



Depósito Legal pp 194502CA94 ISSN 0560

REVISTA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA HISTORIA DE LA MEDICINA

Órgano de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina

Fundada en Agosto de 1945

Director Fundador: Dr. JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ

CONTENIDO

EDITORIAL. La historia, la medicina y la historia de la medicina Andrés Soyano	3
Cirujanos que formaron parte de Juntas Directivas de la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología. Jaime Díaz Bolaños	5
Evolución histórica de las incisiones faciales y cervicales en Cirugía oncológica. Juan Carlos Valls Puig y Mary Cruz Lema de Valls	14
Normativas universitarias de estudios generales y médicos, en sus primeros 500 años. (Siglos XII-XVII) Jesús M. Rodríguez Ramírez	28
Evolución histórica de la cirugía endoscópica nasosinusal y de base de cráneo. Aderito De Sousa	38
Reseña histórica de la Oncología en Venezuela. Gonzalo Barrios Lugo ...	55
Humberto Fernández Morán y la creación del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC) Andrés Soyano y Aixa Müller	64
EVENTOS Y NOTICIAS	
Discurso de toma de posesión de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (Periodo 2017 – 2019) Luis Herrera García	78
ANECDOTARIO MÉDICO	
El primer paciente del hospital Universitario de Caracas. Daniel Sánchez Silva	80

CARACAS, VENEZUELA, **ENERO - DICIEMBRE 2018. VOLUMEN 67**, Nº 1-2

Serie Histórica 113 y 114

Depósito Legal versión digital ppi 200502 DC4280 ISSN 2343 5550

INDIZADA EN BASE DE DATOS LIVECS, LILACS, LATINDEX y Nat. Library of Medicine



Legal Depósito pp 194502CA94 ISSN 0560

JOURNAL OF VENEZUELAN SOCIETY OF HISTORY OF MEDICINE

Órgano de la SOCIEDAD VENEZOLANA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Founded in August 1945

Founding Director: Dr. Joaquin Díaz González

CONTENT

EDITORIAL. History, Medicine and the History of Medicine. <i>Andrés Soyano</i>	3
Surgeons in the Directive Board of the Venezuelan Society of Obstetric and Gynecology. <i>Jaime Díaz Bolaños</i>	5
Historical evolution of facial and cervical incisions in oncological surgery. <i>Juan Carlos Valls Puig y Mary Cruz Lema de Valls</i>	14
Ordering of European and Spanish American University medical education. Centuries XII-XVII. <i>Jesús M. Rodríguez Ramírez</i>	28
Historical evolution of sino-nasal and skull base endoscopic surgery. <i>Aderito De Sousa</i>	38
Historical review of Oncology in Venezuela. <i>Gonzalo Barrios Lugo</i>	55
Humberto Fernández-Morán and the foundation of the Venezuelan Institute of Neurology and Brain Research (IVNIC, 1954-1959) <i>Andrés Soyano y Aixa Müller</i>	64
NEWS AND EVENTS	
Speech of the President of the Directive Board (2017 – 2019) of the Venezuelan Society of the History of Medicine. <i>Luis Herrera García</i>	78
MEDICAL ANECDOTES	
The first patient in the Inauguration Day of the University Hospital of Caracas (1956). <i>Daniel Sánchez Silva</i>	80

CARACAS, VENEZUELA, JANUARY - DECEMBER 2019, VOLUME 67, N° 1 - 2

Historical Series 113-114

Depósito Legal versión digital ppi 200502 DC4280 ISSN 2343 5550

Indexation DATABASE LIVECS, LILACS, LATINDEX and National Library of Medicine

EDITORIAL

La historia, la medicina y la historia de la medicina

Dr. Andrés Soyano

Al iniciarse una nueva etapa en la evolución de la Revista SVHM, una vez que el doctor Luis Herrera García dejara vacante el cargo para ocuparse de la presidencia de la Junta Directiva de la Sociedad, creo pertinente poner sobre el tapete unas breves reflexiones sobre la HISTORIA en general y sobre la HISTORIA DE LA MEDICINA en particular.

La historia como disciplina y el conocimiento histórico derivado de su quehacer se enmarcan dentro del campo no utilitario, aunque no por eso resulta una actividad inútil, aunque muchos suelen creerlo así. Esa característica la comparte con la investigación científica básica. La historia suele ser percibida por muchas personas como una disciplina tediosa, plena de hechos y sucesos que requieren de un ejercicio particular de la memoria para recordar, cifras y elementos a veces inconexos, y por eso suele ser rechazada casi intuitivamente, particularmente en el ámbito de la enseñanza y el aprendizaje. Esta percepción proviene posiblemente de la experiencia estudiantil con docentes no bien preparados o mal calificados. Con esta particular reflexión espero dejar claro de lo importante que puede ser la historia en sus diversos aspectos.

Una breve y simple definición del vocablo *historia*, la que se encuentra en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, reza así: "Disciplina que estudia y narra cronológicamente los acontecimientos pasados". Los historiadores profesionales suelen añadir como función de la historia, la interpretación de esos hechos, para considerarla como una verdadera ciencia.

Historia puede considerarse como sinónimo de *memoria*. La primera es para el cuerpo social lo que la segunda es para el cuerpo biológico, y muy en especial, para el humano. Si alguien no le da a la historia la importancia que se merece, piense solo en su propia persona si llegase a perder la memoria, si no tuviera recuerdos, o dicho con un término médico, a sufrir de amnesia. En ese sentido, la historia ayuda al individuo a consolidar el sentido de pertenencia a la familia, a la comunidad a la que pertenece, a la institución donde labora, al país donde habita.

Para ilustrar algunos de los aspectos mencionados, vale la pena recordar dos conocidas anécdotas:

1. La utilidad del conocimiento (o como algo percibido como inútil puede resultar de gran utilidad). Tales de Mileto, quien se destacó como un afamado astrónomo y meteorólogo, pasaba el tiempo observando los cielos y los fenómenos naturales, por lo cual era criticado por muchos de sus coterráneos que pensaban que sus observaciones y conocimientos, registrados como lo que se conoció como historia natural, no tenían ninguna utilidad práctica. Después de un periodo de malas cosechas de aceitunas debido a cambios atmosféricos, y en consecuencia, escasez de aceite y otros importantes productos, Tales dedujo de sus observaciones que el año en que se encontraba sería el último de esta serie de problemas y que el próximo año sería el primero de una nueva serie favorable. En consecuencia, alquiló la mayoría de las presas o molinos de producir aceite aun precio bajísimo y cuando llegó la nueva cosecha el monopolio que tenía de los molinos lo hizo rico.

2. La fragilidad de la historia como memoria colectiva. Pompeya y Herculano eran dos florecientes e importantes ciudades romanas de la región de Campania en el siglo I de nuestra era. Luego de la famosa erupción del Vesubio del año 79, las ciudades quedaron muertas y sepultadas bajo la ceniza volcánica y posteriormente fueron completamente olvidadas por más de 1600 años hasta que fue accidentalmente descubierta por un campesino italiano en el siglo XVIII.

Aunque la historia (sin calificativo o por antonomasia) suele ser identificada por sus estudios de los aspectos sociopolítico de un pueblo o país, no es menos importante lo que podríamos llamar las historias particulares, las que tratan de otros aspectos de la sociedad, tales como la economía, la cultura, el arte, la medicina, la ciencia en general y en particular, etc.

La medicina en particular tiene una rica tradición de abordajes de naturaleza histórica, y en nuestro país es una de las pocas disciplinas que cuenta con una sociedad (la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina) cuyo objetivo es desvelar el conocimiento histórico de nuestra profesión en sus diversos campos y especialidades y también en ramas afines como la enfermería, la farmacia, la odontología o el bioanálisis. Por diversas razones esta Sociedad no ha adquirido la prestancia y relevancia que todos aspiramos, pero ha logrado acumular a lo largo de más de 70 años de existencia (para ser exactos cumplirá 75 en 2019) un patrimonio invaluable representado principalmente por su órgano de difusión, la Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Allí se encuentra representado el desarrollo de la medicina en Venezuela desde los tiempos aborígenes hasta nuestros días, donde se incluyen biografías de destacados médicos venezolanos y extranjeros, pasando por acciones o actividades pioneras nacionales o mundiales, reflexiones sobre la profesión, creación y desarrollo de instituciones, vivencias personales y otros aspectos de la historia médica.

El médico, por la propia naturaleza de su profesión, adquiere un gran poder de observación y acumula, directa o indirectamente, muchos conocimientos, tanto de naturaleza científica como de naturaleza histórica. De manera que después de cierto tiempo el médico siempre tiene algo que contar (desde el punto de vista histórico, se sobreentiende). Esos conocimientos no deberían dejarse solo en la memoria, sino que deberían ser plasmados en blanco y negro, o en colores, de acuerdo con las nuevas tecnologías de comunicación. Creo que en ello radica la riqueza de nuestro acervo histórico, que es de nuestra Sociedad y de la Medicina venezolana.

Aunque no podemos obviar la situación crítica que el país vive en la actualidad con su fuerte impacto en la prestación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, y en el ejercicio de la medicina y carreras afines, tal situación o condición también afecta el cultivo de la historia de la medicina. Sin embargo, la mencionada situación no debe ser óbice para que abandonemos una parte de nuestros deberes para con las próximas generaciones médicas: dejarles los testimonios de la hermosa y noble profesión que ejercen. Sirva también esta reflexión como un llamado esperanzado para incrementar el legado que nos fue confiado.

Cirujanos que formaron parte de las Juntas Directivas de la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología

Dr. Jaime Díaz Bolaños*

*Médico Cirujano UCV. Miembro Correspondiente Nacional de la SVHM. Correo: jaime.diazbolaos@gmail.com. Recibido abril 5, 2017

RESUMEN

Recopilación histórica de los cirujanos que conformaron en sus inicios, la Presidencia y otros cargos en Directivas de la Sociedad Venezolana de Obstetricia y Ginecología.

Palabras clave: Biografías, Cirujanos en Directivas Sociedad Obstetricia y Ginecología.

ABSTRACT

Surgeons in the Directive Board of the Venezuelan Society of Obstetric and Gynecology

A historical recollection of the surgeons that formed part of the Directive Board of the Venezuelan Society of Obstetrics and Gynecology.

Key words: Biography, Surgeons, directive board Society of Obstetrics and Gynecology.

La Maternidad “Concepción Palacios” (MCP) fue fundada el 17 de diciembre de 1938; en forma paralela a este acontecimiento hay que mencionar a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela (SOGV), donde un grupo de profesionales de la medicina decidió la formación de esta Sociedad, la cual se originó el 24 de febrero de 1940. En la primera sesión realizada en el auditorium, asistieron los siguientes doctores: Leopoldo Aguerrevere, Félix Lairret, Hermógenes Rivero, Francisco Flamerich, Guillermo Negrete de Windt, Carlos Nouel, Odoardo León Ponte, J. Graterol M., Jorge González Celis, Pedro Scarciuffo, Leopoldo Manrique, Salvador Córdova, Pedro Gutiérrez Alfaro, Cruz Lepage, Antonio J. Castillo, Jesús M. Aurrecochea, Roberto Baptista, Ricardo Baquero González, Rafael Domínguez Sisco, Alfredo Borjas y Manuel Sánchez Carvajal. En ella se leyó, modificó y se aprobó un proyecto de lo que en el futuro fueron los Estatutos y también se designaron los representantes de la primera Junta Administradora (1, 2). A continuación se exponen las biografías de los cirujanos que ejercieron la Presidencia de la SOGV y de algunos que formaron parte de sus Juntas Directivas.

Su segundo Presidente fue el Dr. Jorge González Celis (Figura 1), el cual ocupó ese cargo durante el año 1941. Fue un excelente cirujano general de su época, dominaba a la perfección la cirugía ginecológica, obstétrica, urológica, abdominal, de cabeza y cuello, de mamas, la oncológica sobre todo preservadora, la cirugía de urgencia y es uno de los iniciadores de la cirugía plástica y reconstructiva en Venezuela. Nació en Valencia el 14 de noviembre de 1906. Inició sus estudios médicos en la UCV, pero por su cierre en 1928 culminó su carrera en París, en la Universidad de la Sorbona en 1933.



Figura 1. Dr. Jorge González Celis (1906-1994)

A su retorno a Caracas, revalidó su título de Doctor en Ciencias Médicas y se desempeñó en el Hospital Vargas de Caracas (HVC) donde laboró por 23 años; allí estuvo al lado de su apreciado maestro el Dr. Domingo Luciani, de quien aprendió gran parte de su quehacer como cirujano, siendo siempre leal a su persona, con gratitud y afecto. También trabajó en el Instituto Anticanceroso “Luis Razetti” en el lapso de nueve años y en la Cruz Roja Venezolana. El Dr. González Celis fue lo que se llama un cirujano dedicado a su hospital y por lo tanto ejerció la docencia universitaria cabalmente, desde sus inicios en 1936 como jefe de trabajos prácticos de anatomía, medicina operatoria, jefatura de clínica quirúrgica, profesor de patología quirúrgica y al inaugurarse el Hospital Universitario de Caracas (HUC), ingresó como profesor Titular, Jefe de la Cátedra de Clínica Quirúrgica “B” y del Servicio de Cirugía 2. Fue un profesor estricto en la preparación de sus clases, las cuales iniciaba puntualmente y sus presentaciones eran claras e instructivas, dando siempre ejemplo al resto de los docentes y sus alumnos.

Formó parte de los fundadores de la SOGV, de la Sociedad Venezolana de Urología (SVU) y de la Sociedad Venezolana de Cirugía (SVC) el 21 de marzo de 1945, Miembro Honorario de la misma en 1979. Decano de la Facultad de Medicina de 1953 a 1956. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina (ANM) ocupando el Sillón XXXVIII en 1949, ejerció varios cargos en sus directivas ocupando la Presidencia en los años de 1972-1974. Perteneció en calidad de Miembro Correspondiente Nacional a la Academia de Medicina del Zulia, desde 1972. Miembro fundador de la Clínica “Luis Razetti” de Caracas, lugar donde llevó a cabo su labor en la medicina privada.

En su actividad como Presidente de la SOGV, se puede destacar que estableció la incorporación de Miembros Activos (o Titulares de hoy), presentación de siete colaboraciones en la obstetricia y ginecología, por destacados médicos venezolanos. Se entrega por primera vez el premio a la mejor tesis doctoral al Dr. Oscar Agüero por el tema “Parto médico”. Fue designado, junto con el Dr. Oscar Agüero, Presidente Honorario del Octavo Congreso Nacional que se realizó en Caraballeda en 1982 (3). Con respecto a la propiedad resaltante de su personalidad, es importante revelar lo expresado por el Dr. José Ravelo Celis, quien es su familiar: “Siempre la obra de un hombre es el reflejo de lo que lleva por dentro, de su formación, de sus motivaciones y de sus

principios. González Celis fue estudioso, metódico en sus actos y de férrea voluntad. Fue constante en la acción y con una profunda fe en sí mismo. En su vida privada austero, inmensamente correcto y honorable. Practicó la lealtad y la gratitud, dos de los más altos sentimientos de la condición humana, como un dogma de fe sin importarle las consecuencias” (4). Falleció en Caracas, el cinco de mayo de 1994, a sus 87 años.

Su tercer Presidente es el Dr. Miguel Pérez Carreño(Fig. 2), la cual ejerció durante el año 1942. En ese tiempo se puede destacar: la incorporación de la primera mujer a la SOGV, la Dra. Auramarina Colmenares. Presentación de trabajos sobre sinfisotomía, radiopelvimetría y embarazo ectópico. Diversos obstetras extranjeros remitieron trabajos de la especialidad para ser presentados por colegas venezolanos. Se produjo la venida a nuestro país del primer visitante forastero en la Sociedad, el Profesor de Ginecología el argentino Aníbal Villar, entregándose por sus contribuciones el título de “Miembro Honorario Extranjero” (5).



Figura 2. Dr. Miguel Pérez Carreño (1904-1966)

Nace el Dr. Miguel Pérez Carreño Espinal en la ciudad de Valencia el 28 de septiembre de 1904, hijo de un reconocido y querido médico y abogado carabobeño, el Dr. Luis Pérez Carreño (quien fuera Miembro Correspondiente de la ANM puesto N°10 en 1905) y de la valenciana Encarnación Espinal de Pérez. Provenía de una ilustre ascendencia, como lo fueron Simón Rodríguez y Teresa Carreño. Cursó primaria en el Colegio Bouquet y el bachillerato en el Colegio Federal en Valencia; realizó sus estudios de medicina en la UCV, donde obtuvo el Título de Doctor en Ciencias Médicas en 1926, Ya desde su tránsito como estudiante de medicina, comenzó su interés en la docencia, como Monitor de Clínica Quirúrgica (1925). Viajó a Nueva York, e ingresó como interno del Hospital New Rochelle; se trasladó a Europa donde efectuó cursos de perfeccionamiento, en París y Viena. A su regreso a Caracas trabaja en el HVC realizando el

periplo de Residente, jefe de Trabajos Prácticos de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria. Adjunto del Servicio de Cirugía 1. Jefe de Clínica Quirúrgica por oposición. Al inaugurarse el HUC en 1956, pasa a este centro hospitalario, como Jefe del Servicio de Cirugía 1 y de la Cátedra de Clínica Quirúrgica "A" hasta 1966. Decano de la Facultad de Medicina de la UCV (1942-1944); al mismo tiempo ejerció la cirugía en la Policlínica Caracas y en el Grupo Médico Bucaral. Fue uno de los fundadores de la SVC de la cual fue su cuarto Presidente (1948-1949). Creador de los Servicios de Cirugía en el Hospital de Niños J.M. de los Ríos de Caracas, y también promotor del Leprocomio de Cabo Blanco en La Guaira. Fue miembro del Colegio Americano de Cirujanos, de la Sociedad Internacional de Cirugía, y de los Colegios Médicos de los Estados Anzoátegui, Carabobo y Miranda.

