑOS DE CIRUGIA

Al tener que hablar, por disposición reglamentaria, en esta sesión inaugural de la Real Academia de Medicina correspondiente al año 1961, mi mayor dificultad fue la elección de tema. Ante mis dudas, nuestro compañero de Academia el doctor en Farmacia, don Manuel Escolano Olmos, me hizo esta pregunta: ¿Cuántos años ejerce la Cirugía? Cuarenta y cuatro, contesté, pero mis aficiones comenzaron cuando, hace cincuenta años, me matriculé en la Facultad de Medicina. Entonces ya tiene tema, añadió mi amigo. Háblenos de sus impresiones sobre la Cirugía, que pueden abarcar desde la de sus maestros hasta los enormes adelantos de hoy. Nada menos que CINCUENTA AÑOS DE CIRUGIA.

Esto voy a hacer, señores académicos, contando de antemano con vuestra benevolencia, desarrollar este tema: CINCUENTA AÑOS DE CIRUGIA.

No hay actividad humana que haya alcanzado un progreso tan rápido, provechoso y magnífico como la Cirugía. Parecen lejanos aquellos tiempos en los que cirujano y barbero eran profesiones inseparables, y no lo son tanto si recordamos las siguientes palabras del insigne cirujano español, SALVADOR CARDENAL FERNANDEZ (1852-1927), al contestar a CORACHAN, en 1925, cuando éste ingresó en la Real Academia de Medicina de Barcelona: "Fácilmente comprenderéis, decía CARDENAL, cuál era en esa época (alrededor de 1870) la situación del cirujano, nada halagüeña por cierto, y hasta tal punto difería de la actual, que cuando, a pesar de los pesares, yo manifesté entre mis compañeros que al terminar mis estudios académicos quería dedicarme a la Cirugía, uno de mis más brillantes camaradas de entonces, notabilísimo catedrático más tarde de nuestra Facultad, se hizo cruces y me dijo con cierta sorna si quería dedicarme a barbero".

Pasaron treinta y cinco años desde que CARDENAL pronunció estas palabras y el progreso quirúrgico todavía ha ido creciendo con mayor rapidez. Al cirujano de hoy no se le puede pintar con una sierra en la mano. El cirujano de hoy es un médico que conoce los

secretos más íntimos del cuerpo del hombre, en donde introduce su mano para poner en orden el desequilibrio de sus órganos, aun los más recónditos, o para extirparlos si las lesiones son irreparables. Por consiguiente, hoy no puede ser uno buen cirujano si no es también un buen médico.

Con respecto a esto quiero recordar unas palabras del Padre FEIJOO (1676-1764), escritas hace unos doscientos cuarenta años, en sus "Cartas Eruditas", que suenan en esta ocasión como un eco profético: "Lo que digo de un médico justísimamente se debe entender (que médico es también con toda propiedad) de un buen cirujano". "Toda la diligencia se aplica a la elección del llamado médico, desdiciéndose de dar esta denominación al cirujano; siendo así que tan propia y rigurosamente es médico éste como aquél, con sólo la diferencia de que aquél es médico farmacéutico y éste, médico quirúrgico".

Hecho este preámbulo, vamos a ver lo que fue y lo que es hoy la Cirugía. Para ello hemos de estudiar por separado las bases de su estructura, que son como otros tantos pilares en que se apoya. Como es sabido, estos pilares están representados por la anestesia, hemostasia, asepsia-antisepsia y trombostasia. (El término trombostasia lo empleé por vez primera en un trabajo titulado "la embolia postoperatoria precoz" y publicado en "Med. Esp.", junio 1952). Digamos por adelantado que los tres primeros pilares han alcanzado una gran perfección; en cuanto a la trombostasia, esto es, conseguir que el trombo venoso, propio de toda intervención o accidente cruentos, permanezca estático y se organice para evitar de este modo la terrible embolia pulmonar u otras graves complicaciones, casi nada se ha conseguido hasta hoy, a pesar de lo mucho que se escribe y se investiga para asegurar este cuarto pilar de la Cirugía. Con los medios disponibles en la actualidad, el cirujano puede asegurar, en lo que humanamente es posible, el éxito quirúrgico en cuanto a la anestesia, la hemostasia y la asepsia-antisepsia; pero no sabe si se presentará una embolia pulmonar, casi siempre mortal, pues ningún remedio eficaz tiene todavía para evitarla o combatirla. Ante esta situación bien se comprende ahora aquella frase paradójica del doctor RAMON GIMENEZ (1861-1928), catedrático de Operaciones de la Facultad de Medicina de Madrid, cuando decía: "La Cirugía descansa sobre un trípode de cuatro patas".

LA CIRUGIA ANTIGUA.—Para comprender mejor el progreso de la cirugía en estos últimos años, conviene hacer un ligero recuerdo de lo que antes era. Mis profesores todavía conocieron el riesgo inminente de toda operación quirúrgica cuando la era aséptica estaba en sus comienzos, alrededor del año 1875. Entonces la cicatrización por primera intención era cosa rarísima, tan rara que un profesor

de esta Facultad, don FRANCISCO BRUGADA, me contó que, de estudiante, todo amputado supuraba abundantemente, de lo contrario moría en pocos días de erisipela, septicemia, gangrena hospitalaria, etc. En cierta ocasión, un amputado de muslo que a los cinco o seis días la herida tenía buen aspecto y no supuraba, puso en alarma al cirujano, el cual con un estilete la removió. Cuando unos días después de la exploración apareció el pus, espeso y abundante, exclamó el cirujano complacido: ¡Loado sea Dios! Ya está salvado nuestro operado. Naturalmente, pensarían los alumnos, lo indica el pus "loable".

Nuestro catedrático de Ginecología, don ENRIQUE LOPEZ SANCHO (1863-1945), de quien aprendimos a conocer y a sentir la asepsia, al comentar este pilar, el más importante de la compleja estructura de la cirugía, decía lo siguiente ("Orientación Quirúrgica". Discurso de apertura de curso 1928 a 1929): "Sería necesario volver la vista hacia atrás y exhumar los antiguos desastres que aun recuerdo con horror".

Pero nadie como SALVADOR CARDENAL FERNANDEZ ha descrito la cirugía como la vio en los años de su juventud. He aquí sus palabras (discurso de contestación al de recepción de CORACHAN en la Real Academia de Medicina de Barcelona, el 19 de abril de 1925): "En nuestras escuelas, por lo menos, la práctica de la cirugía activa o intervencionista, estaba reducida, puede decirse, a amputaciones de miembros, extirpaciones de tumores externos, algunas autoplastias faciales, fistulas, la talla perinal. La mayor parte de estas intervenciones por no decir todas, supuraban abundantemente, cuando su curación definitiva se obtenía, era siempre al cabo de semanas o meses. Algunos casos raros de curación por primera intención producían casi el estupor de lo fantástico. En Barcelona, por lo menos, no se abría determinada ni intencionadamente, ninguna cavidad esplácnica ni articular, y yo había visto morir, asistido por nuestros maestros de entonces, operados de labio leporino, operados de hidrocle y hasta uno, médico por cierto, por la simple dilatación de una ránula, a causa de la hemorragia que nadie se atrevió a vencer por la ligadura de la lingual".