Fue un virtuoso de la cirugía, hábil en su ejecución e iniciador de técnicas realizadas por primera vez en nuestro país. Publicó más de 100 títulos, entre trabajos, discursos, folletos y revistas. En la ANM en 1944 presenta un trabajo del que venía estudiando desde 1936, donde describía el síndrome colo-pericolo-apendicular de origen parasitario y cuya particularidad residía en efectuar un tratamiento quirúrgico previo al médico o medicamentoso. Fue Individuo de Número de la ANM desde 1954 ocupando el Sillón XXIV. Fungió como Editor de la obra "Patología y clínica quirúrgica", de la cual se publicaron cinco volúmenes, realizada en colaboración con muchos colegas; es una de las mayores contribuciones a la literatura médica nacional. Tuvo la oportunidad de dirigir más de 20 trabajos de grado y la promoción del año 1967 de la Escuela "Luis Razetti" lleva su nombre. Fundó el Departamento de Investigaciones y Cirugía Experimental de la Cátedra de Clínica y Terapéutica A de la Facultad de Medicina de la UCV; allí, entre muchas actividades de investigación quirúrgica, hay que destacar la realización de 100 trasplantes renales en perros, que posteriormente dio cabida al programa en humanos y a la creación más adelante de la Unidad de Diálisis y Trasplante Renal, hoy Servicio de Nefrología y Trasplante. Creó la clínica de linfomas en el HUC. Llevó a cabo investigaciones sobre el tratamiento del cáncer con perfusiones, ablaciones glandulares y cirugía experimental.

Se casó con la Sra. Camila de Hagdom, en New York. Procreó tres hijos, y uno de ellos, Mike Pérez Carreño, fue médico. Se ha publicado mucho sobre las actitudes quirúrgicas y la personalidad del Dr. Miguel Pérez Carreño (6, 7, 8), pero en pocas palabras se reproduce lo escrito por el Dr. Oscar Agüero: "*Fue un hábil cirujano general, excelente docente, avezado investigador clínico, sumamente sencillo y simpático, ameno conversador, viajero incansable*" (9). Un hospital perteneciente al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), situado al oeste de Caracas, lleva su nombre, así como también el Instituto Oncológico en Valencia, Estado Carabobo. Fallece el 22 de junio de 1966, a los 62 años de existencia.

Para el año 1944 es su Presidente el Dr. Pedro BlancoGásperi (Fig. 3), quien nace en Guanare el 01 de abril de 1893; en esta ciudad cursa sus primeros estudios, continúa en la Escuela Militar y en el Liceo San José, en Los Teques, donde se gradúa de Bachiller; estudia medicina en la UCV donde obtiene el título de Doctor en Ciencias Médicas en 1928. Su esposa fue Doña Josefina Soucheon Llamosas. Ejerce la medicina por varios años en el estado Lara; decide trasladarse a Francia, donde cursa estudios de medicina y adquiere el título de "Médico Colonial". Regresa a Venezuela en 1926, empezando su brillante actividad como cirujano, llegando a ser profesor de Clínica Ginecológica tanto en el HVC como en el HUC. Profesor de Urología del HVC. Fue Decano de la Facultad de Medicina. Esta incluido entre el grupo de médicos fundadores de la Clínica Caracas. Más tarde abrió su propia clínica. Creó las consultas de Ginecología de la

Junta de Beneficencia del Distrito Federal, del IVSS y también del Sanatorio Antituberculoso. Presidente de la SVC en la etapa 1946-1947 (10).



Figura 3. Dr. Pedro Blanco Gásperi (1893-1965)

En su actividad como presidente de la SOGV restituyó las sesiones a la MCP; por primera vez la Junta Directiva publica un informe de su gestión. Además de haber realizado una gran actividad médicoquirúrgica, también lo hizo desde el punto político y social, fue un magnífico orador e historiador médico. Ingresó en el Rotary Club de Caracas en 1944, su Presidente en el período 1948-1949 y electo Gobernador durante 1950-1951 (11). Se encuentra entre los fundadores de la SVC, ocupando su Presidencia durante los años 1950-1951. Ocupó el Sillón III como Individuo de Número de la ANM, el trabajo de incorporación se titula “Mis mil primeras tiroidectomías”, siendo su Presidente desde 1962 hasta su fallecimiento el cuatro de noviembre de 1965, a la edad de 72 años

Su sexto Presidente fue el Dr. Alfredo Borjas(Fig. 4), en 1945. Nació en Valencia, Estado Carabobo, el 13 de febrero de 1902. Efectuó sus estudios universitarios en la UCV, graduándose como Médico Cirujano en 1923 y luego de Doctor en Ciencias Médicas en 1931, con la tesis “Estrecheces uretrales blenorragicas”. Viajó a Europa donde llevó a cabo estudios de perfeccionamiento en Alemania, Bélgica y Francia, de 1923 a 1925. En este último país se destacó como monitor de la Clínica de Enfermedades Urinarias del Hospital Necker de París, bajo la dirección del profesor Legueu. A su regreso a Venezuela crea y establece un servicio de Urología en el HVC. Es nombrado en 1936 Director Interino de la Cátedra y en 1937 Profesor Titular por concurso de oposición; es Médico Honorario de dicho hospital (12). El 28 de noviembre de 1956 se funda el Servicio y la Cátedra de Clínica Urológica en el HUC, ejerciendo la jefatura y es Profesor de Patología Externa y Terapéutica Quirúrgica en los posgrados de urología, cargo que desempeña hasta su jubilación en 1965. Decano de la Facultad de Medicina de la UCV y Jefe del Departamento Quirúrgico de la Escuela de Medicina (13).



Figura 4. Dr. Alfredo Borjas (1902-1972)

Además de ser Presidente de la SOGV, ejerció este cargo en la SVU en cinco ocasiones desde 1940 a 1961 y también de la SVC 1951-1952. Miembro de muchas sociedades médicas tanto nacionales como extranjeras. Desde el punto de vista gremial se desempeñó como Vicepresidente de la Federación Médica Venezolana (FMV). Individuo de Número de la ANM sillón XXV, incorporándose con el trabajo “Tratamiento quirúrgico de la fístulas vaginales”, fue su Presidente durante el período 1956-1958. Director de la Gaceta Médica de Caracas desde 1948 a 1950 (14).

Tuvo una amplísima trayectoria como cirujano; se le reconoce en su vida profesional la realización en Venezuela de veintisiete operaciones ejecutadas por primera vez. Publicó más de 70 trabajos relacionados con la cirugía y la urología. Por ser un destacado investigador, innovador, pionero de numerosas técnicas quirúrgicas es considerado el “Padre de la Urología Venezolana”. Sus discípulos y contemporáneos lo califican como un clínico excepcional, así como un gran conferencista y expositor, con la capacidad de hablar sobre los más diversos temas en el universo de la medicina. En su desempeño dirigiendo la SOGV, fue el primero en intervenir en las sesiones sabatinas presentando un sinnúmero de materias; durante su ejercicio presidencial ingresaron destacados miembros a la Sociedad, y se nombraron varios miembros Honorarios Nacionales. En los inicios de la Maternidad, colaboró como cirujano consultante, despuntando su experiencia y habilidad quirúrgica (15). Su tránsito por la vida terrenal culminó el 11 de abril de 1972 en la ciudad de Caracas, a los 70 años de edad.

Su XIV Presidente, el Dr. Julio CalcañoRomero (Figura 5), en 1954, fue el último cirujano en ocupar este cargo, algo discutible por los doctores Oscar Agüero e Itic Zighelboim (16, 17) quienes lo catalogan como obstetra, pero en sus inicios de su actuación profesional se ocupó de ejercer la cirugía, luego lo hizo con la traumatología y la ortopedia. Nace en Puerto Cabello, el 14 de marzo de 1912; obtiene el grado de Doctor en Ciencias Médicas de la UCV en 1934, su tesis

versó sobre “Un nuevo tratamiento de la infección puerperal. Acción de la Vapregine”. En el HVC se desempeñó como docente en las Cátedras de Traumatología y Ortopedia y de Patología Quirúrgica, esto le permitió formar parte de la de Clínica Obstétrica, en la que llegó a ser Profesor Titular. Ingresó a la MCP en 1942, como médico adjunto a los Servicios de fisiología y posteriormente obstétricos, hasta llegar a la jefatura del Servicio N° 1; se encargó luego de la dirección de la MCP de 1955 a 1958. En su labor como Director reacondicionó el viejo edificio de la Maternidad. La alta demanda de atención de embarazadas sobrepasaba su atención en ese sitio, por lo tanto efectuó toda una serie de esfuerzos para la construcción de un nuevo edificio, la cual supervisó junto con ingenieros y arquitectos, siendo inaugurado el 2 de diciembre de 1957, pero que comenzó a funcionar en enero de 1958, cuando ya no era Director (19).

Hizo los primeros contactos a partir de 1960 de solicitar el reconocimiento universitario de los cursos de Posgrado de Obstetricia y Ginecología por el Consejo de la Facultad de Medicina de la UCV; trasladó la Cátedra del HUC a la MCP. Fue el fundador del Servicio de Obstetricia del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Director del HVC. Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Federal (1951-1952). Miembro Correspondiente de la ANM, puesto N° 4 en 1955 (19). Publicó interesantes trabajos sobre obstetricia y ginecología, escribió el libro “Nueva Maternidad Municipal”. Desempeño diversos cargos en la SOGV desde su ingreso en 1948. Como Presidente inició el ciclo de la fundación de seccionales con Valencia y Maracaibo, la organización y ejecución del Primer Congreso Nacional en Caracas, que fue un rotundo éxito. El ingreso como Titulares de 15 especialistas. Su actuación como Administrador de la Revista de la Sociedad permitió la colocación de avisos médicos, con lo cual se generaron ingresos que sirvieron para sufragar los gastos de la misma y hasta un fondo económico de ayuda a colegas.



Figura 5. Dr. Julio Calcaño Romero (1912-1964)

En su obituario el Dr. Oscar Agüero expresó: “Como hombre y como profesional, Calcaño fue honesto y correcto en toda la extensión de ambos vocablos. Fue un hombre culto, no solamente en su especialidad sino que mostró inquietudes en otros aspectos como literatura, pintura, filatelia, gramática castellana; especialmente en este último aspecto, era común oír sus críticas al uso entre nosotros de expresiones y frases de otros idiomas. Fue un amigo sincero y hombre decente” (20). Falleció el primero de febrero de 1964, a los 51 años.

En sucesivas directivas de la SOGV, algunos cirujanos tomaron parte de la misma: Su primer presidente fue el Dr. Leopoldo Aguerrevere para el año 1940, su secretario el Dr. Alfredo Borjas y entre los suplentes estuvo el Dr. Félix Lairer. En la del Dr. Odoardo León Ponte Romero de 1943, el Dr. Ricardo Baquero González formó parte como Suplente. Para el período de 1946 su Presidente fue el Dr. Cruz Lepage, siendo su Vicepresidente el cirujano Dr. Félix Lairer. En la presidencia del Dr. Rafael Domínguez Sisco de 1947, como Suplentes estuvieron los doctores, Ricardo Baquero González y Jorge González Celis. Durante la Presidencia del Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro en 1948, como Suplentes aparecen los doctores Alfredo Borjas y Carlos Travieso. José María Aurrecoechea ocupa la Presidencia para el lapso 1950-1951 y en su Junta Directiva están presentes como Secretario el Dr. Julio Calcaño y como Suplente el Dr. Augusto Diez. Para el año 1952 es Presidente el Dr. Manuel Antonio Sánchez Carvajal y de Suplente el Dr. Julio Calcaño(12).

Referencias

1. Agüero O, Sánchez M, Torres J. Historia de la Maternidad “Concepción Palacios”. Homenaje a su 25° Aniversario. Caracas. Tipografía Luz, S.A. 1963: 215-218.
2. Agüero O. Historia de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Editorial Ateproca. Caracas. 2003.
3. Agüero O. Jorge González Celis 1941. En: Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Editorial Ateproca. 2004:6-8
4. Ravelo J.C. Profesor, Doctor Jorge González Celis. Su presencia en la cirugía venezolana. Gac Méd Caracas. 2002; 110(3):392-394.
5. Agüero O. Miguel Pérez Carreño 1942. En: Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Editorial Ateproca. 2004: 9-12
6. Plaza F. Servicio de Cirugía 1, Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica A. En: Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su Trigésimo Aniversario (1956-1986) Caracas. Imprenta Universitaria. 1986; 923- 935.
7. Briceño L. Grandes Maestros de la Cirugía Venezolana. Gac Méd Caracas. 2005;113(1):65-71.
8. Rodríguez J. Dr. Miguel Pérez Carreño. Un Innovador de la Cirugía. VITAE Academia Biomédica Digital UCV. 2005: 22.
9. Agüero O. Miguel Pérez Carreño 1942. En: Agüero O. (Editor). Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Editorial Ateproca. 2004:9-12
10. Agüero O. Julio Calcaño Romero 1954. En: Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Edit Ateproca. 2004:46-49.
11. Briceño MT. Pedro Blanco Gásperi, Gobernador del Distrito Año 1950-1951. En: Cincuenta años de rotario en el Distrito 435 de Rotary International. Notas para su Historia (1926-1976). 2ª ed; Caracas. Edit. Miguel Angel García e hijo. 1992:61-62.
12. Potenziani B. J. Crónicas Ilustradas de la Urología y Ciencias Afines. VITAE Academia Biomédica Digital UCV. 2011; 46:32-35.

13. Plaza F. Cátedra de Clínica Urológica, Servicio de Urología. En: Hospital Universitario de Caracas, Recuento Histórico en su Trigésimo Aniversario (1956-1986). Caracas. Imprenta Universitaria. 1986; 1040-1045.
14. Agüero O. Alfredo Borjas 1945. En: Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Edit Ateproca. 2004: 20-22.
15. In Memoriam Doctor Alfredo Borjas (1902-1972). Gac Méd Caracas. 1972;80:167-169.
16. Agüero O. Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. (Presentación) Caracas. Edit Ateproca. 2004.
17. Zigelboim I. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela ¡Septuagenaria! Rev Obstet Ginecol Venez. 2010;70(1):1-3,
18. Agüero O. Julio Calcaño Romero 1954. En: Agüero O. (Editor). Presidentes de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1940-2000. Caracas. Edit Ateproca. 2004:46-49.
19. Agüero O. Historia Obstétrico-Ginecológica Venezolana. Médicos Destacados en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez. 2005;65(1):43-51.
20. Agüero O. Obituariio: Julio Calcaño (1912-1964). Rev Obstet Ginecol Venez. 1964; 24:17-19.

Evolución histórica de las incisiones faciales y cervicales en Cirugía Oncológica

Juan Carlos Valls Puig*

Mary Cruz Lema de Valls**

* Especialista de Cirugía General y Cirugía Oncológica. Profesor Agregado. Jefe de Cátedra de Otorrinolaringología. Escuela de Medicina Luís Razetti. UCV. Caracas

** Instructor por concurso. Universidad Nacional Abierta. Caracas.

Correspondencia: Servicio de Otorrinolaringología. Piso 7. Hospital Universitario de Caracas.

Correo electrónico: vallstru@hotmail.com. Recibido Octubre 10, 2017

RESUMEN

El cirujano de cabeza y cuello debe manejar una amplia variedad de incisiones versátiles. Su selección se apoya en los principios generales de exposición adecuada, viabilidad de los colgajos, cobertura apropiada, adaptabilidad y reconstrucción conveniente. Las heridas quirúrgicas faciales, cervicales y cérvico faciales han evolucionado progresivamente de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento, la asociación de radioterapia previa, los estudios de irrigación cutánea, la comprensión de las vías de diseminación linfática y a la incorporación de nuevas tecnologías. Han cambiado de intervenciones limitadas a selectivas. Latinoamérica y Venezuela han contribuido al desarrollo y progreso de las incisiones.

Palabras clave: Cirugía oncológica. Evolución histórica. Incisiones faciales y cervicales.

SUMMARY

The head and neck surgeon should be familiar with several versatile incisions. The general principles are adequacy exposure, safety of the flaps, adaptability and good reconstruction. The evolution of facial, cervical, and cervico facial incisions include the increased in the radicality of the procedure, the augment of previous radiotherapy, the knowledge of the arterial supply to the cervical skin and the patterns of nodal metastases, and the incorporation of news technologies. They changed from limited intervention to selective. Latinoamerica and Venezuela play an important role in this evolution.