En más de una ocasión comenté con mis maestros su gran vocación y los graves inconvenientes que debieron vencer para llegar a ser cirujanos, ya que si bien de estudiantes la anestesia y la hemostasia habían entrado en la práctica corriente, la asepsia-antisepsia se hallaba en sus comienzos y encontraba fuerte resistencia. Así, pues, los desastres quirúrgicos que vieron entonces aquellos futuros maestros no eran lo más a propósito para animarlos a seguir tan dura e incierta especialidad.

## A N E S T E S I A

SUS ORIGENES.—Pasando por alto, entre otras, las tentativas del norteamericano HORACIO WELLS (1815-1842), recordemos que GUILLERMO MORTON (1819-1868), médico y odontólogo de Boston, fue quien después de varias pruebas en perros y en amigos, dio la primera anestesia con éter a un operado del cirujano JUAN COLLINS WARREN (1778-1856), en el Hospital General de Massachusetts. Era el 16 de abril de 1846 y la operación un tumor en una extremidad. La anestesia resultó tan maravillosa y espectacular que, acabada la intervención, WARREN, emocionado, se dirigió a los espectadores y les dijo: "Señores, esto no es una alucinación". Dos meses después, OLIVERIO WENDELL, médico y poeta, inventó el nombre de "anestesia", de donde se derivan "anestesista", "anestesiador", "anestesiólogo" y "anestésico".

Este acontecimiento pronto repercutió en las clínicas de Europa. Pero como el éter necesitaba aparatos especiales para evitar su rápida evaporación y además, su irritación en las vías pulmonares producía accesos de tos y sofocación que hacían retrasar el tiempo de la anestesia, JAIME YOUNG SIMPSON (1811-1870), profesor de Obstetricia en la Universidad de Edimburgo, estudió otras drogas. Entre los preparados que experimentó se decidió por el cloroformo, producto que SOUBEIRAN, en Francia, y LIEBIG, en Alemania, independientemente, habían descubierto en 1831. SIMPSON administró este anestésico por vez primera el 15 de noviembre de 1847; el operador era el doctor MILLER y el paciente un niño de cuatro años a quien se le extirpó un hueso del antebrazo. El niño se durmió pronto, a las primeras inhalaciones de cloroformo, que empapaba un pañuelo colocado sobre la cara. Fue un éxito de máxima resonancia. Desde entonces, aparte de las operaciones, SIMPSON lo empleó en los partos, con tal eficacia y seguridad que fue administrado también a la reina Victoria de Inglaterra en abril de 1853.

A pesar de la anestesia, los operados morían en la misma proporción aterradora que antes; así, pues, las operaciones que se practicaban eran muy pocas y como se dejaban para casos desesperados, se establecía un círculo vicioso que sólo pudo romper la asepsia-antisepsia.

Lo que hizo la anestesia fue que el cirujano operase con más calma y serenidad, lo que condujo a un cambio de su carácter. Antes el cirujano debía tener un temperamento fuerte, resuelto y decidido. Una operación había de durar no minutos, sino segundos, pues en una intervención larga el terrible dolor sincopal y la extensa hemorragia acabarían con el paciente en la misma mesa de operaciones. LERICHE describe bien al cirujano de entonces con estas palabras ("Filosofía de la Cirugía". Madrid, 1951): "En los tiempos heroicos

de los conquistadores de la Cirugía, la audacia, un temperamento impávido, la exacta precisión del gesto, su rapidez, eran los únicos resortes del éxito". LERICHE nos habla de un caso concreto, del cirujano francés, A. GENSOUL, a quien conoció por referencias familiares. Este cirujano, así que se hallaba ante el enfermo, atado con fuertes ligaduras, inerte y desfallecido por el terror, entraba en excitación, no cesaba de apostrofar a su operado, de alentarle en una lluvia de sangre, intentando despertar una energía decaída. "Cuando apareció la anestesia, dice LERICHE, y se vio GENSOUL ante un hombre inerte, tendido, sin conocimiento, sin resistencia, al que no tenía que dominar con la voz y el gesto, operó con su habitual rapidez, pero en silencio y sin vivacidad. Y cuando hubo terminado, declaró: "La anestesia va a matar la cirugía; se acabó el temperamento quirúrgico".

La importancia de la anestesia se vio cuando la asepsia-antisepsia quedó definitivamente establecida. La anestesia sin la asepsia sólo serviría para que los operados sufriesen menos, pero no para que curaran más, y la asepsia sin la anestesia sólo aprovecharía para cortas y limitadas intervenciones; luego el resultado sería siempre una pérdida enorme de posibilidades operatorias. Estos dos pilares de la cirugía, anestesia y asepsia-antisepsia, se complementaron en seguida y por el tiempo su trabazón se hizo aún más íntima, como veremos luego.

LA ANESTESIA, EN MIS PRIMEROS AÑOS DE CIRUJANO.—Durante mi internado en la Facultad de Medicina y los catorce o quince años primeros de mi ejercicio profesional, esto es, hasta el año 1930, en Valencia se empleaba de preferencia el cloroformo, con la misma técnica que la de su fundador, hacía ochenta y tres años: unas gasas empapadas de cloroformo colocadas sobre la boca y nariz que vertía el anestesiador con un frasco cuentagotas. Como cosa excepcional recuerdo que en la Facultad de Medicina el doctor ADLERT introdujo un complicado aparato de anestesia para administrar diversos anestésicos, pero no se generalizó. En aquella época se empleaba en Norteamérica casi exclusivamente el éter. No existían anestesiólogos; cualquier médico, practicante o enfermera prestaba este servicio. Es verdad que en Valencia los doctores ARAU, ADLERT, BRUGADA y MATOSES se dedicaban de un modo preferente a la anestesia, pero actuaban como modestos auxiliares del cirujano, el cual llevaba toda la responsabilidad del acto operatorio. Con frecuencia la intervención era interrumpida por accidentes anestésicos, y tanto el cirujano como sus auxiliares se veían obligados a hacer la respiración artificial. Esto perjudicaba la asepsia y la serenidad del cirujano.

Pero los accidentes mortales por cloroformo no eran complicaciones demasiado extraordinarias. Yo he presenciado algunos de esos

casos desgraciados, incluso en operados en su domicilio, cuyas dramáticas y dolorosas escenas todavía recuerdo con pena y estupefacción.

Al insigne y benemérito valenciano, el catedrático de Pediatría, don RAMON GOMEZ FERRER (1862-1924), le preocupaba más el riesgo anestésico que el operatorio, por lo que durante la intervención fijaba con frecuencia sus bondadosos ojos en la cara del enfermito. A veces el color oscuro de la sangre denunciaba síntomas de asfixia respiratoria y rápidamente hacía retirar las compresas de cloroformo.

En estas condiciones, una operación larga, entrañaba grave riesgo. Por otra parte, el anestesiadador, por miedo a un síncope cardíaco o respiratorio, administraba en ocasiones el cloroformo con tal parsimonia que causaba la desesperación del cirujano. Por ese motivo la raquianestesia tuvo gran aceptación en Valencia, lo mismo que la anestesia local, con la que hemos practicado incluso gastroctomías y sistemáticamente así las hacía el doctor CATALINA, de Madrid.

Un cambio beneficioso y radical hubo en la anestesia cuando fue introducido el sencillo aparato de OMBREDANNE para éter; desde entonces el éter desplazó al cloroformo.

Una prueba más de la carencia de especialistas en esta época la tenemos en que, como dijo el primer anesestesiólogo español, JOSE MIGUEL, por el año 1930 no se publicaba ni en España ni en Europa revista alguna de Anestesiología, cuando hoy se publican muchas.

**LA ANESTESIA EN LA ACTUALIDAD.**—Los progresos realizados son tan grandes, que para los que estábamos habituados a operar con los métodos antiguos de anestesia, nos parecen un sueño. Este pilar de la cirugía está ya fuertemente consolidado. Se ha organizado un competente cuerpo de médicos anesestesiólogos que estudian a fondo las condiciones del enfermo y lo preparan convenientemente para ser intervenido. Los modernos aparatos de anestesia, muy sencillos y manejables, administran a voluntad el anestésico que se desea con la mezcla conveniente de oxígeno.

Se acabaron aquellas esperas nerviosas del cirujano para que el enfermo se durmiera y los diálogos y amonestaciones del anesestesiador para que venciera su resistencia a aspirar la droga. Hoy, con la inyección intravenosa de barbitúricos aparece en pocos segundos un sueño tranquilo y profundo. Además, con el empleo del curare las operaciones abdominales se realizan con un campo operatorio mucho más amplio. Por consiguiente, el cirujano opera ahora con la tranquilidad más completa, sin preocuparse del tiempo y sólo en seguir la técnica que corresponda a cada caso quirúrgico.

Por eso son muy acertadas las palabras de JOSE MIGUEL cuando dice ("Tratado de Anestesia". Barcelona, 1946): "Cirujano y anes-

tesiadador son dos especialistas que actúan conjuntamente; el éxito de una intervención operatoria puede depender de la anestesia; y la mejor anestesia carece de valor ante una técnica quirúrgica mediocre". A lo que LORENZO GARCIA-TORNEL añade por su cuenta (Discurso en la Real Academia de Medicina de Barcelona, 1948): "De acuerdo completo con estas frases que tan gran verdad encierran, yo afirmaré: el cirujano es quien obtiene el éxito operatorio; pero el anesestesiador es quien, muchas veces, lo hace posible".

La anestesia actual en España va unida al nombre del doctor JOSE MIGUEL, iniciador de la especialidad y maestro de muchos anesestesiólogos. A él se deben los primeros trabajos de investigación metódica para anotar en hojas especiales las cifras periódicas de tensión arterial, pulso y respiración, durante el acto operatorio. Cuando el profesor A. TRIAS, de Barcelona, en 1935, trajo de Londres los aparatos de anestesia para operaciones de tórax, el doctor MIGUEL hizo posible su funcionamiento con el mejor éxito. De este modo A. TRIAS pudo practicar en España las primeras neumonectomías sin retracción pulmonar.

Gracias a estos aparatos, que a voluntad realizan la hiperpresión pulmonar, ha sido posible practicar operaciones en el corazón y en los pulmones con la misma facilidad que una laparotomía abdominal.

Bien merece a este respecto ser recordado el nombre de SAUERBRUCH (1875-1951), quien tantos desvelos pasó, desde su juventud, para resolver el problema del cambio de presión intratorácica con el fin de operar en esa cavidad. Primeramente ideó la cámara de baja presión y luego su aparato con intubación traqueal de hiperpresión; ambos por lo complicados y elevado coste no fueron de utilidad práctica más que en limitadas clínicas. Pero SAUERBRUCH tuvo la dicha todavía de ver realizado, de un modo práctico, el objetivo que le dio fama universal, gracias al mencionado y sencillo aparato manejado por el anesestesiólogo. De seguro que recordaría la intensa emoción que le produjo, hacía ya muchos años, su primer éxito experimental con un pequeño perro metido en una cámara de baja presión; emoción que describe con estas palabras ("Mi vida". Barcelona, 1954, página 55): "El corazón me latía desordenadamente; tenía la frente empapada en sudor al ver realizado algo que suponía tal vez la salvación de muchas personas enfermas".

De todo lo expuesto se desprende que la anestesia de hoy, con sus nuevos aparatos y procedimientos, no sólo ha dado al cirujano la absoluta tranquilidad requerida para cumplir sin apremio su importante y humanitaria labor, sino que le ha ensanchado considerablemente el campo para ejercerla; es, pues, un pilar muy bien cimentado de la cirugía.

## HEMOSTASIA

**BREVE RESEÑA HISTORICA.**—Para contener la sangre de una herida nada más natural que comprimir ésta o taponarla con emplastos de diversas materias adherentes. Esto fue lo que hicieron los primeros hombres y los primeros cirujanos. Además, al observar que las quemaduras ocasionan profundas lesiones no sangrantes, les movió a emplear el hierro candente para cauterizar las heridas. Ya tenemos los procedimientos de hemostasia que rutinariamente siguieron los cirujanos antiguos, como único recurso, hasta que, en el siglo XVI, PARE (1514-1590) estableció la ligadura de los vasos. PARE no inventó este procedimiento, indispensable únicamente en arterias de cierto diámetro, pues también resulta muy natural el atar con un hilo el cabo de un tubo elástico por donde se escapa un líquido que deseamos conservar. Por eso escribe HARVEY GRAHAM ("Historia de la Cirugía". Barcelona, 1942): "PARE, desde luego, no descubrió la ligadura. GALENO y CELSO habían descrito su uso como si se tratara de un método corriente y bien conocido de detener las hemorragias, como antes lo habían hecho otros autores romanos y griegos y después los árabes. En la Edad Media usaron ligaduras ROGER y ROLANDO y JUAN IPERMAN, y así lo hicieron también otros cirujanos menos importantes. Tenían buenas razones para no hacerlo. Usaran o no ligaduras, el resultado de las amputaciones había sido siempre desastroso".

Las amputaciones se hacían antes sin ligar la raíz del miembro como hemostasia previa, y fue el cirujano alemán JUAN GUILLERMO FABRY, de Hilden, llamado también FABRICIUS HILDANUS (1560-1624), quien, durante la guerra llamada de los Treinta Años, empleó por vez primera este procedimiento con el torniquete.

El material de caucho hizo más fácil y segura la hemostasia previa empleando tubos elásticos o compresores circulares a los que se les inyecta aire a presión. Esta ligadura provisional, fácil de colocar en los miembros, se extendió luego su empleo a la cintura para interrumpir la sangre por la aorta abdominal en operaciones de la cadera y hemorragias puerperales. Este procedimiento, atribuido al médico militar alemán MOMBURG, según EDUARDO GARCIA DEL REAL, ya lo había empleado antes el cirujano español RIBERA (1852-1912), de Madrid.

JUAN FEDERICO ESMARCH, cirujano alemán (1823-1908), aun hizo más para evitar la pérdida de sangre en las amputaciones: emplear su célebre venda elástica, con lo que la sangre del miembro entraba en el torrente circulatorio.