Key words: Oncological surgery. Historical evolution. Facial and cervical incisions.

Introducción

El cirujano debe conocer y manejar una amplia variedad de incisiones versátiles que le permitan una adecuada extirpación de las neoplasias faciales y cervicales ⁽¹⁾. La herida quirúrgica es parte integral de la operación y no un acceso rutinario como en otros campos operatorios ⁽²⁾. El tipo de trazo dependerá del procedimiento previsto ⁽³⁾. Debe anticipar el comportamiento y diseminación de un cáncer específico ⁽⁴⁾. Los principios generales para su selección incluyen exposición adecuada del tumor y los ganglios linfáticos comprometidos, viabilidad de los colgajos, cobertura apropiada de los vasos cervicales principales, adaptabilidad para incluir estructuras adicionales o estomas, y considerar la reconstrucción con el aspecto estético ^(1, 2, 4). Numerosos abordajes quirúrgicos se han descrito, recomendado, condenado y redescubierto en el siglo pasado.

Algunos son de uso corriente, siguiendo su descripción original o con algunas variaciones. Otras son de interés académico ⁽⁵⁾. Se hizo una revisión documental de la literatura nacional e

internacional utilizando las técnicas de lectura crítica de Richard Paul y Linda Elder, tomando en cuenta las referencias más importantes a criterio del autor, para posteriormente describir la evolución histórica de las incisiones faciales, cervicales y cérvico faciales en la remoción de los tumores de cabeza y cuello.

Desarrollo histórico de las incisiones

1) Incisiones faciales para parotidectomía

Los abordajes a la región parotídea, iniciaron en 1841 y 1849, con el de Berard, con dos trazos en “X”, y la de Sánchez Toca, en cruz preauricular ⁽⁶⁾ (**Fig 1a y 1b**). Le siguieron otros hasta principios del siglo XIX, que incluían resecciones parciales de la glándula.

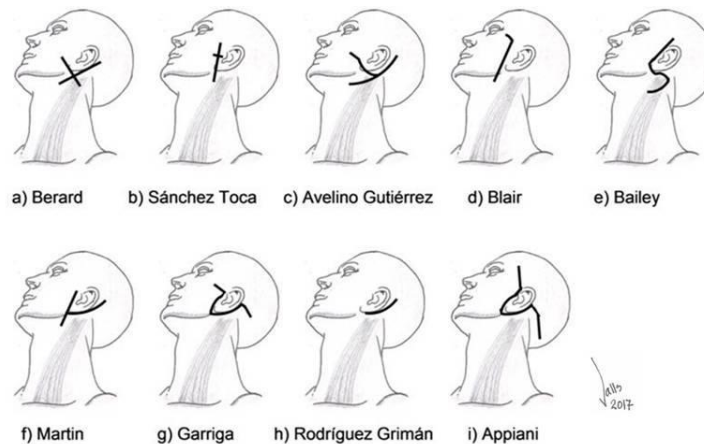


Fig 1. Incisiones faciales para parotidectomía.

La primera descripción específica para una parotidectomía se debe al cirujano español, Avelino Gutiérrez en 1911 ⁽⁶⁻⁸⁾. Consta de dos heridas, una facial y otra cervical ⁽⁶⁾. En palabras del autor: “*se traza una incisión que comienza en la unión de la arcada cigomática con el hueso malar, por delante del trago, sigue el arco hasta el pabellón, desciende por el, pero al mismo ras, hasta el lóbulo; contornea el lóbulo, asciende por el surco auricular mastoideo hasta la base de la apófisis mastoideas; redesciende siguiendo sobre el músculo esternocleidomastoideo hasta la altura del hioides*” ⁽⁶⁾. Proporcionaba una interesante visión del campo operatorio ⁽⁷⁾ (**Fig 1c**).

Previo a 1921, el tratamiento quirúrgico de la parótida se limitaba a la exposición del tumor y su remoción con preservación de las ramas del séptimo par que fuesen encontradas. Walter Sistrunk sugirió la identificación de la rama mandibular, continuando en sentido retrogrado hacia el tronco, y completar la disección de todas sus divisiones antes de extirpar el tumor ⁽⁹⁾. En 1934, R. Janes desarrolló la técnica de aislar el tronco del nervio facial entre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, la porción cartilaginosa del conducto auditivo externo y el vientre posterior del músculo digástrico para seguir en sentido anterogrado por sus ramas ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Diversas modificaciones a la incisión descrita por Avelino Gutiérrez le siguieron en Latinoamérica y el mundo como las de Adson&Ott, Redon, Finochietto, Pilheu, entre otras. Con

variaciones en la técnica de identificación del nervio facial ^(6,7,13). Sin embargo, la más frecuentemente practicada en el tratamiento de las neoplasias parotídeas constituye la modificada de Blair. Inicialmente descrita por Vilray Papin Blair, en 1917 ⁽¹⁴⁾ y modificada por Hamilton Bailey en 1941 ⁽¹⁵⁾. Ofrece una amplia exposición para la identificación del tronco del nervio facial, sus ramas y la neoplasia ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ (**Fig 1d y 1e**).

En su obra “Surgery and diseases of the Mouth and Jaws”, el profesor de cirugía oral Vilray Papin Blair, de la Universidad de Washington, describe su trazo. Inicia en la mitad del borde inferior del cigoma, en dirección posterior al pabellón auricular y desciende frente al trago hasta 4 cms por debajo del ángulo de la mandíbula. En varios esquemas, muestra la exposición adecuada de los bordes de la glándula parótida con las ramas terminales del nervio facial en su margen anterior ⁽¹⁴⁾. El cirujano inglés Hamilton Bailey del Royal Northern Hospital la modificó, para completar la parotidectomía. La emplazó lo más cercana posible al cartílago auricular. El extremo inferior lo extendió a la apófisis del mastoide, para continuar por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Señaló la identificación y preservación del tronco del séptimo par junto al mastoide, seguido de la remoción de la glándula ⁽¹⁵⁾. En la literatura es también conocida como en “S” itálica ⁽¹⁹⁾. Autores franceses la denominan en bayoneta ⁽²⁰⁾.

Hayes Martin en 1951 ⁽²¹⁾ y Behrs & Adson en 1958 ⁽¹²⁾ incorporaron un trazo retroauricular que se origina en el lóbulo, seguido de una técnica anterograda del séptimo par ⁽⁷⁾. En Venezuela, representaron el abordaje y la técnica preferida por autores como Bernardo Guzmán Blanco ⁽²²⁾ y Carlos Hernández ⁽²³⁾. La incisión fue sustituida por Esteban Garriga Michelena y Oscar Rodríguez Grimán por variedades estéticas de su propia autoría ^(24, 25). (**Fig 1f, 1g y 1h**). El cirujano argentino Erdulfo Appiani en 1967 ⁽⁷⁾, describió un abordaje periauricular conocido como “Lifting modificado” para la remoción de tumores benignos ⁽¹⁶⁾, popularizado en Venezuela por Mijares & col ⁽⁸⁾. Iniciado en la región temporal, desciende y contornea el lóbulo de la oreja. Continúa en dirección oblicua, descendente y posterior. Oculto en la línea de implantación del cuero cabelludo. Previene la aparición del Síndrome de Frey ⁽⁷⁾ consecuencia de la reinervación anómala de las fibras parasimpáticas seccionadas del nervio auriculotemporal dentro de las ramas simpáticas pseudomotoras cutáneas ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ (**Fig 1i**).

2) Incisiones para disecciones cervicales

Han cambiado progresivamente y pueden agruparse de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento ^(26, 27), la cobertura de los vasos cervicales sometidos a radioterapia previa ^(4, 28, 29), los estudios de irrigación cutánea del cuello ⁽³⁰⁾, a la comprensión de las vías de diseminación linfática ⁽³¹⁾ y a la incorporación de nuevas tecnologías ⁽³²⁾.

2.a) Incisiones para disecciones cervicales parciales.

La importancia del sistema linfático como vía para la diseminación de neoplasias malignas por intermedio de sus colectores y el impacto en el pronóstico del paciente, se acredita al cirujano francés Henri Francois Le Dran en 1757. Le seguirían James Syme y Rudolf Virchow. La publicación del trabajo de Küttner sobre la anatomía de los linfáticos de la lengua, se acompañó de la apreciación de la necesidad de remover el tumor primario con los ganglios linfáticos ^(5,6).

Theodor Kocher describió la primera incisión lateral cervical para el tratamiento de tumores de lengua en conexión con los ganglios linfáticos proximales o submandibulares en 1880.

En Londres, Henry Butlin la uso con idénticos propósitos ^(27,33,34). Varios trazos le siguieron. Küttner y De Quervain confeccionaron un colgajo en forma de “V”, seccionando y levantando el músculo esternocleidomastoideo cerca de su extremo superior e inferior, respectivamente. Dowd describió incisiones paralelas para la extirpación parcial de ganglios con tuberculosis ⁽³⁵⁾. En Worms, Armknecht ⁽³⁶⁾ diseñó una herida quirúrgica que inició en la punta del mastoide transcurre por el borde inferior de la mandíbula hasta la sínfisis del mentón.

En el punto medio, ejecutó una extensión en dirección del borde anterior del músculo citado, hasta su inserción en la clavícula. Son reconocidos en la literatura como abordajes de disecciones cervicales parciales para extracción de adenopatías sospechosas de contener metástasis tumorales o escrófulas ^(7, 35) (**Fig 2a, 2b, 2c, 2d y 2e**). En Venezuela, Luís Razetti ⁽³⁷⁾ refirió en 1917, la remoción bilateral de ganglios cervicales durante la extirpación de una neoplasia lingual.

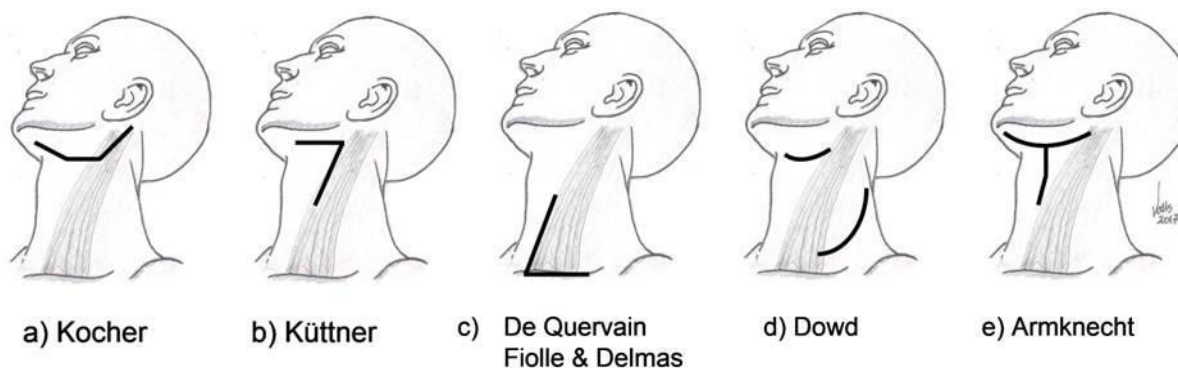


Fig 2. Incisiones para disecciones cervicales parciales.

2.b) Incisiones para disecciones cervicales radicales hasta 1951

La primera disección radical de cuello se efectuó en 1888 por un cirujano polaco, Franciszek Jawdyński. Publicó el procedimiento en la *Gazeta Lekarska*, una revista polaca. Al referirse a la herida quirúrgica, indicó: “Efectué la incisión desde el ángulo de la mandíbula hasta la unión esternoclavicular” ^(26,27, 38). Posteriormente, George W. Crile en Cleveland, popularizó e ilustró la disección cervical radical en dos publicaciones de 1905 y 1906, demostrando con sus resultados, la efectividad del procedimiento en controlar la enfermedad regional metastásica ^(39,40). Adoptó el concepto reportado por William Halsted, de incluir todos los ganglios linfáticos durante las mastectomías en el cáncer de mama ⁽⁵⁾. En su primer artículo describió dos abordajes. El trazo que comienza en la sínfisis mentoniana, transcurre a lo largo del maxilar inferior hasta la apófisis mastoideas, desde cuyo punto se dobla hacia abajo. El segundo, el más conocido, rodea en parte la circunferencia del cuello por debajo del maxilar inferior seguido de una extensión central en dirección a la clavícula. Se enmarcaba en el denominado, método de Crile que incluía, anestesia por intubación, vigilancia con sostenimiento de la presión sanguínea por medio de un funda neumática, uso de pinzas hemostáticas sobre arterias y disección en bloque de niveles ganglionares de drenaje cervical, incluido el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna ⁽³⁵⁾. En las ilustraciones conservaba el nervio espinal ^(41,42). James Barret Brown y Frank Mc Dowell

modificaron el segundo, extendiendo el extremo inferior hasta sobrepasar la clavícula ⁽⁴³⁾. En la literatura se les conoce como en “Y” ⁽⁴⁴⁾ o en “T” (Fig 3a, 3b, 3c y 3d).

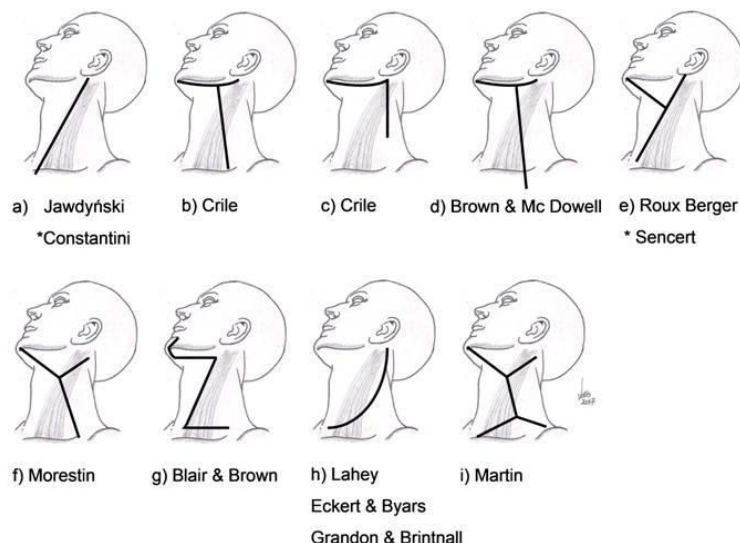


Fig 3. Incisiones para disección cervical radical hasta 1951.

* En cervicotomías exploradoras durante la primera guerra mundial.

En Francia, surgieron seguidores de la disección radical como J. Roux Berger e Hipolito Morestin. Resaltaron las bondades del procedimiento y diseñaron sus propios trazos ^(6,45) (Figura 3e y 3f). Durante la primera guerra mundial, algunos notables cirujanos como Jean Fiolle, J. Delmas, Louis Sencert y Henry Constantini incorporaron algunas incisiones de linfadenectomías cervicales en las cervicotomías exploradoras por heridas penetrantes ocurridas en el campo de batalla ⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾ (Fig 2c, 3a y 3e). En un artículo relativo a 131 pacientes con cáncer de cavidad oral difundido en 1933, el mismo Vilray Papin Blair y James Barret Brown representaron el trazo en “Z”, para operaciones combinadas con disección cervical en uno de los esquemas ⁽⁵⁰⁾ (Fig 3g). Sería recomendada su elaboración por etapas, de acuerdo a la presencia o no de adenopatías ⁽³⁾.

La primera ilustración del artículo sobre manejo quirúrgico del cáncer de tiroides publicado en 1940 por Frank Lahey, evidenció su incisión en “J”. Reconoció su valor para la exposición y remoción del lóbulo neoplásico y los ganglios adyacentes ⁽⁵¹⁾. Charles Eckert y L. T. Byars la aplicaron para la extirpación en bloque de todos los ganglios cervicales en continuidad con la lobectomía ⁽⁵²⁾. Posteriormente, Eugene Grandon y Edgar Brintnall diseñaron un trazo semejante, para los tumores escamosos de la vía aéreo-digestiva superior, adaptable en su altura, a la ubicación de la neoplasia primaria. Inicia en la apófisis mastoideas, continua a lo largo del borde anterior del músculo trapecio. La rama transversal se emplazaba en un nivel más elevado o igual a la incisión de Eckert & Byars, cuando se asociaba con procedimientos en cavidad oral o laringe. La denominaron “utility” o de utilidad por su fácil ejecución, seguía las líneas de tensión, con exposición adecuada, rápida cicatrización, amplia base de irrigación, protegía la bifurcación carotídea, escaso defecto cosmético y adaptable a operaciones combinadas en cuello ⁽⁵³⁾.

Se podía practicar posterior a radioterapia ⁽⁵⁴⁾. La acumulación de secreciones en un bolsillo inferior se ha descrito como complicación ⁽⁵⁵⁾. En algunos textos y artículos se le conoce

indistintamente por el nombre de sus autores, así como “Utility”, en “J” o en “Palo de hockey”. (Fig 3h). En los casos bilaterales se le conoce como en “delantal” (19,44,56).

La técnica de disecciones cervicales radicales fue redefinida por Hayes Martín en 1951. Estableció las bases del tratamiento para el manejo del paciente con cáncer de cabeza y cuello. Describió, ilustró y nombró su incisión, como la doble “Y” o doble trifurcada. Destacó su adecuada exposición y capacidad de extensión superior e inferior (57) (Fig 3i). La correcta planificación y extensión de las disecciones cervicales fue sugerida por Huffman y col. Representaron un esquema de incisiones abreviadas en letras “Y”, “T”, “J”, “Z” y doble “Y”. El abordaje adecuado incluye los límites anatómicos de la disección. Abajo la clavícula, arriba el borde inferior de la mandíbula, adelante la línea media y atrás el borde anterior del trapecio (44).

2.c) Incisiones para disecciones cervicales radicales surgidas posterior a radioterapia preoperatoria a altas dosis.

Desde la descripción original de George Crile hasta finales de la década de los cincuenta, el tipo de trazo estaba determinado esencialmente por una adecuada exposición. La incisión en “Y”, la “Z” y la doble “Y” fueron las más usadas (5,30). La manipulación cuidadosa de los tejidos, la hemostasia rigurosa y el uso de drenajes de succión, se acompañaban de una casi ausencia de complicaciones (30). El aumento en la aplicación de radiaciones preoperatorias a altas dosis (4,29), ocasionó un ascenso en la morbilidad relacionada con la incisión, como necrosis, dehiscencias de las heridas o rupturas de la arteria carótida (29,30,55,58). Se implicó el daño en la microvasculatura de la piel cervical asociado a la cantidad del tratamiento radiante (28,29,58). Estas fallas estimularon el deseo de diseñar trazos para prevenir estas dificultades. La cobertura de la bifurcación de la arteria carótida por un colgajo bien irrigado fue la premisa más importante, seguido de una buena exposición y finalmente el aspecto estético. Lentamente se abandonó la doble “Y” de Martin (58).

El primer abordaje diseñado para una exposición adecuada y cobertura apropiada de los vasos cervicales, alejando la rama vertical de la bifurcación carotídea, corresponde al gran colgajo anterior descrito por Schobinger en 1957 (59). John Conley, reportó una modificación, caracterizada por una segunda incisión del ápex del colgajo a la apófisis mastoideas. Como desventaja, se indicó la necrosis del borde superior cuando es ejecutado de manera extensa (60). Son conocidas como en forma de “boomerang” (56). (Fig 4a y 4b)

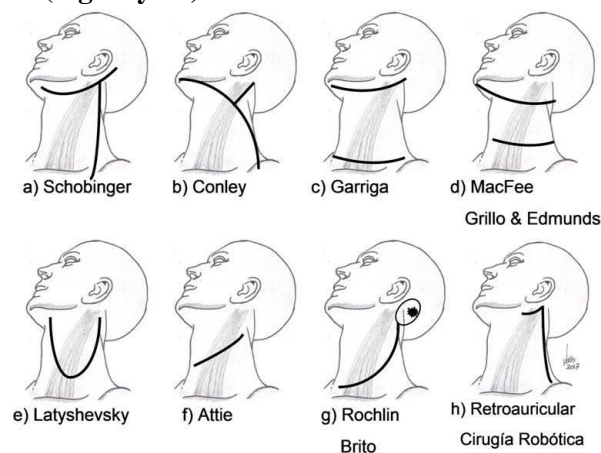


Fig 4. Incisiones para disección cervical radical posterior a radioterapia en altas dosis.

Apoyados en las complicaciones descritas, los trastornos de cicatrización y la poca estética de los trazos conocidos, Esteban Garriga Michelena en Caracas (61) y William MacFee en New York

⁽⁵⁾, publicaron su doble incisión transversa, durante el año 1960. Ambas paralelas entre si, sin cruces, convergencias o ángulos. Un colgajo central en forma de puente, más ancho en el primero que en el segundo, movilizable hacia arriba y abajo. Recomendadas por numerosos cirujanos por seguir las líneas transversas naturales, cicatrización optima y conservar la estética ^(4,19,62,63). Ambos autores no se conocieron, se trato de una simultaneidad histórica ^(19,64). Hermes Grillo y Henry Edmunds la emplearon en las recaídas post radioterapia ⁽⁶⁵⁾ (**Fig 4c y 4d**)

El colgajo superior largo o delantal lateral ^(56,66) y la incisión única transversa lateral ⁽⁵⁸⁾, fueron divulgados por Latyshevsky-Freund y Joseph Attie, respectivamente. Se les atribuyo una cobertura segura de los vasos cervicales y exposición adecuada ^(2,4,19,58) pero un edema molesto, asociado a la interrupción del drenaje venoso en el primero ⁽³⁰⁾ (**Fig 4e y 4f**). En Venezuela el crédito por haber practicado la primera disección radical de cuello se otorga al Dr. Hermógenes Rivero quien la realizó en 1939 en el Instituto de Oncología “Luís Razetti”. El Dr. Bernardo Guzmán Blanco la convirtió en una operación de rutina ^(67,68, 69). En los trabajos de Rodríguez Grimán⁽⁶⁷⁾, Bernardo Guzmán ⁽⁶⁸⁾ y Francisco Montbrun ⁽⁷⁰⁾ la incisión más practicada fue la de Martin, seguido de los trazos de Garriga. La de Schobinger fue popularizada por Marquez Reveron⁽⁷¹⁾. Jorge González Celis señaló la de Roux-Berger ⁽⁷²⁾. Terán sugirió la de Lahey por patología tiroidea ⁽⁷³⁾. Garriga García & Brito en su atlas fotográfico, recomiendan el “palo de hockey”, Schobinger y la del mismo Garriga Michelena⁽¹⁹⁾. En la cátedra de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas corresponden a las de Eckert y Byers asociado al elevado número de laringectomías practicadas ^(63,74).

El abordaje para la extirpación de los ganglios linfáticos posterolaterales del cuello, fue descrito por Rochlin ⁽⁷⁵⁾. Edgar Brito y col, lo aplicaron y difundieron en nuestro país ⁽⁷⁶⁾. Confeccionaron una incisión de dirección vertical y oblicua que añade la lesión primaria ubicada en la región posterior y se extiende hasta el borde anterosuperior del trapecio (**Fig 4g**) La descripción de una técnica funcional que incluía la preservación del nervio espinal, el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna, disminuyendo la significativa morbilidad y deformidad que acompañaba a las disecciones cervicales radicales, correspondió a Oswaldo Suárez en la Universidad de Córdoba (Argentina) en 1963. No refirió predilección por ningún trazo ⁽⁷⁷⁾. Ettore Bocca y Cesar Gavilán publicaron el procedimiento de Suárez en la literatura inglesa ⁽⁷⁸⁾ e iberoamericana ⁽⁷⁹⁾, respectivamente. El primero recomendó la incisión en palo de Hockey y el segundo la doble “Y” de Martin. En nuestro país, durante la década de los ochenta, Oswaldo Henriquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó las primeras intervenciones funcionales en el Instituto Oncológico Luís Razetti.

2.d) Incisiones aparecidas luego de los estudios de irrigación arterial cutánea cervical.

Desde principios del siglo pasado la anatomía de la vascularidad del cuello no fue investigada. Dos yugoslavos, Vinko Kambic un otorrinolaringólogo y Antón Sirca un anatomista, publicaron en 1967, el primer estudio de vascularidad cutánea cervical ⁽⁸⁰⁾. Seguirian Freeland & Roger ⁽⁸¹⁾. Ambos grupos inyectaron tinta india o microfil en la red arterial y venosa de cadáveres de recién nacidos y adultos. Obtuvieron interesantes premisas. Los vasos arteriales cutáneos cervicales transcurren en dirección vertical, no transversal.

La existencia de anastomosis en la línea media entre ambos lados está pobremente desarrollada. La mitad superior de la piel del cuello esta irrigada por ramas descendentes

provenientes de la arteria facial, submentonana, tiroidea superior y esternocleidomastoidea. La mitad inferior esta suplida por divisiones ascendentes de las arterias cervical transversa, supraescapular y clavicular superficial. Perforan el músculo platisma y conforman una fina red superficial, que transcurre en la misma dirección. Durante la confección de los colgajos y la linfadenectomía, las ramas verticales son seccionadas, pero la fina red superficial permanece intacta, estableciéndose alternativas de suministro sanguíneo. El drenaje venoso del cuello es descendente principalmente a las venas yugulares anteriores y externas. El trazo más apropiado será aquel correctamente emplazado, que no comprometa la irrigación del colgajo y su drenaje venoso. El diseño de las heridas quirúrgicas debe incluir el conocimiento de la anatomía vascular cervical ^(2,30,80,81) **(Fig 5a).**

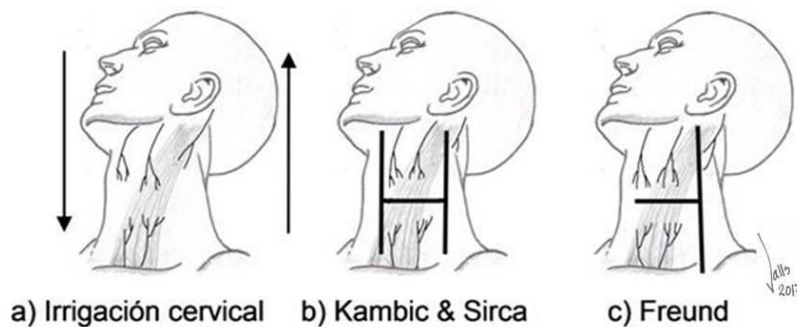


Fig 5. Irrigación arterial cutánea cervical e incisiones aparecidas luego de estudios ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Kambic & Sirca recomendaron la incisión en “H” o $\frac{3}{4}$ de “H”, colocada entre las ramas arteriales ascendentes y descendentes principales ⁽⁸⁰⁾. Freund incorporó un componente vertical en el extremo posterior de un trazo único transversal, por detrás del borde anterior del trapecio, lejos de la arteria carótida. El colgajo quedaba suplido adicionalmente por la arteria occipital. Brindan una excelente exposición, se adhieren a la dirección de la irrigación vascular y se señaló una disminución de las complicaciones en los pacientes previamente irradiados ^(1-3,81). En la cátedra de otorrinolaringología ⁽⁷⁴⁾ fueron las preferidas durante los años noventa. **(Fig 5b y 5c).**

2.e) Incisiones para disecciones cervicales selectivas y nuevas tecnologías.

A principios de la década de los setenta, se comprendieron las vías de diseminación linfática cervical. Las neoplasias del tracto aerodigestivo superior se propagaban de manera predecible y secuencial a ganglios linfáticos regionales. Las metástasis en salto ocurrían muy raramente ^(42,82). Surge el concepto de las disecciones cervicales selectivas en el “M.D. Anderson Cancer Center” en Houston. Son removidos el grupo de ganglios que están en alto riesgo de contener metástasis, de acuerdo a la localización del tumor primario ⁽⁸³⁾. El sistema de localización de los ganglios linfáticos del cuello por niveles del “Memorial Sloan-Kettering Cancer Center” y la nomenclatura de los tipos de linfadenectomía cervical se estandarizaron a nivel mundial ⁽⁴²⁾.

Con la evolución a procedimientos selectivos, algunas incisiones históricas o tradicionales eran innecesarias y otras fueron reevaluadas. De acuerdo al tipo de linfadenectomía se usaron

determinados trazos. En las que incluyen los niveles I al III, conocidas como supraomohioideas, fueron abordadas por modificaciones discretas del tipo en utility, delantal lateral, la única transversa o el “boomerang”. Permitieron su aplicación en operaciones combinadas de cavidad oral. Para los niveles II al IV, nombradas como laterales, el abordaje de preferencia fue en “palo de Hockey” o el doble de Garriga. Facilitó las intervenciones en tiroides, laringe y faringe ^(19,31). La incorporación de nuevas tecnologías como la robótica, han permitido el acceso a áreas difíciles a través de heridas estéticas con seguridad oncológica ⁽³²⁾ (**Fig 4h**).

3) Incisiones para neoplasias cervicofaciales

La inclusión de adenopatías cervicales, extendiendo la herida quirúrgica de la parotida en sentido descendente hacia el cuello es mencionado por Wilfrido Papin Blair en su obra ⁽¹⁴⁾. W. Keen la prolongo hasta la clavícula ⁽³⁵⁾. En 1957, Hayes Martin señaló en una ilustración, la incorporación de un trazo preauricular a su incisión cervical en las parotidectomías por cáncer ⁽²¹⁾, Bernardo Guzmán la practicó ⁽²²⁾. Alejandro Calvo Laird la mencionó en una publicación ⁽⁸⁴⁾. Esteban Garriga M. incorporó la modificada de Blair a su doble trazo ⁽²⁴⁾ (**Fig 6a y 6b**).

El estudio de las incisiones cervicofaciales como una entidad única, para la remoción de neoplasias que se acompañaban de parotidectomía y disección cervical, se acredita a Erdulfo Appiani y a otros cirujanos argentinos ^(6,7,85). Sustentado en que los colgajos deben poseer largos pedículos que garanticen su irrigación, el primero describió un trazo de colgajo único, con amplia exposición para cirugías radicales. La inició en la región preauricular, siguió el contorno de la base del lóbulo de la oreja y la descendió verticalmente junto al músculo esternocleidomastoideo, sobrepasando la clavícula. En años posteriores, extendió el extremo superior a la región temporal y la herida cervical la adosó a la línea de implantación del cabello. La denominó cérvico craneofacial, indicando las ventajas de mantenerla oculta en algunos segmentos. Movilizó el músculo trapecio, como cobertura de las áreas de defecto estético ^(7,21). Luís A. Samengo trasladó la herida cervical a la línea media anterior ⁽⁸⁵⁾ (**Fig 6c y 6d**).

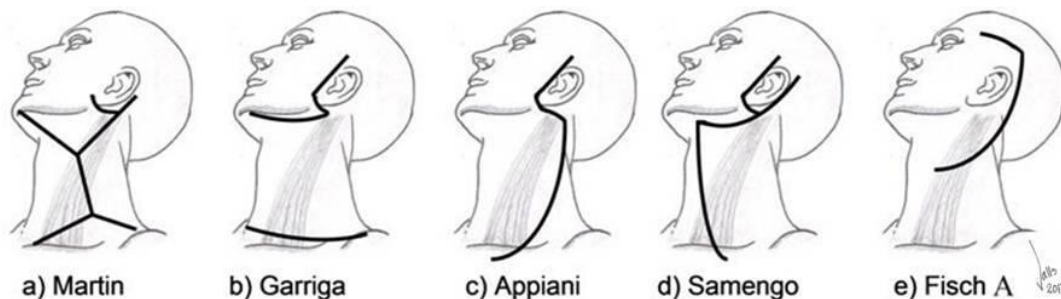


Fig 6. Incisiones cervico faciales para neoplasias malignas.

En la década de los ochenta, Ugo Fisch describió tres accesos craneofaciales laterales para la base de cráneo y fosa infratemporal. Indicados en tumores glomíngicos, colesteatomas y carcinomas

de la región. Identificados con letras mayúsculas, el tipo A permite la disección cervical, además de la mastoideotomía radical (**Fig 6e**) ⁽⁸⁶⁾. En la literatura al referirse al uso de incisiones combinadas de parotidectomías con disección cervical, se recomienda la simple extensión pre o retroauricular de los trazos comunes para disección cervical. Sin consideraciones a los conceptos de irrigación o adaptabilidad ^(16- 18, 56, 87, 88).

Motivado a la necesidad de un abordaje quirúrgico en pacientes con neoplasias malignas auriculares o faciales, con o sin radioterapia previa, que brindara exposición adecuada, aplicable a diversos procedimientos combinados, adaptable a los hallazgos intraoperatorios, emplazable según las premisas de irrigación arterial y con mínimas complicaciones, se documentó, desarrolló y modificó desde el año 2010, la experiencia en una incisión de uso común, la modificada de Bailey seguida de una extensión en “J” ^(16-18,56,87,88), para que cumpliera estos fines en la cátedra servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario. Se denominó colgajo cervicofacial superior adaptable (**Fig 7**). Combina los conceptos de los colgajos preauriculares y la exposición del nervio facial de Vilray Papin Blair ⁽¹⁴⁾ y Hamilton Bailey ⁽¹⁵⁾, las premisas de irrigación cutánea cervical identificadas por Kambic & Sirca ⁽⁸⁰⁾, con la adaptabilidad del procedimiento de acuerdo a la ubicación del tumor primario de Grandon & Brintnall ⁽⁵³⁾. es conocida como “Francisque”, por la similitud de su silueta al segur empleado por los pueblos francos durante la alta edad media.

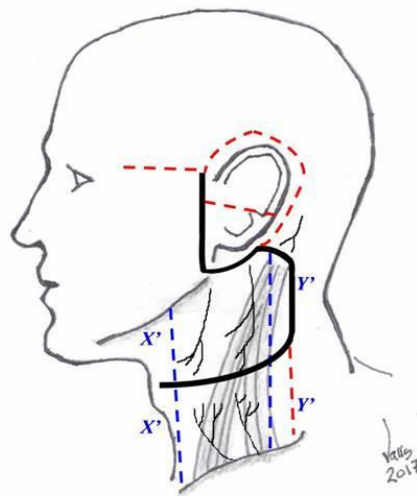


Fig 7. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable para neoplasias malignas. (con letras y líneas interrumpidas azules distancia de bordes inf de mandíbula y sup de clavícula a rama transversal del abordaje. Los trazos interrumpidos rojos representan extensiones adaptables)

Conclusión

A lo largo del siglo pasado, se han descrito, recomendado, condenado y redescubierto una serie de diferentes abordajes quirúrgicos para la extirpación de neoplasias faciales y cervicales. Sucesivos cirujanos de diversas nacionalidades y en distintos periodos cronológicos fueron pioneros en el diseño de las intervenciones oncológicas y de las heridas quirúrgicas. Cabe citar a Theodor Kocher, Avelino Gutiérrez, Vilray Papin Blair, George W. Crile, D. Rochlin y Ugo Fisch.