La ligadura vascular se hacía cogiendo el vaso con los dedos y ligándolo con lino, seda, etc. Antes de la era aséptica, el material de las ligaduras era un cuerpo extraño que mantenía la supuración.

Para evitar esto ideó SIMPSON, el introductor del cloroformo en la anestesia, una ligadura especial de vasos que le dio el nombre de "acupresión". El procedimiento se reducía a colocar en el muñón de las amputaciones una larga aguja que atravesaba el tejido muscular por detrás y cerca de la arteria y a cruzar por delante la aguja, con varias vueltas, un hilo metálico, de forma que la arteria sufría una compresión sobre la aguja. A las veinticuatro o cuarenta y ocho horas era retirada la aguja y el hilo metálico. Es fácil comprender que al advenimiento de la asepsia el procedimiento de SIMPSON careció de objeto y dejó de emplearse.

Todos estos procedimientos de ligaduras son factibles en amputaciones, pero no en cavidades, y es entonces cuando se idearon las pinzas metálicas. Según LERICHE ("Filosofía de la Cirugía". Madrid, 1951), el inventor de la pinza hemostática fue el cirujano francés KOERBELE, el cual, de 1862 a 1878, realizó 293 extirpaciones de ovario con un 30 por 100 de defunciones, por término medio; estadística brillante cuando entonces una laparotomía entrañaba tantísimo riesgo. No obstante, su pinza no llegó a generalizarse. En cambio, otro cirujano francés, PEAN (1830-1898), tuvo un gran éxito al presentar, en 1874, la pinza que lleva su nombre. Hecho que perpetuó el pintor francés CHERVEX (1852-1929) en un magnífico cuadro existente en el museo de Luxemburgo. Allí lo vemos, son palabras de E. GARCIA DEL REAL (Boletín "Ibys", febrero-marzo, 1960), "con su frac, su camisa almidonada y sus patillas, enseñando, con sus pinzas en la mano, en el quirófano del Hospital de Saint-Louis, su famoso descubrimiento".

Posteriormente, el cirujano suizo KOCHER (1841-1917) ideó su pinza hemostática y desde entonces van apareciendo nuevos modelos de pinzas para adaptarse a las necesidades de las más diversas técnicas quirúrgicas.

**LA HEMOSTASIA ACTUAL.**—En líneas generales, los métodos de hemostasia directa son los mismos hoy que en la antigüedad: taponamiento, tópicos, hierro al rojo y ligadura. El taponamiento se hace con gasa esterilizada; los tópicos han variado mucho desde el tiempo de PARE. Este empleaba un emplasto a base de clara de huevo, esencia de rosas y trementina, hoy se emplea la cera de HORSLEY, que es una mezcla estéril de cera y aceite con ácido salicílico, para taponar las boquillas vasculares óseas y otros diversos preparados, como esponja de fibrina, gelatina, trombina, etc., para los demás casos; el hierro al rojo ha sido sustituido por la electrocoagulación, y la ligadura se realiza siempre previo pinzamiento mecánico.

Los progresos de la hemostasia de hoy no consisten esencialmente en estos métodos directos, sino en otros que podríamos llamar indirectos, que son: el aspirador, la transfusión de sangre y los productos modificadores de la coagulabilidad sanguínea. En cavidades inun-

dadas de sangre es imposible ver el vaso sangrante y es entonces cuando un buen aspirador eléctrico es indispensable para salvar la situación, pues vaciada la cavidad fácilmente será pinzado el vaso. La transfusión de sangre, con la prontitud e inocuidad que se practica hoy, es una nueva e importantísima ayuda de la que dispone hoy el cirujano. En mi larga carrera profesional he presenciado dos casos desgraciados de histerectomía, uno por vía abdominal y otro por vía vaginal, a causa del desprendimiento de la pinza uterina; de disponer entonces de los medios modernos de aspiración y transfusión de sangre, los accidentes se hubieran resuelto favorablemente. Mientras el cirujano opera, está hoy el anesthesiólogo inyectando al paciente la sangre que pierde en la operación. Los productos capaces de aumentar la coagulabilidad de la sangre, como la vitamina K, sales de calcio, fibrinógeno, etc., tienen también una gran importancia para el cirujano, por cuanto le puede evitar o aminorar muchas hemorragias postoperatorias.

Como vemos, el cirujano dispone en la actualidad de medios importantísimos para conseguir la hemostasia y en ese sentido el anesthesiólogo es su mejor colaborador, por ser él quien practica la transfusión de sangre según lo exigen las necesidades de la intervención. Por consiguiente, el pilar de la hemostasia se halla hoy muy bien consolidado.

#### ASEPSIA-ANTISEPSIA

**SUS ORIGENES.**—Es el pilar más importante de la cirugía. Antes de su descubrimiento, a pesar de la anestesia y de la hemostasia, los operados morían con la misma proporción aterradora que antes. El cirujano francés DENONVILLIERS (1808-1872) decía a sus alumnos: "Meditad diez veces antes de proceder a una amputación porque a menudo cuando decidimos operar firmamos una sentencia de muerte".

Es sabido que PASTEUR (1822-1895) puso los primeros cimientos al pilar de la asepsia-antisepsia, pero aunque nadie, en ese sentido ejerció influencia sobre él, bien merece ser recordado el nombre de SEMMELWEISS (1818-1865), tocólogo de la Maternidad de Viena. En esta Maternidad, precisamente en la Sala de SEMMELWEISS, en donde se practicaban reconocimientos y autopsias para estudiar la infección puerperal, el número de defunciones era muy elevado, mientras que en la Sala a cargo de las comadronas sucedía todo lo contrario. SEMMELWEISS sospechó en la transmisión de la enfermedad, como lo prueban las palabras que escribió en 1847: "La fiebre puerperal, dijo, es producida por el contagio de la parturienta con partículas pútridas procedentes de organismos vivos, sirviendo de agentes transmisores los dedos de los que las examinan".

Ordenó entonces que los asistentes a los partos se lavasen las manos con una solución de cloruro de cal. Inmediatamente bajó la mortalidad. Pero es el caso que al tratar de imponer estas reglas a los tocólogos de Viena, éstos tomaron por impertinentes sus palabras, le hicieron la vida imposible y tuvo que salir de la capital y trasladarse a su ciudad natal, Budapest, en donde continuó divulgando sus ideas y llegó a escribir, en 1861, un tratado sobre "La causa y prevención de la fiebre puerperal", pero tampoco le hizo nadie caso y acabó por volverse loco.

PASTEUR tuvo también que pasar muchos desvelos y disgustos antes de poder convencer a los cirujanos de que la supuración de las heridas era debida a microorganismos vivos, por lo que debían lavarse las manos antes de operar; pues es sabido que sólo se las lavaban después de la operación. No pudo romper Pasteur la rutina de sus compatriotas tan pronto como deseaba, y gracias al cirujano inglés LISTER (1827-1912), que desde el primer momento se compenetró de sus ideas, tuvo mejor suerte que SEMMELWEISS y la cirugía puso en práctica la asepsia-antisepsia con una fuerza y un impulso, que jamás se habrían ya de detener.