Algunos como J. Roux Berger, Frank Lahey, Hamilton Bailey, Hayes Martin, R.

Schobinger, Joseph Attie y Vinko Kambic las delinearon por necesidades surgidas en los procedimientos. Varias incisiones han trascendido su uso en cirugía oncológica para incorporarse en el manejo de patologías infecciosas o heridas de guerra. En Argentina y Venezuela, Erdulfo Appiani y Esteban Garriga M. fueron innovadores en los abordajes quirúrgicos. Otros como Oscar Rodríguez Griman y Edgar Brito aplicaron interesantes modificaciones a los trazos originales. En la cátedra de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se ha caracterizado e impulsado el colgajo superior adaptable, sustentado en diversos conceptos y premisas históricas. Para cumplir los principios generales de exposición, vascularidad, cobertura, adaptabilidad y reconstrucción apropiada, las heridas quirúrgicas han evolucionado progresivamente de acuerdo al incremento en la radicalidad del procedimiento, la cobertura de los vasos cervicales sometidos a radioterapia previa, los estudios de irrigación cutánea del cuello, la comprensión de las vías de diseminación linfática y la incorporación de nuevas tecnologías. Han cambiado de intervenciones limitadas a selectivas. Las incisiones faciales y cervicales en cirugía oncológica están en permanente evolución.

Agradecimientos al Dr. Jaime Valls, al personal de la biblioteca del Centro Médico de Caracas en San Bernardino y del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

REFERENCIAS

- 1) Suen J, Stern S. Cancer of the neck. In: Myers E, Suen J, editors. Cancer of the Head and Neck. Third Edition. W.B. Saunders Company; 1996:462-484.
- 2) Arena S. Incisions. Laryngoscope. 1975; 85 (5): 823-828.
- 3) Clarke H. Fundamentos y técnica del vaciamiento radical del cuello. *Clín Quir North Am* 1961; Feb: 189-199.
- 4) Kerth J, Sisson G. Disección radical de cuello en el carcinoma de cabeza y cuello. *Clín Quir North Am* 1973 (Feb): 179
- 5) Mac Fee W. Transverse Incisions for neck dissection. *Ann Surg* 1960;151(2): 279-284.
- 6) Florián M. Bases Anatómicas de la Cirugía de Cabeza y Cuello: antecedentes históricos. Buenos Aires. Editorial Librería Akadia. 2010.
- 7) Appiani E, Delfino M. Plastic incisions for Facial and Neck tumors. *Ann Plast Surg* 1984;13: 335-352.
- 8) Mijares A. Abordaje periauricular en las lesiones de la glándula parótida. *Rev Ven Oncol* 2011; 23(3): 154-164.
- 9) McCune W. Total parotidectomy in tumors of the parotid gland. *Arch Surg*. 1951; 62: 715-723.
- 10) Janes R. Surgical treatment of tumors of the salivary glands. *Surg Clin N Am*. 1943;23: 1429-1439.
- 11) Montbrun F. El facial parotídeo y sus aplicaciones quirúrgicas. *Bol Soc Ven Cir*. 1967; XXI:573-584.
- 12) Beahrs O. Anatomía quirúrgica y técnica de la parotidectomía. *Clin Qui N Am*. 1977; Jun: 479-493.
- 13) Pilheu F, Guerrero J, Kañevsky L. Tumores de la Parotida. *Act Oncol Venez* 1972; 5: 35-52.
- 14) Blair VP. Surgery and diseases of the mouth and jaws. 3er edit. St Louis. CV Mosby; 1918. 492-523.
- 15) Bailey H. The Treatment of Tumours of the Parotid Gland. *Brit J Surg* 1941; 28(3): 337-346.
- 16) Larian B. Parotidectomy for Benign Parotid Tumors. *Otolaryngol. Clin North Am* 2016; 49: 395-413.
- 17) Saade R, Bell D. Benign Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. (Edit). Cumings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier Saunder, 2015; 86: 1238-1257.
- 18) Sunwoo J, Tomeh Ch. Malignant Neoplasms of the Salivary Glands. In: Flint P, Robbins Th. Editors. Cumings Otolaryngology. Head and Neck Surgery. 6ta edition. Elsevier Saunder, 2015; 87: 1258-1280.
- 19) Garriga Garcia E, Brito E. Disección de Cuello. Tumores de Cabeza y Cuello. Atlas Fotográfico [Internet].

2014: 10-94. Disponible en: <http://www.tumoresdecabezaycuelloatlas.blogspot.com-ur>.

- 20) Petelle B, Sauvaget E. Parotidectomies. In :Encycl Med Chir. Paris; Elsevier SAS; 2003: 46-510.
- 21) Martin H. Operations for Parotid Tumors. En: Martin H. Surgery of Head and Neck Tumors. Hoeber Harper Book; 1957: 321-335.
- 22) Guzman Blanco B, Peña L. Afecciones de Glándulas Salivares. Centro Med Caracas 1955; 5: 19-24.
- 23) Hernandez C. Tratamiento Quirúrgico de los Tumores de la Glándula Parótida. Bol Soc Venez Cir 1966; XX: 1201.
- 24) Garriga Esteban. Incisión estética en la parotidectomía. Centro Med Caracas 1994; 102: 33-38.
- 25) Rodriguez O. Nuevo abordaje de las lesiones parotídeas. Gac Med Caracas 1999; 107(2): 227-231.
- 26) Ferlito A, Rinaldo A. Neck dissection: past, present and future? J Laryngol Otol 2006; 120: 87-92.
- 27) Rinaldo A, Ferlito A. Early history of neck dissection. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008; 265: 1535.
- 28) Ellis M. Surgical techniques following irradiation of the neck. J Laryng 1963; 77: 872-908.
- 29) Catlin D. Irradiación preoperatorio para disección cervical. Clín Quir North Am 1967; Oct: 1131-1137.
- 30) Hetter S. Neck Incisions Relative to the cutaneous vasculature of the neck. Arch Otolaryng. 1972; 95: 84 - 87.
- 31) Robbins KT. Incisions for neck dissection modifications. Laryngoscope. 1994; 104: 1041-1044.
- 32) Woo Y, Chang E. Robotic approaches to the neck. Otolaryngol. Clin North Am. 2014;47: 433-454.
- 33) Tracy J. A Brief History of Cervical Lymphadenectomy. In: Raja Kummoona, editor. Neck Dissection- Clinical Application and Recent Advances..Intech; 2012: 7-22.
- 34) Shedd D. The work of Henry T. Butlin. Am J Surg 1997; 173: 234-236.
- 35) Andrews W. Cirugía del cuello. En: Keen W, editores. Cirugía, tratado teórico-practico de patología clínico quirúrgico. Tercera edición. Salvat; 1917; III (35): 285-348.
- 36) Armkrecht W. Hei lungs ergebnissebe im Lippenkrebs. Deutsche Zeitschriftfur Chirurgie 1906; 85: 641-656.
- 37) Razetti L. La traqueostomía preliminar en la cirugía de los maxilares, de la lengua y de la faringe. Lecciones y notas de cirugía clínica. Imprenta Nacional. Caracas. 1917: 191-195.
- 38) Ferlito A .European surgeons were the first operation form neck dissection. Laryngoscope 2007; 117:797-802.
- 39) Crile GW. On the surgical treatment of the head and neck. Trans South Surg Gynecol Assoc 1905; 18: 108-127.
- 40) Crile G. Excision of cancer of the head and neck. JAMA 1906; 47:1780-1785.
- 41) Rodríguez O. Disección de cuello. Evolución histórica. Gac. Med. Caracas 2005; 113(4):544-551.
- 42) Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. Surg Oncol Clin North Am. 2005; 14: 461-477.
- 43) Brown J. Neck dissections for metastasic carcinoma. Surg, Gyn Obst 1944; 79: 115-124.
- 44) Huffman WM, Lierbe D. Neck Dissections. Plast Reconstruct Surg 1953; 11: 115-146.
- 45) Roux Berger J. L' Exerese Chirurgicale des Tumeurs Malignes de la Region Carotidienne. La Presse Medicale. 1920; 84: 827-828.
- 46) Delmas J, Fiolle J. Carotide Primitive et Jugulaire Interne. In: Masson et cie, (editors). Technique chirurgicale. Découverte des vaisseaux profonds. Libraires de L'Academie de Medecine 120. Paris. 1917;(XI): 101-110.
- 47) Sencert L. Blessures des vaiseaux du cou et aneurismes du cou. En: Masson et cie, editores. Les blessures des vaiseaux. Paris : Libraires de l'Academie de Médecine 120 ; 1917 : 130- 151.
- 48) Constantini H. Blessures des gros vaisseaux du cou et de leurs branches. La Presse Medicale 1918; 6 (Jan): 51 - 52.
- 49) Lejars F. Plaies du cou. En: Masson et cie, éditeurs. Traite de chirurgie d'urgence. Neuvième ed. Paris : Libraires de l'Académie de Médecine 120 ; 1936 :156-175.

- 50) Blair V, Brown J. The treatment of cancerous cervical lymph-nodes. *Ann Surg* 1933; 98: 650-661.
- 51) Lahey F, Hare H, Warren S. Carcinoma of the Thyroid. *Ann Surg* 1940; 112: 977
- 52) Eckert Ch, Byars LT. The surgery of papillary carcinoma of the thyroid gland. *Ann Surg* 1952; 83-89.
- 53) Grandon E, Brintnall E. A Utility neck incision. *Arch Otolaryngol.* 1960; 72: 743-745.
- 54) Johnson J, Myers E. Management of Complications of Head and Neck Surgery. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck. Third Edition.* W.B. Saunders Company; 1996: 35-42.
- 55) Shumrick D. Related head and neck surgery and reconstruction. In: Paparella and Shumrick, Editors. *Otolaryngology. Vol 3. Head and Neck.* W.B. Saunders Company; 1973: 816-818.
- 56) Robbins T, Samant S, Ronen O. Neck Dissection. En: Flint P, Robbins T, Haughey B., (Edit). *Cummings, Otolaryngology, Head and Neck Surgery.* 6ta edición. Elsevier Saunders; 2015: 1837-1861.
- 57) Martín HE, Del Valle B, Ehrlich H. Neck dissection. *Cancer* 1951; 4: 441-449.
- 58) King D. Cirugía radical de cabeza y cuello en pacientes irradiados. *Clín Quir North Am* 1965; Junio: 567 - 572.
- 59) Schobinger R. The use of a long anterior skin flan in radical neck resections. *Ann Surg* 1957; 146: 221 - 223.
- 60) Babcock W, Conley J. Neck Incision in Block Dissection. *ArchOtolaryng* 1966: 84; 554-557.
- 61) Garriga Michelena E. Nueva incisión en el tratamiento quirúrgico de los tumores de la cabeza y el cuello. *Bol Soc Ven Cir* 1960; 14: 210-237.
- 62) Jurkiewicz M, Bostwick J. Anatomía quirúrgica del cuello. *Clin Quir North Am.* 1974; Dic: 1269-1276.
- 63) Valls JC. Experiencia en disecciones cervicales. Trabajo de ascenso a la categoría de Asistente. Cátedra de Clínica Otorrinolaringológica, Escuela Luís Razetti. Universidad Central. 2013.
- 64) Ravelo J. Juicio crítico al trabajo de incorporación "Disección radical del cuello". *Gac Méd Caracas.* 2005; 113 (4).
- 65) Grillo H, Edmundo H. Radical neck dissection after irradiation. *Ann Surg* 1965; March: 361-364.
- 66) Latichevsky A, Freund II. Long Upper Flap Incisión for Radical Neck Dissection. *Surgery* 1960; 47: 206 - 209.
- 67) Rodríguez O. Vaciamiento de cuello. *Bol Soc Ven Cir* 1971; XXV (117): 118-160.
- 68) Guzman B, Erminy A. Vaciamiento radical de cuello. *Memorias del III Congreso Latinoamericano de Otorrinolaringología.* Caracas, Venezuela. 1954; 385-436.
- 69) Benitez G, Paris A. Cátedra de Clínica y terapéutica "C". Parte 1. *Rev Fac Med.* 2012; 35 (2): 43-49.
- 70) Montbrun F. Vaciamiento ganglionar de cuello en cirugía general. *Bol Soc Ven Cir.* 1965; 19(3): 483 -495.
- 71) Marquez Reveron A. El uso de un gran colgajo anterior o incisión de Schobinger. *Acta Onc Ven.* 1969; II: 81-84.
- 72) González Celis J. Cirugía del cáncer del cuello. Ciclo de conferencias. *Soc Ven Cir.* 1953:7-14.
- 73) Teran A. Nuestra experiencia en tumores malignos de cabeza y cuello. *Act Oncol Venez* 1974; VII : 15 - 61.
- 74) Valls J C. Experiencia en laringectomías totales en el hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2016; 67 (Julio-Sept). Disponible en:<http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=125&n=5375>.
- 75) Rochlin D. Posterolateral neck dissection for malignant neoplasms. *Sur GynObst* 1962; Sep 369-373.
- 76) Brito E, Pacheco C, Garriga E. Disección posterolateral del cuello. *Rev Ven Onc* 1998; 10 (1): 18-28.
- 77) Suárez O. El problema de las metástasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev Otorrinolaringol.* 1963; 23:83-89.
- 78) Bocca E, Pignataro O, SasaKi C. Functional Neck Dissection. *Arch Otolaryngol* 1980; 106: 524-527.
- 79) Gavilán C, Blanco A. El Vaciamiento Funcional Radical Cervico ganglionar. *Act ORL Iber-Amer* 1972; 23 (5): 703

- 80) Kambic V, Sirca A. H incisión-method of choice for radical neck dissection. J Laringol Otol 1977; 91: 383 - 390.
- 81) Freeland A, Rogers J. The Vascular Supply of the Cervical Skin. Laryngoscope 1975; 84: 714-725.
- 82) Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis. Cancer 1972; 29:1446-1449.
- 83) Jesse R, Ballantyne AJ, Larson D. Radical or modified neck dissection. Am. J. Surg 1978; 136:516 - 519.
- 84) Calvo A. Algunas consideraciones sobre la cirugía de los tumores. Memorias del I Congreso Venezolano de Cirugía. Estado Sucre. 1951: 448-462.
- 85) Samengo L. Incisión cervicofacial para disección radical del cuello. Prensa Med Arg 1970; 57: 1181-1182.
- 86) Branovan D. Accesos craneofaciales laterales para la base del cráneo. Clín Otorr North Am 2001; 6: 1159 - 1180.
- 87) Lore J, Medina J. La glándula parótida y el tratamiento de la neoplasia maligna. En: Lore J, Medina J, Editores. Atlas de cirugía de Cabeza y Cuello. 4ta edición. Editorial Medica Panamericana; 2005: 886.
- 88) Shah JP, Patel SG. Ganglios Linfáticos Cervicales. Cirugía y oncología de cabeza y cuello. Tercera edición. St. Louis: Mosby; 2003. 353 - 394.

Normativas universitarias de estudios generales y médicos en sus primeros 500 años. Siglos XII-XVII

Jesús Manuel Rodríguez Ramírez*

* Doctor en Ciencias, Profesor Asociado, Cátedra de Anatomía Normal, Director de la Escuela de Medicina José María Vargas, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

RESUMEN

Los estudios universitarios comenzaron formalmente en el siglo XII, con los cuatro estudios básicos de la época: Artes, Derecho Canónico, Jurisprudencia y Medicina. Federico Barbarroja en 1155 y el Papa Gregorio IX tomaron algunas normas con que se establecieron las primeras universidades en el siglo XII, y estructuraron la manera en que se manejarían las universidades, con algunos privilegios, libertades, y el modo de cómo debía darse la enseñanza en los estudios que allí se hicieren, con particularidades para Medicina pues debía cursarse previamente Artes, con el Trivio, el Cuadrivio, y el latín que era la lengua en la que en esa época los intelectuales, diplomáticos y gobernantes se expresaban verbalmente o mediante escritos. Lo propio hizo el Rey español Alfonso el Sabio con la institución salmantina, a la cual le adicionó otras concesiones y contribuyó a que fuese más adelante, el sitio hacia donde se dirigiría el Papado y los gobernantes para consultas de alto nivel. Las universidades hispanoamericanas nacidas a partir del siglo XVI contaron con la experiencia y bagaje jurídico de Salamanca y Alcalá de Henares para la elaboración de su propio Ordenamiento en sus inicios coloniales, con un manejo institucional basado en un organigrama preestablecido conformado por profesores –seculares o no- y dirigido por la Iglesia.

Palabras clave: Ordenamiento, universidades europeas, Medicina.

ABSTRACT

Ordering of European and Spanish American University medical education. Centuries XII-XVII

University studies formally began in the twelfth century with four basic studies: Arts, Canon Law, Jurisprudence and Medicine. Federico Barbarroja in 1155 and Pope Gregorio IX took some rules with which the first universities were established in the 12th century, and structured the way in which universities would be managed, with some autonomic principles, and how the teaching should be given in the studies that were done there and among which were those of Medicine, that, although it did not have the same category with respect to Theology or Jurisprudence, also had to surpass the previous study of Arts with the Trivio and Quadrivio, and the learning of Latin which was the language in which at that time, the intellectuals, diplomats and rulers expressed themselves verbally or through writings. The same made King Alfonso the Wise with the salmantinian institution, to which he added other concessions and contributed to that it was later, the site towards which the Papado would be directed and governments for high level consultations. Hispanic American universities born in and after the 16th century, counted on the experience and legal baggage of Salamanca and Alcalá de Henares for the elaboration of its own Ordering in its colonial beginnings, with an institutional management based on a pre-established organizational chart conformed by professors - secular or not - and directed by the Church.

Key words: Ordering, European universities, Medicine.

Correo: drjrmrodriguezr@yahoo.es

Recibido febrero 15, 2018

Introducción

Educación superior, es decir, para formar profesionales con fundamentación teórica -general y específica- y práctica, la hubo desde hace mucho tiempo aunque no como la que hoy llamamos universitaria; datos históricos hay acerca de grupos de enseñanza de ciencias y religión en el Lejano Oriente (brahmánicos, budistas), y en el Mediterráneo en torno a maestros reconocidos: de Pitágoras en el siglo -VI, los sofistas como Protágoras en Atenas dos siglos más tarde -que fueron los primeros en cobrar por enseñar y que organizaron los estudios iniciales de las siete artes liberales en Trívium y Quadrivium- (1), las escuelas en torno a los tres más conocidos filósofos clásicos -ligados a la práctica médica-: Sócrates primeramente, después Platón y Aristóteles que introdujeron el uso de un espacio físico fijo para la enseñanza -respectivamente, la Academia y el Gimnasio junto al templo de Apolo Liceo-, y el último, el método científico que aún perdura; también tres siglos AC, existió la Escuela de Alejandría de Ptolomeo Soter y Euclides, los romanos, cuyas hordas al mando de Julio César en el año 48 destruyeron su biblioteca, abrieron varias escuelas jurídicas, otras instituciones fueron apareciendo, bien por parte de las nuevas naciones surgidas de la fragmentación del imperio romano, o por parte de los nuevos emplazamientos musulmanes en Europa que ocuparon parte de ella hasta fines del renacentista siglo XV.

Los siglos XVI-XVII fueron tiempos complejo por luchas en Europa para mantener el poder o para acrecentar dominios por herencia o de facto, había dificultades entre aliados por conflictos de intereses debido a los emparentamientos entre las monarquías, hechos bajo la figura de matrimonios por conveniencia política y observando el “*Derecho divino de los Reyes*”; también ocurrieron cambios en los cuales se planteó a gran escala la normatización de la actuación de los gobernantes ante sus vasallos, expresada en la Revolución Inglesa de 1689 con su *Bill of Rights*. Aparece la filosofía moderna remplazando poco a poco al escolasticismo con cabida a muchos pensadores de la época: se usó ampliamente el texto *Novum Organum* por Francis Bacon (editado en 1620) en el cual la deducción científica de los clásicos enfrentó sin éxito al nuevo paradigma inductivo, e imperó el racionalismo desde la publicación del “*Discurso del método*” de 1637, por René Descartes, con las ideas innatas, el razonamiento y la duda científica, ampliadas por Leibniz y Malebranche; por otra parte, se introdujo el empirismo lockeano acerca de cómo el conocimiento venía de la experimentación, apoyado luego por Berkeley y Hume; las opiniones de Spinoza acerca de que el método científico debería aplicarse a textos religiosos, las reflexiones de De La Bruyère acerca de las personalidades de esa centuria, editadas en 1688 bajo el título “*Los caracteres*”: las universidades fueron impactadas por ese nuevo interés por el conocimiento y hubo de renovarse sus programaciones.

La enseñanza médica tiene antecedentes de gran importancia previos a la creación de universidades. En Grecia antigua, hubo lugares de enseñanza en Epidauro, Cnido, Cos, Esmirna, tratando siempre a la enfermedad como decisión de dioses y o demonios. Hacia el siglo -VI se construyeron los Asclepeion, edificaciones dedicadas a venerar a Asclepio, curar enfermedades y formar médicos; uno de ellos fue dirigido por un matemático, Pitágoras, en Crotona, quien acogió la idea de las alteraciones de salud como producto de un desequilibrio natural; su obra inspiró a Alcmeón, en la misma ciudad, quien desarrolló la escuela médica local y atribuyó como causantes de enfermedad a los desequilibrios entre dulce y amargo, resequedad, humedad, calor y frío; Empédocles pocos años después emitió su teoría de los cuatro elementos (tierra, fuego, aire y agua) y de dos cualidades (amor y odio) con todos en equilibrio para mantener el estado natural de las cosas incluyendo la salud.

Hipócrates (460-370 AC) en Cos, aprendió en la escuela local y de su padre que era médico, y enseñó a sus descendientes y otros que se le unieron con ese fin, desarrolló el paradigma ya conocido y que perduró durante casi un milenio de que las enfermedades eran producto del desequilibrio de los cuatro humores fundamentales (flema –fría y húmeda, relacionada con el aire-, bilis negra –fría y seca, relacionada con la tierra-, bilis amarilla –caliente y seca, relacionada con el calor-, y sangre –caliente y húmeda, relacionada con el agua-), promovió la investigación médica, la observancia estricta de principios morales en su práctica y la actuación médica como profesión.

En otras ciudades griegas también se organizaron estos estudios: Corinto, Pérgamo, Laodicea; en Alejandría se comenzó a enseñar de manera permanente anatomía y fisiología pues Herófilo y Erasístrato disecaban cadáveres. Al sustituir Roma a Grecia en el Poder europeo, instituyó medidas de saneamiento ambiental como disponer de agua en las comunidades, baños públicos y drenaje de aguas servidas; también a la construcción de edificaciones dedicadas al tratamiento y recuperación de soldados heridos o enfermos, dado que la principal fuente de la economía romana era el pillaje a los vencidos; y finalmente, establecieron normativas tanto para la práctica médica como para su enseñanza, ésta última siguiendo generalmente la tendencia metódica o atomista, basada en postulados de Demócrito. En esos inicios, destaca la figura de Celso, luego, la de Galeno en el año 162 cuando se estableció en Roma y se dedicó a su ejercicio y a la formación médica, aunque hubo de abandonar las disecciones cadavéricas humanas que hacía en Oriente, ya que había una prohibición establecida.

A finales de la Alta o Temprana Edad Media (siglos V-X), se procuró crear escuelas monacales en los conventos, tanto claustrales como seculares (particularmente desde el siglo VIII), luego las episcopales o capitulares, y después las palatinas o palaciegas; en Salerno se creó una escuela médica que ha perdurado desde el siglo IX hasta hoy; se empezó a certificar por escrito (por autoridades reales, eclesiásticas o ambas) la facultad de poder enseñar por manejar suficientemente un conocimiento, en forma de diplomas de pergamino, en Bagdad y Córdoba en ese siglo y en Toledo en el siguiente (año 988).

La creciente complejización de la sociedad en la Baja o Tardía Edad Media (siglos XI al XV), los cambios demográficos, el interés de las personas por el conocimiento, la lucha por el poder entre Iglesia y Monarquía, la necesidad de disponer de personal capacitado para los nuevos cargos que requerían de conocimientos específicos, y el hecho de que era preciso contar con legislación civil que normara la vida diaria (legislación romana retomada), prepararon el camino para la aparición de las universidades en el siglo XI (2).

Universidades

Las escuelas de estudios superiores al principio se limitaban a temas para formación sacerdotal, unas en monasterios y otras en catedrales, de donde tomaron sus apelativos (monásticas y catedralicias, sus maestros se denominaban “escolásticos”), y a las que empezaron a acudir personas no dedicadas a la espiritualidad con la finalidad de instruirse pues sus tópicos se ampliaron en torno a famosos maestros que incluyeron conocimientos con aplicabilidad directa; la sociedad necesitaba cada vez más de seculares capacitados por lo cual esas instituciones fueron paulatinamente siendo acogidas, creadas o financiadas por jerarcas reales o de la Iglesia desde el siglo XII, con la denominación de “estudios generales”, con permiso para recibir alumnos de cualquier parte, y formar profesionales en las facultades que se especificaban: Artes liberales (eran siete: Gramática, Retórica, Dialéctica o Lógica, Aritmética, Música, Geometría y Astronomía),

Jurisprudencia, Teología y Medicina; y tener profesores especializados en cada una de las mismas, el ejemplo clásico es París, iniciada en el año 1150. Medicina nació a partir de una de las cátedras de la Facultad de Artes (Física), por lo cual la denominación clásica de los graduados, no era médicos, sino físicos (3).

También se formaron comunidades de estudios en las que eran los estudiantes los que decidían su administración y, por tanto, contrataban a los profesores que les era menester en esas universidades escolares (Bologna, año 1089); en otros casos, eran los profesores sus administradores (universidades magistrales); otras enseñaban sin tener constituidos estudios generales pero que luego se incorporaron a ellos, como Salerno, que tenía enseñanza médica formal desde los 800's. Unas se centraron más en estudios teológicos (la de París, que luego se tornó más laica) y otras en jurídicos (Bologna, al principio no ligada al Papado). En todo caso, desde el siglo XII, la Iglesia legisló de manera casi completa casi todo el proceso educativo de la época –pues también servían para afincar principios religiosos cristianos, y la desobediencia a los dogmas religiosos se comenzó a penalizar, como herejía, con la muerte-, con seis grandes grupos de leyes y códigos de obligatoria observancia, en los que se observan elementos que hoy conocemos como de autonomía universitaria, con un sesgo hacia Derecho y Medicina por ser ocupaciones consideradas solamente lucrativas, aunque necesarias; en la centuria siguiente, se formaron corporaciones de la comunidad universitaria, para lograr y defender sus derechos ante la Iglesia y Corona (4). A estos dos modelos de universidades señalados, se le adicionó, a principios del siglo XIX, el alemán, basado en descentralización e investigación científica autónoma de profesores con aprendices alrededor de los mismos; y el francés bonapartista, que era fragmentado en Escuelas, centralizado, dependiente del Gobierno en todo sentido, y sin autonomía de cátedra (5).

Desde un principio gozaron cursantes y profesores de dispensas y privilegios tanto fiscales como de movilidad o de deberes militares, o en justicia tanto civil como eclesiástica; también permiso para no acudir a alguna o a todas las clases como forma de protesta estudiantil o incluso, emigración por tales causas a otras instituciones; Federico Barbarroja en 1155 fue el primer monarca que redactó y aplicó normativas escritas a las nacientes instituciones de estudios superiores, mediante su *Privilegium scholasticum* o Constitución Imperial *Authentica habita*, en la cual se establecieron posibilidad de migración libre por razones de enseñanza o de aprendizaje, y las mismas consideraciones e inmunidades y privilegios previstos en leyes para eclesiásticos -aunque bajo normas superficiales como uso de sotana-, responsabilidad jurídica personal y no del colectivo, grupo o nacionalidad; y sanciones con juicio previo universitario o diocesano y no de jueces civiles (6).

Las Artes eran el primer paso para estudiar cualquiera de las demás –equivalen actualmente al bachillerato-, plenas de pensamiento aristotélico, su contenido era los ya conocidos desde Grecia Antigua: trívium (retórica, gramática y dialéctica) y quadrvium (astronomía, aritmética, geometría y música) y luego se le adicionó la Filosofía; duraba tres años y había que presentar una tesis para obtener el grado. Todas las facultades fueron incorporando exámenes de suficiencia en su parte final, lo cual significó una merma en la influencia religiosa para aprobaciones pues quedaban estas en manos de profesores, aunque los grados sí los otorgasen aquellos (7).

En el siglo XIII, Gregorio IX (Papa entre 1227 y 1241) ratificó los tres grados académicos

de bachiller, licenciado para enseñar y doctor, popularizó -como equivalente a corporación o asociación de cursantes y profesores- el término “universidad” en los Estudios Generales, y mediante la Bula *Parens Scientiarum* en el año 1231 (redactada por Gofredo de Poitiers y Guillermo de Auxerre), estableció –para los de París y por extensión, para los demás previo estudio- condiciones de otorgamiento de licencia para enseñar, y otros elementos tempranos de autonomía universitaria como secreto de información, libertad de escogencia de métodos de enseñanza, y posibilidad de las instituciones darse su propia reglamentación de funcionamiento incluso penales, como se aprecia en uno de sus apartes: *“En cuanto al resto, es verdad que el mal se desliza fácilmente allí donde reina el desorden; os otorgamos el poder para establecer constituciones y reglamentos sabios sobre los métodos y los horarios de las clases, sobre las discusiones, sobre las festividades, las ceremonias funerarias, sobre los bachilleres, quién debe darles las lecciones, en qué horario y que autor escoger; sobre los impuestos de los abogados y la prohibición de ciertas casas; y el poder de castigar como se hace a quien se rebela contra las constituciones y reglamentos y expulsarlos (...)”*.

A la enseñanza médica la trató de manera específica en cuanto a modo de evaluación de sus maestros y de admitir cursantes: *“Para los médicos, los artistas y los demás, el canciller prometerá examinar lealmente a los maestros y admitir a las personas dignas y excluir a las indignas”*. Tres décadas después, la comunidad de estudiantes y profesores o studium de París, recibió formalmente el nombre –ya usado ocasionalmente antes- de *universitas magistrorum et scholarium Parisiensis*(8). Los procedimientos quirúrgicos no eran oficio de médicos al principio, por lo que no se había podido resolver los problemas de él derivados: sangramiento, dolor, infecciones, cicatrizaciones.

En el Nuevo Mundo, no fue usual que los gobiernos de los colonizadores europeos crearan instituciones de educación superior, tal fue el caso de portugueses, franceses y holandeses; en el caso de ingleses las universidades creadas desde el siglo XVII (Harvard) y XVIII (Yale, Princeton, Columbia, Rhode Island, etc.) fueron más por iniciativas locales de sus pobladores que por su Madre Patria. España si lo hizo, a pesar de su gran atraso científico respecto al resto del Viejo Mundo, procurando tener allí también formación de médicos; de las tres Universidades Mayores españolas (Salamanca, Alcalá de Henares y Valladolid), el bagaje jurídico inicial universitario colonial estuvo ligado, más que con la alcalina, con el de la institución salmantina, acorde a diferentes mandatos reales y papales para universidades en Lima (9,10), México (11,12), Santo Domingo (13), Santafé de Bogotá (14), Caracas, etc.

Universidad de Salamanca

En España los Estudios Generales se iniciaron en Palencia, fundados entre 1208 y 1214 por Alfonso VIII; en 1218, Alfonso IX fundó el Estudio General de Salamanca, a partir de una Escuela Catedralicia (15) centrada en estudios jurídicos y con gran influencia por parte de estudiantes – como la de Bolonia-, Fernando III (“el Santo”) la colocó bajo su protección mediante Real Cédula de Valladolid del 6 de abril de 1243 (16), y Real Cédula de Sevilla del 12 de marzo de 1252 (17), también Alfonso X (“el Sabio”) con las reales cédulas de Badajoz del 9 y 10 de noviembre de 1252 (18), y la de Toledo del 8 de mayo de 1254 en donde le otorgó su Carta Magna (19) en respuesta a planteamientos de esa comunidad denominándola universidad, regulando su avituallamiento, las

relaciones con el vecindario, y estableciéndole 11 cátedras, dos de ellas en la facultad de Física, que era como se denominaba también a la de Medicina (20).

En ese documento se definió a los Estudios Generales como unión voluntaria de maestros y escolares, con finalidad de aprender los saberes, por lo cual los locales (no itinerantes) debían estar ubicados en sitios apacibles y ser hermosos y cómodos, con metodología basada en lecturas y comentarios de autores, con protección real y exoneración de impuestos, con honras y privilegios para profesores que al retirarse eran ennoblecidos, y con aplicación de justicia de manera interna salvo homicidios. En esa época, a los únicos profesionales a quienes se exigía examen de suficiencia o un título para ejercer, eran a los abogados y a los médicos (21).

Así como la Patrística fue importante hasta el final de la Edad Antigua (hasta el año 476 DC), la Escolástica –predominantemente aristotélica- fue la forma de pensamiento dominante de la Media, es decir, vida y ciencia con razón y fe, o lo que es lo mismo, Filosofía para comprender la Teología, ésta última prevaleciendo sobre aquélla, ejecutada por la autoridad eclesiástica ya que todo el conocimiento procedía de Dios: por esta causa, la enseñanza en esos tiempos se basó en lo que leía e interpretaba el maestro, a lo que se le adicionó la posibilidad de discusión con los alumnos acerca de lo estudiado, lo cual indica que la Escolástica, que no hacía uso de la investigación (empirismo) en sí, terminó promoviendo al incentivar los cuestionamientos de los temas tratados. Los estudios médicos hasta fines del siglo XVIII utilizaron esta forma de enseñanza.