Desde que LISTER, en 1868, publicó el resultado de sus experiencias en un trabajo "Sobre el sistema antiséptico en el tratamiento quirúrgico", aún tardaron unos quince años para que su método fuera seguido por los cirujanos de todos los países. LISTER empleó como desinfectante el ácido fénico, el cual era utilizado para desodorizar las alcantarillas. En marzo de 1865 hizo la primera prueba en una fractura abierta de pierna. Primeramente lo empleaba puro y luego al 1 por 20 y al 1 por 40. Con el ácido fénico, LISTER se lavaba las manos, metía el instrumental, embadurnaba la región operatoria y pulverizaba la atmósfera que estaba en contacto del campo operatorio. LISTER, pues, creó la asepsia y la antisepsia y dio comienzo a una nueva era quirúrgica.

SALVADOR CARDENAL FERNANDEZ, que en 1883 se trasladó a Londres para estudiar la antisepsia al lado de LISTER, dijo lo siguiente (discurso de contestación al de recepción de CORACHAN en la Real Academia de Medicina de Barcelona): "Con el advenimiento de las doctrinas y prácticas listerianas todas las operaciones que sólo se practicaban en casos apurados hasta entonces y corriendo grandes riesgos, pasaron a convertirse en poco menos que en inocuas, y naturalmente, un gran número de nuevas intervenciones conocidas, pero casi abandonadas del todo por los peligros inherentes a ellas, pudieron practicarse diariamente con la mayor confianza en el éxito, que se obtenía casi siempre".

**DISTINCION ENTRE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.**—Asepsia y antisepsia son dos procedimientos antimicrobianos que se diferencian por desarrollar su actuación en circunstancias diferentes. La

asepsia es el procedimiento de evitar, prevenir la infección de la herida quirúrgica, eliminando de antemano los microbios de todo aquello que ha de ponerse en contacto del campo operatorio. Antisepsia es actuar contra los microbios que han penetrado ya en la herida. No obstante, todo producto antimicrobiano, ya se emplee por el procedimiento aséptico o antiséptico, toma el nombre de antiséptico.

Los textos de Cirugía sólo hablan del procedimiento antiséptico de LISTER, cuando en realidad, éste practicó desde un principio la asepsia y la antisepsia. El procedimiento de practicar LISTER, por ejemplo, una amputación, sumergiendo previamente las manos y el instrumental en ácido fénico, y con el mismo embadurnando la piel que había de ser incindida, era ya un procedimiento aséptico. En cambio, cuando llegaba a su clínica una fractura abierta y, por consiguiente, infectada, la aplicación en la herida de ácido fénico era un procedimiento antiséptico. Es muy importante no pasar por alto esta distinción para recordar que la asepsia y no la antisepsia, es la que dio a LISTER los resultados más favorables y con la que obtuvo los éxitos más resonantes, y esto debió de acontecer también a todos los cirujanos posteriores hasta el descubrimiento de las sulfamidas y de los antibióticos, como veremos luego.

A los dos procedimientos de LISTER se denominaron siempre antisépticos desde su origen porque la palabra "asepsia" no existía, la ideó posteriormente ERNESTO VON BERGMANN (1836-1907), de Berlín, cuando introdujo el método, que llamó "aséptico", de esterilizar el material operatorio por medio del vapor de agua.

Hay que tener en cuenta que la asepsia es siempre relativa, por caer en la herida los gérmenes atmosféricos, por lo que hubo otro factor, que ayudó a mejorar también la estadística en los éxitos operatorios, la técnica. Unos ejemplos pondrán en claro este concepto: En las primeras histerectomías subtotales el ancho muñón uterino que quedaba no era peritoneizado y siendo las estadísticas desfavorables, a pesar de la asepsia, se procedió a exteriorizarlo en la herida operatoria. Se ignoraba la enorme defensa que tiene el peritoneo con relación a los demás tejidos, pues desde el momento en que dicho muñón uterino fue peritoneizado, las estadísticas cambiaron radicalmente en sentido favorable. Por otra parte, a mejor hemostasia, menos hematomas, que son siempre medios de cultivo y focos posibles de infección.

**BREVE RESEÑA HISTORICA.**—El ácido fénico abrió con su empleo la era de la asepsia-antisepsia, pero ofrecía muchos peligros, por ser muy irritante y necrosante de los tejidos, usado muy concentrado, y poco activo, sí muy diluido. Es probable que si LISTER se hubiera acordado de SEMMELWEISS, hubiera elegido una sal de cloro, pero hubiera tropezado con semejante inconvenientes mientras a dicha sal no se le hubiera privado del cloro y álcali libres, como

hizo DAKIN en 1915. Por ese motivo, al cabo de quince o veinte años de estar en pleno dominio el ácido fénico, las defunciones todavía eran bastante elevadas en las intervenciones quirúrgicas. En mis primeros tiempos el ácido fénico era muy poco usado, pero aún fui testigo de dos casos desgraciados, a los que fui llamado para intervenir: unas fomentaciones en la pierna produjeron una gangrena que obligó a la amputación; en otro paciente las fomentaciones en el escroto dejaron colgando los testículos, que pudieron ser salvados por una plastia.

Era preciso, pues, buscar nuevos medios para eliminar los microbios de la supuración y a NEUBER, de Kiel, se le ocurrió, en 1885, hervir con agua los materiales empleados en la operación, como instrumental, vendas, hilas, batas y hasta la ropa interior del paciente. Este procedimiento, por lo sencillo y eficaz fue adoptado pronto por muchos cirujanos. En 1890, BERGMANN y su ayudante SCHIMMELBUSCH idearon la esterilización de la ropa por el vapor a presión y un recipiente especial, llamado todavía SCHIMMELBUSCH, para hervir el instrumental. GUILLERMO HALSTED (1852-1922), profesor de Cirugía de la Johns Hopkins University, de Baltimore, fue el primero que en 1890, empleó los guantes de goma para poderlos hervir. En el año 1900, GUILLERMO HUNTER, en el Hospital de Charing Cross, usó por vez primera la mascarilla de gasa.

Como dice HARVEY GRAHAM (Historia de la Cirugía, Barcelona, 1942), "El ritual aséptico que hoy día se sigue es el mismo en todo el mundo. Es el listerismo perfeccionado. El paciente tiene derecho a toda la protección que le ofrece la antigua técnica antiséptica sin la irritación inevitable que se producía con las soluciones de ácido fénico".

**LA ASEPSIA-ANTISEPSIA EN MIS PRIMEROS TIEMPOS.**—Era ya muy rigurosa y estaban en pleno uso, siendo estudiante, todas las innovaciones que hemos descrito. La cirugía abdominal era cosa corriente y sus principios muy antiguos, ya que el profesor de Ginecología, MANUEL CANDELA (1847-1919) había practicado la primera histerectomía en Valencia en 1884 y la primera cesárea dos años después, ésta con éxito. En 1913 ingresé como alumno interno en el servicio de Ginecología del catedrático don ENRIQUE LOPEZ SANCHO, quien mantenía en sus operaciones una rigurosísima asepsia. Practicaba ya entonces histerectomías totales por el procedimiento de Wertheim, con muy buena estadística y empleaba una técnica tan correcta en la peritoneización que rara vez dejaba drenaje intraperitoneal, cosa que llamó la atención al célebre ginecólogo francés, JUAN LUIS FAURE, cuando visitó la Facultad de Medicina de Valencia y practicó una sesión operatoria. En el curso de 1913 a 1914, el término medio de defunciones por intervenciones abdominales osciló alrededor del siete por cien.