En el año siguiente, mediante tres bulas (6 de abril, 15 de julio y 22 de septiembre de 1255), el Papa Alejandro IV confirmó esos Estudios Generales, autorizó uso de un sello y le dio validez universal a sus títulos otorgados incluso a los de médicos (22). En los años y siglos posteriores, continuaron elaborándose instrumentos jurídicos tanto reales como eclesiásticos en favor de ésta Institución, manteniéndola a nivel de las de Alcalá de Henares y de Valladolid (23).

El cargo de Canciller o Cancelario era importante por ser el representante del Vaticano en la Universidad, concedía los grados mayores y tenía poder espiritual absoluto sobre todos; el de Maestrescuela –también un sacerdote- se ocupaban de cursantes de estudios religiosos y de inspeccionar las instituciones educativas, con frecuencia, el Cancelario era el Maestrescuela (24). Los estudios universitarios tenían entonces gran influencia eclesiástica, de la monarquía y de instituciones dedicadas al control poblacional, como la Inquisición. Había lucha entre el poder temporal y el eclesiástico por el control de las universidades, por eso, cada uno de esos sectores se interesó en otorgar a sus miembros, privilegios diversos; la Iglesia además tenía conflictos internos entre el poder papal y el de los sacerdotes locales; de todas esas contradicciones se valieron estudiantes y profesores para ir labrando tanto libertad como autonomía universitaria que más adelante se perfiló en algunas de sus actividades.

Al declive del Escolasticismo como forma de pensamiento y método de estudio, se introdujo el período de la Segunda Escolástica o Escolástica Española, entre los siglos XV y XVI, dominada totalmente por los jesuitas y dominicos, y en la cual la razón recuperó terreno, lo que permitió el desarrollo del Derecho Natural y de Gentes de la época. De los conflictos que hubo entre monarcas hispanos y la Compañía de Jesús, dependió que en algunos años se usasen sus obras y

fuesen profesores, y en otros, estuviesen proscritos, beneficiándose de ello los dominicos, que a su vez tenían el control del Santo Oficio. Las universidades hispanoamericanas entonces se desarrollaron bajo esta Segunda Escolástica, y en plena Ilustración, es decir, incorporando principios de seglarismo, ciencia, filosofía, y deseos de adquirir conocimiento o de crearlo sin guías dogmáticas.

Salamanca se convirtió en la Universidad consultada por papas y reyes, los cuales decidieron que las universidades creadas en el Nuevo Mundo a partir del siglo XVI se rigiesen en base a sus normativas; sin embargo, hubo modificaciones basadas en necesidades locales según la realidad de cada emplazamiento universitario; aunque los profesores eran quienes decidían quiénes estaban aptos para recibir su licencia y quienes no, al final ésta era otorgada por los cancelarios o maestrescuelas, es decir, no necesariamente por religiosos borlados.

Los estudios salmantinos de Medicina incluían obras del griego Hipócrates (*Corpus hipocrático*, escrito por él y alumnos de su Escuela), del persa Ibn Sina o Avicena (*Canon de Medicina* y otros libros propios o traducidos), de Galeno de Pérgamo (*Sobre el arte de la curación*, *Sobre el diagnóstico de los sueños*, *De los preparados y los poderes de los remedios simples*), y de Constantino el Africano (que tradujo muchas obras médicas del persa, árabe, griego y otras lenguas orientales); el método de enseñanza consistía en lectura por el profesor, seguida de cuestionamiento por la parte estudiantil y finalmente de conclusión. Varios de los adelantos en Medicina se discutían y enseñaban en las nacientes corporaciones científicas iniciadas desde el siglo XVII: las academias de ciencias como la de Londres (1660), de París (1666), la Regia Sociedad Médica de Sevilla (1697), etc. Llama la atención que ni en Salamanca ni en el resto de España se enseñó Anatomía o Fisiología como ya se hacía en otros sitios, sino ocasionalmente, hasta ya entrado el siglo XIX, a pesar de estar disponible, de Van Wesel (Vesalio) su afamado texto "*Sobre la estructura del cuerpo humano*", en el que corrigió muchos errores anatómicos de la obra de Galeno porque diseccionó cadáveres de humanos y no de simios.

Hispanoamérica

La creación de estas instituciones allende los mares era una necesidad real -para la administración de esos dominios a los cuales los peninsulares en general no querían trasladarse- y eclesiástica -para catequizar a los nativos y defender el poder de la Iglesia en el Nuevo Mundo-. En 1538 el Papa Pablo III estableció la primera universidad hispanoamericana, en Santo Domingo, con el nombre de Santo Tomás de Aquino y con toda la normativa de las Universidades de Alcalá y Salamanca (25). A pesar de que todas nacieron por diligencias de la comunidad y luego autorización real y de la Iglesia, fueron en su gran mayoría instituciones precarias tanto por medios para su mantenimiento en un nivel aceptable como por escasez de profesores calificados, afectaba también la baja cultura local y, finalmente, eran muy vigiladas las actuaciones institucionales tanto por parte de la Corona como por parte religiosa, defendiendo los primeros que no prosperasen ideas separatistas y los segundos, los intereses eclesiásticos: por esta razón, muchas veces no pudieron incorporar a sus clases, tópicos científicos o filosóficos de amplia difusión en Europa, y no hubo un interés en estudios experimentales; es decir, las universidades hispanoamericanas no fueron generadoras de conocimiento nuevo, sino formadoras de recursos humanos capacitados.

Hubo universidades mayores (oficiales, dependientes de la Corona), y menores (religiosas, a cargo de la Iglesia), de las primeras solo lo fueron la de Lima y la de México; facultades mayores (casi todas) y una menor (Artes o Filosofía), y cátedras mayores (otorgadas vitaliciamente), menores (por tiempo preestablecido) y esporádicas. Más adelante, hubo cambios en esto, con denominación de mayores solo a las religiosas (Teología y Cánones). Las imprentas al principio en Hispanoamérica (la primera en México), tenían una finalidad específica: editar literatura religiosa, posteriormente comenzaron las impresiones de textos y otras publicaciones (26). Finalmente, la salud pública, a pesar de que aparecía en el entramado del Estado, no era prioridad de los gobiernos de turno, y solo aparecían algunas menciones insuficientes acerca de la misma en las normas de funcionamiento de los Protomedicatos coloniales.

Palabras finales

Los estudios universitarios se acepta comienzan formalmente en el siglo XII, con los cuatro estudios básicos de la época: Artes, Derecho Canónico, Jurisprudencia y Medicina. Federico Barbarroja en 1155 como figura del Poder Temporal, es quien primero escribe sus normativas, seguido luego por el Papa Gregorio IX quien, tomando en cuenta aquellas, estructuró en la siguiente centuria, la manera en que por el Poder Eclesiástico se manejarían las universidades, ambas autoridades previeron algunos principios autonómicos, y el modo de cómo debía darse la enseñanza en los estudios que allí se hicieren y entre los cuales se encontraba los de Medicina, que, aunque no tenía la misma categoría respecto a Teología o Jurisprudencia, también debía superarse el previo estudio de Artes con el Trivio y el Cuadrivio, y el aprendizaje del latín que era la lengua en la que en esa época los intelectuales, diplomáticos y gobernantes se expresaban verbalmente o mediante escritos. Lo propio hizo el Rey Alfonso el Sabio con la institución salmantina, a la cual le adicionó otras concesiones y contribuyó a que fuese más adelante, el sitio hacia donde se dirigiría el Papado y los gobernantes para consultas de alto nivel. Las universidades hispanoamericanas nacidas a partir del siglo XVI contaron con la experiencia y bagaje jurídico de Salamanca para la elaboración de su propio Ordenamiento en sus inicios coloniales, con un manejo institucional basado en un organigrama preestablecido conformado por profesores –seglares o no- y dirigido por la Iglesia.

Anexo

Bula *Parens scientiarum* del Papa Gregorio IX

Elaborada el 2 de abril de 1231 y publicada 11 días después, en la cual se establecieron los primeros lineamientos formales y universales de autonomía universitaria: laborar en paz, representación no solo eclesiástica sino también universitaria en actos legales de la misma, confianza en profesores y alumnos, rechazo a prejuicios personales y de origen, otorgamiento de grados solo por méritos, respeto a la información confidencial personal de miembros de la comunidad universitaria, elaboración de reglamentos de funcionamiento administrativo, penal y académico solo por parte de la universidad, trato digno a maestros y prohibición de porte de armas en su recinto (6).

“Gregorio, obispo, siervo de los siervos de Dios, a sus hijos dilectos, todos los maestros y estudiantes de París, salud y bendiciones apostólicas. París, madre de las ciencias, como otra Cariátide Sepher (4), ciudad de las letras, brilla con un destello precioso, grande sin duda pero que hace esperar más grandes cosas gracias a los que aprenden y a los que enseñan (...) Es por esto que no cabe duda que aquellos que en la dicha ciudad se esfuerzan de alguna manera por enturbiar una gracia tan gloriosa o aquellos que no se oponen claramente y con fuerza a los que la enturbian, desagradarán profundamente a Dios y a los hombres.

Es por esto que, luego de haber considerado atentamente los problemas que nos han sido presentado en relación de la discordia que ha nacido allí por instigación del diablo y de los que obstaculizan gravemente los estudios, asistidos del consejo de nuestros hermanos, hemos pensado que es preferible resolver estos problemas con un reglamento sabio más que con una decisión de carácter judicial. De esta manera, en lo que concierne al estatuto de los estudiantes y las escuelas, hemos decidido que se apliquen las siguientes reglas:

- *Aquél que sea elegido como Canciller de París, deberá, desde el momento de su elección, jurar delante del obispo, o si él lo designa en el capítulo de París, en presencia de dos maestros convocados por él y que representen a la Universidad y a los estudiantes, que por la agrupación de la teología y los decretos, lealmente y según su conciencia, no dará la licencia para enseñar más que a hombres dignos en función del lugar y del momento, según los estatutos de la ciudad, el honor y el renombre de las facultades, y que se la negará a los indignos, descartando todos los prejuicios personales y de origen.*

- *Antes de otorgar una licencia a quien quiera que sea, dentro de los tres meses a partir de la petición de la licencia, deberá hacerlo examinar con diligencia por todos los maestros en teología presentes en la ciudad y por otras personas honestas y cultivadas, mediante las cuales se pueda conocer el valor, sus ambiciones y otras cosas que haya que examinar en estas circunstancias.*

- *Luego de haberlo así examinado como conviene y parece oportuno y bajo el peso de su conciencia, le dará o negará al candidato la licencia requerida.*

- *En cuando a los maestros en teología y en decretos, antes de que comiencen a enseñar, harán un juramento público de observar fielmente las cosas sobredichas. El canciller jurará también de no revelar en ningún caso las intenciones de los maestros en detrimento suyo; la libertad y el derecho de los canónigos de París permanecerán en su rigor inicial.*

- *Para los médicos, los artistas y los demás, el canciller prometerá examinar lealmente a los maestros y admitir a las personas dignas y excluir a las indignas.*

- *En cuanto al resto, es verdad que el mal se desliza fácilmente allí donde reina el desorden; os otorgamos el poder para establecer constituciones y reglamentos sabios sobre los métodos y los horarios de las clases, sobre las discusiones, sobre las festividades, las ceremonias funerarias, sobre los bachilleres, quién debe darles las lecciones, en qué horario y que autor escoger; sobre los impuestos de los abogados y la prohibición de ciertas casas; y el poder de castigar como se hace a quien se rebela contra las constituciones y reglamentos y expulsarlos (...).*

- *Aquél que haya cometido un crimen y sea necesario encarcelarlo, será detenido en la prisión del obispo; le está prohibido al canciller tener una prisión particular. Prohibimos de la misma manera que un estudiante sea arrestado por una deuda ya que esto también está prohibido por los cánones regulares.*

- *Ni el obispo, ni su oficial, ni el canciller, deberán dictar penas pecuniarias con el fin de levantar excomuniones o cualquier otra censura. El canciller no deberá exigir a los maestros a los cuales ha otorgado la licencia ningún juramento, ninguna manera de sumisión u otra caución y no reclamará por este acuerdo ninguna suma de dinero u obligación, sino que se contentará con el juramento mencionado más arriba.*

- *Prohibimos formalmente que los estudiantes porten armas y que la Universidad defienda a los que perjudican la paz del estudio. Aquellos que fingen ser estudiantes, sin asistir a las clases ni tener maestros no deberán gozar de los privilegios de los estudiantes (...)*

- *Que nadie infrinja esta decisión, constitución, concesión, defensa y prohibición y no ose oponerse a ella con audacia temeraria. Y si alguno lo osare y atentare contra ella, que sepa que atraerá sobre sí la indignación de Dios todopoderoso y la del bienaventurado Pedro y Pablo apóstoles.*

Dado en Letrán, a los dos días de abril, en el quinto año de nuestro pontificado.”

Referencias

1. Protágoras y Gorgias. *Fragmentsos y testimonios*. José Barrio Gutiérrez, traductor. Ediciones Orbis, S.A. Barcelona, 1985.
2. Gómez, Galo. *La Universidad a través del tiempo*. Universidad Iberoamericana. México, 1998. P. 17-61.
3. Rodríguez-San Pedro Bezares, Luis. *Historia de la Universidad de Salamanca*. Estructuras y flujos. Volumen II. Universidad de Salamanca, 2000. Pp. 547.
4. Wischer E. *Historia de la literatura*. Vol. 2 *El mundo medieval. 600-1400*. Ediciones Akal. Madrid, 1989. P 169-171.
5. Cobban A.B. *The medieval universities, their development and organization*. Ed. Methuen. London, 1975.
6. Wischer E. *Ibíd.* P. 169.
7. Pendi A Iyanga. *Historia de la universidad en Europa*. Universitat de Valencia. Valencia, 2000.
8. *Bula Parens Scientiarum*. Letrán. 2 de abril 1231.
9. Archivo General de Indias. *Real provisión de Carlos V*, Valladolid, 12-05-1551. Lima, 566, Lib. 6º de Oficio y parte, Fol. 382 v.
10. Ibscher Gred. *La "Bula de Pío V"*. 25-07-1571. Roma. *Anales de la Universidad Nacional de San Marcos*. 2ª época, Nº 5. Lima, 1951. Pp.: 580-614.
11. *Real Provisión de Felipe, en nombre de Carlos V*, Toro, 21-09-1551. En: León-Portilla, M (ed.). *Historia Documental de México*. Vol. 3, 4ª Ed. UNAM. México, 2013.
12. Bula de Clemente VIII, Fracasti, 7-10-1595. En: León-Portilla, M. *Historia Documental de México*. Tomo I. UNAM. México, 1964. Pp. 288-289.
13. *Real cédula de Felipe II*, Valladolid, 23-02-1558. En: Utrera, C. *Universidad de Santiago de la Paz y de Santo Tomás de Aquino y Seminario conciliar de la ciudad de Santo Domingo de la isla Española. Padres Franciscanos Capuchinos*. Santo Domingo, 1932. Pp. 35-38.
14. *Real Cédula de Carlos III*, Aranjuez, 03-05-1768. En: Hernández de Alba, G. *Analectas del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. 1653-1953*. Editorial Salazar. Rosario, 1953.
15. Alfonso IX. En: Álvarez Palenzuela, V. *Historia de España de la Edad Media*. Ed. Ariel. Barcelona, 2007.
16. Esperabé de Arteaga, E. *Historia pragmática e interna de la Universidad de Salamanca*. Tomo I. Universidad de Salamanca, 1914. P. 19.
17. *Ibíd.*, P. 20.
18. *Ibíd.*, Pp. 20 y 21 respectivamente.
19. *Ibíd.*, Pp. 21-24.
20. Rodríguez-San Pedro Bezares, L. *Ibíd.* Vol. 1. P. 28.
21. Bernabé Bartolomé Martínez y Fundación Santa María. *Historia de la educación en España y América. La educación en la Hispania antigua y medieval*. Edics. Morata SM. Madrid, 1992. P. 314.
22. Beltrán de Heredia. *Bulario de la Universidad de Salamanca*. Tomo I. Universidad de Salamanca, 1966. Pp. 10, 11 y 15 respectivamente.
23. Fuente, Vicente de la. *Historia de las universidades, colegios y demás establecimientos de enseñanza en España*. Tomo I. Imprenta de la viuda e hija de Fuentenebro. Madrid, 1884. P. 89.
24. Mellado, Francisco de Paula. *Enciclopedia moderna: diccionario universal de literatura, ciencias, artes, agricultura, industria y comercio*. Establecimiento de Mellado. Madrid, 1855.
25. Papa Pablo III. *Bula Apostolatus Culmine*. 28-10-1538. En: Joseph Maier y Richard Whitehead. *The Latin American University*. Albuquerque, 1979. Pp.: 17-64.
26. Historia general de España y América. *El descubrimiento de los reinos ultramarinos hasta fines del siglo XVI*. Tomo VII. Ediciones Rialp. Madrid, 1982.

Evolución histórica de la cirugía endoscópica nasosinusal y de base de cráneo

Aderito De Sousa*

“Cada paso de una cirugía debe realizarse bajo el ojo del cirujano”.