Una prueba del gran desarrollo que había adquirido ya en España la cirugía abdominal a principios de este siglo, la tenemos en que, en 1913, se celebró aquí en Valencia el III Congreso Español de Obstetricia, Ginecología y Pediatría en donde tuve ocasión de conocer a ilustres cirujanos como RECASENS, EUGENIO GUTIERREZ (conde de San Diego), COSPEDAL y ALVARO ESQUERDO, entre otros. La ponencia, "Tratamiento del cáncer uterino", estuvo a cargo de MANUEL CANDELA, de Valencia y FARGAS, de Barcelona. Este Congreso puso de manifiesto el escrupuloso cumplimiento de la asepsia-antiseptia seguida entonces en España y la acertada técnica quirúrgica empleada; gracias a estas condiciones, la cirugía ginecológica estaba al nivel de las mejores de Europa. El éxito de este Congreso se debió a sus organizadores los especialistas valencianos doctores ABAD MONZO, ALCOBER ALAFONT, AUBAN, BOLAS, CANDELA ORTELLS, MARCO NAVARRO, MARTI PASTOR, PALLARES IRANZO, PEREZ FELIU, PICAZO, PORTACELI, VALERO ESTOPIÑA y VILA BARBERA.

Estoy obligado a citar también los nombres de mis maestros, los catedráticos de Cirugía y Operaciones, don MODESTO COGOLLOS (1852-1939) y don VICENTE NAVARRO GIL (1857-1939), los cuales practicaban con éxito extraordinario intervenciones muy arriesgadas, que nos llenaban de admiración; pues de ellos aprendí, lo mismo que de don ENRIQUE LOPEZ, a conocer y a sentir la asepsia con igual o mayor rigor que se ejerce en la actualidad.

No debo olvidar tampoco a sus respectivos profesores auxiliares numerarios, los doctores don JOSE TOMAS LOPEZ-TRIGO y don NICASIO BENLLOCH GINER, quienes ingresaron en la Facultad de Medicina, por oposición, en el mismo año que yo ingresaba como alumno interno, en 1913. Por su saber, los consideré también como mis maestros, y por su edad, como amigos. Lo mismo que de ellos, cabe decir de don RAFAEL CAMPOS FILLOL, que ingresó un año antes como profesor de Técnica Anatómica. Todos, en vida, fueron ilustres académicos y por fortuna siguen ocupando los sillones de esta Real Academia los doctores LOPEZ-TRIGO y CAMPOS FILLOL.

Si la asepsia había alcanzado en mis primeros tiempos la perfección de hoy, la antiseptia, apenas había mejorado desde LISTER. Al ácido fénico sustituyeron el yodoformo, las sales de mercurio (el bicloruro y cianuro), irritantes también, y si en la herida mataban los microbios, mataban también los elementos defensivos del organismo; por eso se empleaba mucho en las curas el agua oxigenada, pero tenía el inconveniente de perder su actividad apenas entraba en contacto con los tejidos. Aún recuerdo aquellas inyecciones intravenosas, ideadas por BACCELLI, de solución al milésimo de bicloruro mercuríco, que producían graves lesiones renales, si se sobrepasaba la dosis

de dos miligramos, o su acción era ineficaz en dosis tolerables. Como en tiempos de LISTER, si la infección pasaba a la sangre, prácticamente, nos hallábamos desarmados, y procurábamos salvar al enfermo aumentando sus defensas orgánicas con nucleinato de sosa, proteínas, abscesos de fijación, etc. Era preciso encontrar un producto que actuara contra los microbios patógenos y respetara las células del organismo.

Por eso en abril de 1915, ante los fracasos de la antiseptia en los heridos de la primera guerra mundial, BURHARD, LEISHMAN, MOYNIHAM y WRIGHT (Tratamiento de las heridas infectadas. A. CARREL y G. DEHELLY. Barcelona, 1918) decían: "El tratamiento de las heridas infectadas, que supuran, por métodos antisépticos es ilusorio, y la creencia en su eficacia está fundada en razonamientos falsos".

Al empezar la guerra mundial de 1914, CARREL, DAUFRESNE, DEHELLY, DUMAS y otros, ante las graves infecciones de las heridas de guerra, estudiaron varios preparados a base de cloro. El hipoclorito de sodio de la solución de LABARRAQUE, químico francés (1777-1850), producto que adquirió resonante nombre por haber servido para embalsamar el cadáver de Luis XVIII, y el hipoclorito de sodio de la solución de Javel, llamada así porque en esta ciudad francesa empezó a usarse para sanear las aguas, estos hipocloritos fueron desechados enseguida por su acción irritante, debida al álcali y cloro libres, y después de varias tentativas adoptaron el hipoclorito de sodio obtenido por el procedimiento de Dakin, que carecía de tales inconvenientes. Nuevos estudios dieron por resultado la cloramina, muy empleada en la actualidad.

Estos antisépticos no lesionaban los tejidos, pero tampoco eran muy eficaces en las infecciones profundas; por eso DAKIN aconsejaba extirpar los tejidos mortificados antes de irrigar la herida con la cloramina. Además, contra las septicemias, su acción continuaba siendo nula. Seguía, pues la cirugía sin encontrar el antiséptico ideal. No obstante, nuevas técnicas y nuevas y atrevidas operaciones se sucedían sin cesar, pero gracias exclusivamente a una rigurosa asepsia. En cuanto a la antiseptia, de verdadera eficacia, nada, casi como en tiempos de LISTER, sólo había mejorado el ambiente de los hospitales, de donde había desaparecido el mal olor del ácido fénico. En las heridas supuradas, cuando no he dispuesto de cloramina, he empleado suero salino con buen resultado; luego más importante que el antiséptico en sí era favorecer el arrastre del pus. Recordemos que en aquellos tiempos del "pus loable", curaban también los amputados sin antiséptico alguno.

Pero ante esta oscuridad reinante de la antiseptia había aparecido ya un ligero rayo de luz en 1909, cuando PABLO EHRLICH (1854-1915) descubrió el salvarsán, que atacaba el treponema de la

sífilis y respetaba los leucocitos. Los cirujanos debieron pensar entonces que algún día llegaría a sus manos un antiséptico que del mismo modo actuara también contra los microbios de la fatídica supuración. Esta fecha llegó en 1936, cuando DOMAGK, médico de una fábrica alemana de colorantes, al observar que los obreros que manipulaban estos materiales curaban fácilmente las supuraciones que padecían, probó a dar un polvo rojo a una enferma de septicemia estreptocócica, precisamente su hija que se había pinchado un dedo, y la curación fue espectacular. Esto sirvió de base para que DOMAGK hiciera estudios y experiencias que dieron por resultado el descubrimiento de las sulfamidas. Estábamos en los albores de una nueva era quirúrgica. La antisepsia iba a competir con la asepsia, que hasta entonces había sido la única arma eficaz del cirujano.

**LA ASEPSIA-ANTISEPSIA, EN LA ACTUALIDAD.**—La nueva era de la cirugía llegó con los antibióticos, cuyo descubrimiento por FLEMING (1881-1955) en 1928, no pudo ser aprovechado hasta que durante la segunda guerra mundial, en 1941, el primer preparado, la penicilina, quedó libre de impurezas y en condiciones de ser empleado. En esta tarea de depuración se distinguieron, entre otros, HOWARD W. FLOREY, de la Universidad de Oxford y un bioquímico alemán, nacionalizado en Inglaterra, ERNESTO CHAIN.

Este gran descubrimiento nos recuerda a PASTEUR y nos da ocasión para hacer el siguiente comentario: PASTEUR, que había observado ya la lucha entre sí de los microorganismos e incluso previó que sus armas eran sustancias químicas, jamás llegaría a pensar que un FLEMING sabría aprovecharse de esas mismas sustancias químicas en beneficio de la Humanidad y que harían así factibles aquellos sus anhelos de encontrar el antiséptico ideal.

Pasemos por alto la diversidad cada vez mayor y cada vez más eficaz de antibióticos y expongamos brevemente algunos ejemplos prácticos de nuestra experiencia. Se curan apendicitis perforadas con derrame intraperitoneal intenso que antes hubiera sido imposible. Los perforados de intestino por fiebre tifoidea, a pesar de la intervención quirúrgica, morían con ligeras excepciones; hoy curan casi todos. Por eso cuando tuve que hablar de "Los resultados de las intervenciones quirúrgicas en las perforaciones intestinales tíficas" (Primeras Jornadas Médicas Valencianas, 1951. Subponencia, "Indicaciones quirúrgicas de la fiebre tifoidea") dije que habíamos de tener en cuenta dos épocas: antes y después del empleo de los antibióticos. Con la particularidad de que, gracias a los antibióticos, las perforaciones tíficas son más raras. Las fracturas abiertas, las infecciones puerperales, las heridas intraarticulares han perdido la gravedad que tenían.

Tantas maravillas están haciendo los antibióticos, sin olvidar las sulfamidas, que incluso con técnicas quirúrgicas deficientes los ope-

rados no se infectan. Recordemos que antes hemos dicho que el éxito operatorio no consistía solamente en ejercer buena asepsia, sino también en practicar buena técnica. Pues bien, la confianza en los antibióticos hace que el cirujano descuide la asepsia, lavándose las manos con demasiado apresuramiento y no sumergiéndolas en el desinfectante durante el tiempo debido. Por eso dice LERICHE (Filosofía de la Cirugía. Madrid, 1951): "La confianza en los antibióticos entraña el peligro de hacer a los cirujanos menos atentos a las exigencias de la asepsia en el curso de la operación. Se protegen menos, confiando en la penicilina para corregir los posibles errores".

Después del descubrimiento de los antibióticos el número de cirujanos aumenta en mayor proporción que antes y viene a facilitar la tarea de formar especialistas completos que traten a los enfermos médica y quirúrgicamente, como va sucediendo en Vías Digestivas, Urología, Tórax, Neurología, etc.

Esto prueba la justificada importancia de los antibióticos, pero no hay que abusar de su empleo. Como indica su etimología, en términos generales, detienen el desarrollo de los microbios, no los matan, ayudan de este modo, con gran eficacia a las defensas del organismo y a veces no pueden esterilizar el foco séptico y su empleo sólo sirve para retrasar la acción del cirujano consistente en incindir dicho foco y dar salida al pus. Por consiguiente, siempre que sea posible, deben emplearse los antibióticos de un modo preventivo.

Pero el estudio de los antibióticos parece inagotable. Ya se habla de una clase que destruye por lisis a los agentes morbosos. A ese paso se encontrarán antisépticos que actuarán como microbicidas al servicio directo, y no en contra, de los leucocitos y demás células defensoras del organismo y, entonces, la antisepsia será una realidad como lo fue siempre la asepsia.

## TROMBOSTASIA

**NOCIONES PREVIAS.**—En toda lesión vascular, por accidente o por intervención quirúrgica, se forma un coágulo, un trombo que debe permanecer estático hasta su completa organización. El desprendimiento masivo de este trombo ocasiona la embolia pulmonar, casi siempre mortal. El éstasis de este trombo es, pues, indispensable para el éxito operatorio.

No es esto solamente. Toda intervención quirúrgica, por múltiples causas no bien conocidas, puede motivar a distancia de la herida operatoria, trombos venosos, complicación llamada trombosis; trombos que también pueden ocasionar la embolia pulmonar. Aún es posible otra tercera complicación, pequeñas embolias venosas desprendidas de aquellos trombos pueden atravesar la arteria pulmo-

nar y quedar atascadas en los capilares del parénquima pulmonar formando exudados, cuya infección produzca un absceso de pulmón o, si la virulencia es muy grande, la "septicemia postoperatoria maligna", mortal casi siempre, complicación que hace dieciséis años describí detalladamente con ese nombre (Rev. Esp. de Cir. Trau. y Ort. Valencia, octubre, 1944).

¿Qué puede hacer el cirujano para evitar el desprendimiento del trombo venoso? Hasta ahora no ha encontrado ningún remedio eficaz. Este pilar de la cirugía todavía continúa en sus primeros cimientos. Hoy día, como al principio dijimos, en toda intervención quirúrgica el cirujano, en lo que humanamente es posible, puede asegurar el éxito referente a la anestesia, a la hemostasia y a la asepsia-antisepsia, pero en cuanto a la trombostasia, en cuanto a asegurar que no se presentará la embolia, el cirujano levantará los hombros. Menos mal que los pacientes desconocen este riesgo y nada le preguntarán sobre el particular. El cirujano quizá no piense tampoco en esta complicación por ser relativamente rara, y si piensa, tal vez confie en la acción preventiva de los anticoagulantes. De todos modos, voy a repetir lo que he dicho otras veces: "La embolia pulmonar es la complicación más temida por el cirujano, la que casi nunca puede prever por no respetar la embolia operación corta ni larga, fácil ni difícil, leve ni grave. Es la complicación que deja más anonadado al operador de mejor temple, porque destruye su obra y la esperanza que puso en ella con la rapidez del rayo".

**ESTADO ACTUAL DE LA TROMBOSTASIA.**—Precisamente "La trombosis postoperatoria y embolia" fue el tema de mi discurso de ingreso en esta Real Academia de Medicina el 22 de abril de 1948. Allí expuse detalladamente el estado de la cuestión y no he de hacer ahora repeticiones innecesarias. Desde entonces, a pesar de lo mucho que se escribe y se discute sobre esto, lo que se refiere a la embolia permanece exactamente igual. Si algo nuevo tuviera que decir sería para manifestar que mi pesimismo en vez de disminuir ha crecido, ya que en 1952 tuve un caso mortal de embolia pulmonar a las cuatro horas de haber operado a un herniado (Med. Esp. Valencia, junio, 1952 y Suplemento diario de La Sem. Med. Buenos Aires, 3 y 4 febrero, 1953). Además, conozco dos nuevos casos, uno del doctor FERNANDEZ-MOSCOSO, de Valencia, y otro del doctor ESCOBAR, de Sevilla, ambos dentro de las veinticuatro horas de la operación. Se decía que la embolia se presentaba del cuarto al décimocuarto día, pero la embolia precoz no debe ser tan rara cuando P. PIULACHS escribe (Lecciones de Patología Quirúrgica. T. I, 1948): "Puede aparecer la embolia pulmonar de origen quirúrgico, desde el primero al décimotercio día, con una frecuencia máxima alrededor del décimo día".

En 1950, LERICHE decía (Bruxelles Medical, 10 diciembre, 1950): que, a pesar de todas las precauciones, el número de trombo-

sis parece que aumenta y termina con estas palabras: "Esperemos que en el porvenir, gracias a los anticoagulantes, nosotros veremos cada vez menos estas secuelas flebiticas que fueron y continúan siendo el oprobio de la cirugía".

En 1954 se celebró en Basilea la Primera Conferencia Internacional sobre "Trombosis y embolia" y no se dijo nada nuevo. También se habló mucho de anticoagulantes.

En 1960, J. H. OLWIN ha publicado (Surg Gynec. Obstetrics, 110, 101, 1960) un trabajo titulado "Prevención de la trombosis postoperatoria" en el que tampoco añade nada nuevo a lo que dijimos en 1948 en esta misma Academia. Pero subraya nuestros temores y afirmaciones con estas palabras: "Teniendo, pues, en cuenta, que no conocemos con exactitud las causas de la trombosis, cabe preguntarse cómo pueden los cirujanos evitar en sus pacientes tan peligrosa complicación". Acaba también poniendo sus esperanzas en los anticoagulantes.

Como vemos, todos los autores confían en los anticoagulantes, pero es porque sólo piensan en evitar los trombos de las venas alejadas del campo operatorio, y no se acuerdan del necesario y fisiológico que se forma en los cabos de las venas, incindidas y ligadas, de la herida operatoria. En estos casos los anticoagulantes pueden servir para retrasar la formación y organización del coágulo y con ello prolongar el peligro de su desprendimiento.

Las embolias por el desprendimiento del coágulo situado en el vaso ligado, son más frecuentes de lo que se cree y explican esas amargas sorpresas del cirujano en operados sin trombosis, y tal vez cuando la hay, sea el trombo de la herida el causante de la embolia. Todos mis casos de embolia se presentaron sin trombosis previa, y son muchas las trombosis postoperatorias que he visto sin embolia. Precisamente cuando en la trombosis hay dolor en el miembro y febrícula, es indicio de que el trombo, por flebitis está pegado al vaso y su desprendimiento parece menos probable.

Pero al decir esto no queremos negar los extraordinarios beneficios que en determinadas circunstancias reportan los anticoagulantes, como en el caso de los doctores J. VILAR y J. VALLS SERRA (Med. Clin. Barcelona. Enero, 1956). Se trataba de una trombosis de la vena porta, a los nueve días de haber sido operada de apendicectomía, una enferma. Grandes cantidades de líquido ascítico fueron evacuadas en pocos días y, a pesar de la extraordinaria gravedad de la paciente, curó después de un tratamiento intensivo de anticoagulantes durante treinta y dos días. El peritoneo quedó libre de líquido al cabo de un mes.

Por lo que se refiere a los abscesos pulmonares y a lo que llamo septicemia postoperatoria maligna, ocasionados por pequeñas embolias, la situación ha mejorado mucho con el empleo de los antibióti-

cos. Particularmente yo no he visto caso alguno desde entonces, y algunos cirujanos me han hecho notar también este favorable cambio. Ya en 1948, en el discurso de ingreso a esta Academia de Medicina, dije: "De todos modos, no hemos tenido ocasión de emplear la penicilina, cuyo uso deberá hacerse apenas aparezcan los primeros síntomas".

Queda, por consiguiente, sin resolver el peligro de la temible embolia que, repitiendo las amargas palabras de LERICHE, es el oprobio de la cirugía.

EL TEMPLE DEL CIRUJANO.—Pero el cirujano, ante esa gravísima complicación que no puede evitar, no pierde el ánimo, antes al contrario, se crece hasta tener la valentía de intentar vencerla atacándola de frente. Me refiero a la operación de TRENDELENBURG, de extraer el émbolo de la arteria pulmonar. Esta idea me movió, en cierta ocasión a decir lo siguiente: "Algunos cirujanos poseídos, por decirlo así, de un espíritu extremadamente quirúrgico, intentaron tratar las complicaciones postoperatorias de la trombosis y embolias por medios quirúrgicos, de tal modo que, a la complicación operatoria se contestó con una nueva intervención, entablándose un campeonato de velocidad entre la marcha letal del émbolo hacia el pulmón y la habilidad del cirujano para detenerlo. La constancia y destreza de éste le dieron la victoria alguna vez". Pero basta un caso favorable para justificar la operación. Recordemos que el primer éxito lo obtuvo KIRSCHNER en 1924, y el segundo, MEYER, en 1931. Este cirujano había tenido antes tres fracasos. Ya se comprende que esta operación, que debe practicarse en la misma cama del paciente y disponer de equipos especializados, no pudo entrar en la práctica corriente. Así, pues, deben seguir los estudios para encontrar el medio de evitar las embolias postoperatorias.

• • •

Los cuatro pilares sobre los que descansa la cirugía: *anestesia*, *hemostasia*, *asepsia-antisepsia* y *trombostasia* no tienen la misma consistencia. Los tres primeros son solidísimos, el cuarto se halla todavía en sus cimientos. Ahora bien, el más importante de todos es el tercero, la asepsia-antisepsia, ya que de él parten unos fuertes apoyos que sirven para consolidar a los demás y formar una mejor trabazón entre todos ellos. En efecto, los antibióticos han contribuido a disminuir las bronquitis y bronconeumonías ocasionadas por la inhalación de los productos anestésicos y su paresia respiratoria. Los antibióticos evitan, con frecuencia, las infecciones de los exudados o hematomas propios de una hemostasia deficiente. El cuarto pilar no

tiene en realidad más apoyo que el que le presta también el tercero con los antibióticos, que consiste en evitar los abscesos pulmonares y la septicemia postoperatoria maligna, producidos por pequeñas embolias.

Por otra parte, la anestesia, con sus nuevos productos, ha facilitado la técnica de las intervenciones abdominales y con sus nuevos y sencillos aparatos ha hecho posible importantísimas intervenciones quirúrgicas. También los procedimientos indirectos de hemostasia han contribuido a disminuir la gravedad de determinadas operaciones y a hacer posible la realización de otras.

A pesar del bello y esplendoroso panorama de la Cirugía actual, todavía está vigente aquella paradoja, que, hace cuarenta años, pronunció el profesor don Ramón Giménez, de Madrid: "La Cirugía descansa sobre un trípode de cuatro patas".

He dicho.