Harvey Cushing (1869-1939)

Profesor de Cirugía, Neurocirujano, Patólogo, escritor y dibujante.

RESUMEN

La visualización mejorada y detallada proporcionada por los endoscopios ha permitido a los otorrinolaringólogos, realizar procedimientos funcionales centrados en la enfermedad, apegados a los avances de la cirugía mínimamente invasiva moderna. La cirugía endoscópica nasosinusal utiliza la ventaja óptica del endoscopio para observar a través de las cavidades nasales, obteniendo una visión panorámica anatomía nasosinusal y las estructuras de la base del cráneo anterior, permitiendo la utilización de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, que ofrecen una recuperación postoperatoria mejorada, tiempos quirúrgicos reducidos y mejores resultados. La cirugía endoscópica nasal ha sido además de gran utilidad en abordajes quirúrgicos de enfermedades extra-nasosinuales, por lo que ha tenido el potencial de promover la integración interdisciplinaria del otorrinolaringólogo con otras especialidades quirúrgicas como Neurocirugía y Oftalmología. Como resultado, su evolución ha impulsado el rápido desarrollo de abordajes innovadores, que incluyen la cirugía de base de cráneo y abordajes orbitales transnasales.

ABSTRACT

Historical evolution of sino-nasal and skull base endoscopic surgery

Improved and detailed visualization afforded by endoscopes has allowed ENT surgeon to perform disease-focused, functional procedures, adhering to the advancements of modern minimal-invasive surgery. Endoscopic sino-nasal surgery utilizes the optical advantage of the endoscope to watch beyond nasal cavities, providing panoramic vision of the internal sino-nasal anatomy and anterior skull base structures, allowing the use of minimally invasive surgical techniques, which offer an improved postoperative recovery, reduced surgical times and better results. Endoscopic nasal surgery also has been very useful in different surgical procedures form an y extrasino nasal diseases, there foreit has had a potential of promoting interdisciplinary integration of Otorhinolaryngologist with other surgical specialties such as Neurosurgery and Ophthalmology. As a result, its evolution has prompted rapid development of innovative approaches, including advanced skull base surgery and trans nasal orbital procedures.

Recibido junio 25, 2018

Introducción

La historia del endoscopia en el campo de la Otorrinolaringología comenzó a tener raíces exclusivamente diagnósticas y mucho tiempo después comenzó a ser considerada como una maravillosa herramienta en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad obstructiva nasal e inflamatoria crónica de los senos paranasales (SPN). Su aparición en esta especialidad promovió una maravillosa transformación de su filosofía, enraizada en el conocimiento médico, el diagnóstico objetivo de las vías respiratorias altas y las nuevas técnicas de cirugía mínimamente invasiva. Curiosamente, la idea de intervención mínima no es necesariamente un fenómeno moderno. Algunos instrumentos históricos utilizados en la medicina antigua, proporcionan evidencia manifiesta que indica que muchas sociedades antiguas tenían un interés en la intervención mínima desde hace 4.600 años atrás.

También se puede interpretar que gran parte del Corpus hipocrático defiende predominantemente este enfoque minimalista, como puede inferirse de la versión moderna del antiguo edicto hipocrático "*Primum non nocere*" (Primero, no hagas daño). Hipócrates instruyó específicamente a los médicos a evitar tanto como sea posible métodos invasivos, aleccionando la doctrina de permitir que los poderes milagrosos de sanación del cuerpo tuvieran más relevancia.

Por supuesto, este enfoque fue ciertamente influenciado por el hecho de que las cirugías invasivas eran casi impensables, ya que el riesgo de mortalidad por complicaciones o infecciones eran simplemente demasiado elevadas. Sin embargo, al revisar la historia de la medicina, podemos ver que una filosofía de la medicina mínimamente invasiva ha sido una parte integral de la medicina, durante miles de años. En el siglo XVIII y hasta principios del siglo XX, los abordajes quirúrgicos de las cavidades nasosinusales y la base anterior del cráneo, se caracterizaron por las grandes incisiones y por abordajes muy agresivos. Irónicamente, esta creciente preferencia por la cirugía agresiva "clásica" probablemente adquirió mucho más relevancia por los avances científicos en asepsia y anestesia a finales del siglo XIX, que fueron sin lugar a dudas, descubrimientos que marcaron el comienzo de la era de la medicina y cirugía modernas. En ese momento, los abordajes otorrinolaringológicos agresivos se establecieron durante varias décadas, como los procedimientos formalmente aceptados de "cirugía clásica", un punto que más adelante competiría e interferiría sustancialmente con los inicios de la cirugía endoscopia nasosinusal.

El progreso de la medicina alcanzado durante la Primera Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII y mediados del siglo XIX) y la Segunda Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XIX hasta principios del siglo XX), junto con los avances paralelos en la ciencia y la tecnología, que caracterizaron esta última era industrial, engendraron un creciente sentido de infalibilidad científica. Ya avanzado el siglo XX, grandes pensadores como Einstein, Hans Otto y Max Planck revolucionaron la comprensión clásica de la ciencia al punto de llegar a cuestionar diferentes dogmas, que incluyeron los razonamientos de la física Newtoniana. Durante este tiempo de transformaciones, después de casi 200 años de convencimiento como un hecho supuestamente irrefutable, se descubrió que muchas de las observaciones empíricas de la gravedad de Newton eran significativa-mente defectuosas, como lo demostró el razonado trabajo teórico de Einstein.

Los diferentes foros y convenciones médicas tradicionales experimentaron también cambios importantes durante esa época. Los cirujanos, que desde la época Hipocrática eran reconocidos por el arte arriesgado y empírico, de practicar tratamientos quirúrgicos, evolucionaron a partir de la Edad Media (siglos V al XV) a cirujanos-barberos, para referirse a un gremio de empíricos, no médicos, desconocedores del razonamiento científico, cuyo campo de actuación se limitaba a intervenciones menores, como sangrías, extracción de piezas dentarias, curación de pequeñas heridas, drenaje de forúnculos y vendaje de úlceras. En Europa, los avances de la medicina y la cirugía durante el Renacimiento llevaron a la desaparición de las diferencias entre los médicos y los cirujanos. El despegue de las ciencias físicas, biológicas y médicas que se produjo a partir del Siglo XVII, permitió el avance definitivo de la cirugía como disciplina médica, con entidad propia y fue punto de partida para la aparición de numerosos médicos y cirujanos notables, algunos de ellos incluso, especializados en campos concretos. La figura de los cirujanos comenzó a tomar un lugar prominente en la sociedad y a ser reconocida e idealizada, como actores esperanzadores en el escenario de las incertidumbres de la vida y la muerte. Tales cambios en el estado del cirujano se reflejaron en el crecimiento de nuevas sociedades de científicas exclusivas para cirujanos. Los cirujanos comenzaron así a tomar un lugar prominente sobre los médicos que ejercían como clínicos.

Evolución hacia la cirugía mínimamente invasiva

Muchos aforismos y reflexiones que parten desde ese momento apoyaron una creciente reverencia hacia los cirujanos y a las operaciones que practicaban. Citas como "Cortar es curar", "A grandes incisiones, grandes cirujanos" y "Las heridas sanan de un lado a otro y no de arriba hacia abajo", fueron apotegmas comunes que ayudaron a reforzar la actitud predominante sobre la superioridad de los métodos quirúrgicos abiertos. Influenciado por este dogma arraigado, se desestimó la morbilidad inherente asociada con las incisiones grandes, debido principalmente a la falta de alternativas quirúrgicas. A diferencia de los estándares quirúrgicos actuales, una gran incisión era vista en aquellos tiempos como un mal necesario, necesariamente requerido para salvar la vida de un enfermo. En relación con una muerte segura, los riesgos y la morbilidad quirúrgica asociadas a una cirugía extensa, se consideraban comprensibles y aceptables, según el razonamiento y las limitaciones médicas de la época. Sin embargo, las teorías clásicas de la cirugía de grandes incisiones, serían también desafiadas progresivamente por las transformaciones conceptuales impulsadas en parte, por el floreciente campo de la tecnología endoscopia. A pesar de esto, el sistema de influencias ortodoxas y tradicionales en el campo de la cirugía, fue en sus inicios, paradójicamente poco acogedor y resistente a la idea novedosa de aceptar este instrumento, clave en el desarrollo de la cirugía de mínima invasión. En ese sentido, la otorrinolaringología no escapó a la reacción de rechazo cuando se realizaron los primeros abordajes endoscópicos quirúrgicos de los SPN. En sus inicios, la cirugía endoscópica de los SPN fue tema de acaloradas controversias con los seguidores de la llamada cirugía "clásica", sobredimensionando sus desventajas, riesgos y potenciales complicaciones.

Frente a las creencias institucionalizadas sobre la cirugía clásica, el aspecto más notable de la historia del endoscopio y sus aplicaciones diagnósticas y terapéuticas fue no solo, el notable progreso tecnológico en el desarrollo de dispositivos ópticos de mejor resolución y visión gran angular, como en la elaboración de instrumental quirúrgico de precisión, sino también al coraje y tenacidad de aquellos individuos que respaldaron el progreso que permitió derrotar la ortodoxia, vislumbrando un camino de avance que va mucho más allá del capricho por intentar cambiar las prácticas establecidas. En este sentido, los pioneros de la endoscopia fueron protagonistas de la transformación de la medicina y la cirugía, ya que pudieron reconocer el significado científico y humanístico más profundo del endoscopio, no simplemente como una "pieza de tecnología", sino como algo que significaba un avance revolucionario para la sociedad. El éxito alcanzado por la endoscopia en todas las especialidades médicas y quirúrgicas nos permite afirmar que los cuestionamientos y las objeciones sobre la endoscopia diagnóstica y operatoria, fueron disminuyendo progresivamente con el paso de los años.

En este contexto, es importante revisar la contribución del proceso de desarrollo de la endoscopia al progreso de la Otorrinolaringología, así como en el resto de las disciplinas de la medicina y la cirugía. Este recorrido histórico nos permitirá reconocer cómo las ideologías dominantes y la evolución del conocimiento científico, han sido un importante motor para el progreso de la medicina. En otras palabras, la medicina y la ciencia no han sido tan objetivas como muchos lo han afirmado. La revisión histórica entonces mantendrá vivo este importante ejercicio de revisión histórica y comprensión crítica.

Pioneros de la endoscopia

En 1804, el joven médico Philipp Bozzini (1773-1809) publicó la primera descripción de su *Lichtleiter* o "conductor de luz" en un pequeño diario de Frankfurt (1). Este dispositivo le permitió explorar la vejiga femenina, el cuello uterino y el recto, con el que además pudo examinar el canal auditivo externo, las cavidades nasales y la orofaringe. Utilizó sus nociones de física para crear este conductor de luz con el que las cavidades internas y los espacios confinados de la anatomía humana podían ser iluminadas y exploradas.

A partir de la experiencia publicada por Bozzini surgieron varios anuncios y artículos científicos realizados por otros autores (2-6). El conductor de luz (*Lichtleiter*) creado, permitió la visión directa dentro de un cuerpo vivo y había incorporado las técnicas para superar los principales desafíos de la endoscopia, tales como la iluminación, la óptica y la maniobrabilidad. El dispositivo de Bozzini consistía en una porción óptica con un dispositivo de iluminación y una parte mecánica que debía modificarse para ajustarse a la anatomía de la abertura del cuerpo respectivo.

En ese momento, Bozzini informó sobre el uso de su invención a un grupo de profesores universitarios y médicos en el instituto de Maternidad privado del profesor Ludwig Friedrich von Froriep (1779-1847) en Halle, Alemania. Después de la inspección exitosa de la vagina, von Froriep se entusiasmó con el instrumento y le pidió a Bozzini que le hiciera uno de estos instrumentos para él (1). Bozzini realizó varias demostraciones de su invención en Frankfurt y Salzburgo y su conductor de luz generó mucho interés, que generaron diversas reacciones controvertidas dentro de la comunidad científica. Por un lado, hubo muchos elogios y por otro lado las voces críticas juzgaron que su invención era impracticable, poco útil e incluso peligrosa (1).

El modelo de conductor de luz de Bozzini presentado en Frankfurt, constaba de un contenedor de luz con el dispositivo óptico y unos tubos de observación de diversos calibres que se ajustaban a los orificios de acceso anatómico de los órganos a examinar. El instrumento inicial poseía 35 cm de altura, tenía forma de un jarrón y estaba hecho de plomo hueco cubierto con cuero. Una abertura redonda en su lado frontal estaba dividida verticalmente en dos partes. En una mitad, una vela de cera se colocaba y sostenía por un soporte con resortes para que la llama estuviese siempre en la misma posición. Unos espejos cóncavos estaban colocados detrás de la vela y permitían el reflejo de la luz de la vela, a través de la mitad del tubo hacia el ojo del observador y un lente cóncavo estaba colocado en el lado hacia el conductor de luz. Los dos tubos para transporte de luz y visualización de la imagen estaban dispuestos uno al lado del otro. Esto explica por qué la abertura para el tubo ocular está ubicada de manera descentrada (más a un lado) en la pared posterior del receptáculo de luz. El canal de luz y el de visualización estaban separados en el receptáculo de luz insertando el llamado tubo de reflexión. Este permitía que la luz emitida por la fuente de luz no interfiriera con la observación de la imagen (1-7).

De acuerdo con el ancho de las cavidades a ser examinadas, es decir, el oído, las cavidades nasales, la uretra, la vejiga urinaria femenina, trayectos de disparos, etc. se usaron diferentes espéculos. Estos consistían en dos o más valvas que podrían abrirse utilizando un dispositivo de tornillo para expandir la abertura de los canales (7) (Fig. 1).



Fig 1. El *Lichtleiter* o "conductor de luz" de Bozzini, elaborados en plata, con especulos en 5 diferentes diámetros. Fue el primer ejemplo histórico de instrumento endoscópico. En la imagen se observa el conductor de luz original (Museo de la Endoscopia Nitze-Leiter, Viena).

La separación completa de los canales para el transporte de luz y observación de la imagen era necesaria en el conductor de luz de Bozzini, solo cuando se usaba el "tubo para transporte de luz angular", que permitía observar estructuras como la laringe; ya que el eje de la dirección de la luz o de observación de la imagen en la punta del instrumento se desviaba de manera angulada (7). El conductor de luz de Bozzini fue indiscutiblemente el endoscopio utilizado con más frecuencia durante el primer cuarto del siglo XIX y estuvo en uso hasta mediados del siglo XIX. Sin embargo este primer endoscopio presentaba limitaciones importantes en la profundidad de campo, calidad óptica y baja iluminación (Fig 2).

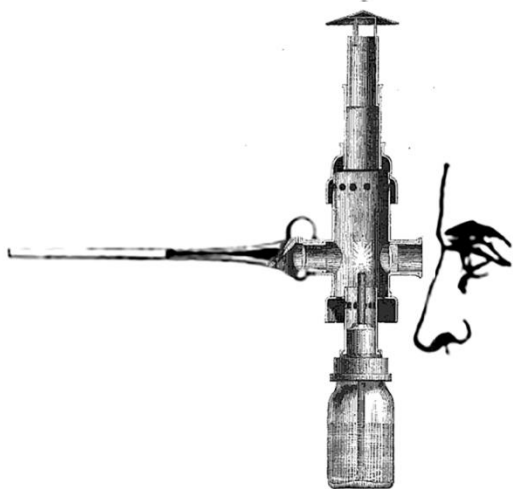


Figura 2: El endoscopio de Desormeaux se considera sucesor del conductor de Bozzini. Desormeaux utilizó una lámpara de alcohol como fuente de luz, en 1853, reflejada por un espejo cóncavo, fue utilizado como cistoscopio. Con este instrumento se pudo ver el interior de la uretra y la vejiga, así como también las cavidades nasales. Poco después, Desormeaux mejoró la fuente de luz mediante una lámpara transparente que utilizaba una mezcla de gasógeno y alcohol y generaba una luz más brillante.

Casi un siglo después, en 1901, Hirschmann (9) pudo ver el interior de un seno maxilar el seno maxilar a través de una fístula oroantral o bucosinusal, usando un pequeño cistoscopio creado por Maximilian Carl-Friedrich Nitze (6) en 1879, que fue construido en Berlín por la empresa fabricante de aparatos mecánicos, físicos, ópticos y electro-médicos de precisión *Cleiner, Gebbert & Schall*(11). El endoscopio de Nitze poseía una pequeña bombilla eléctrica en la punta del instrumento y su utilidad principalmente fue diagnóstica(Fig 3).



Fig 3. Cistoscopio creado por Nitze en 1879 que utilizaba luz eléctrica a través de una pequeña bombilla, colocada en su extremo distal y que permitía visualizar el interior de espacios anatómicos y cavidades. El pequeño bombillo estaba hecho de filamentos de platino delgados similares al inventado por Edison.

Años más tarde, el mismo Hirschman n publicó un artículo en 1903 en estudio endoscópico de cinco etmoides explorados con el dispositivo de Nitze, en el que el Cornete Medio era ampliamente eliminado, para poder identificar el sitio causal de empiema Etmoidal crónico con la consiguiente drenaje y curación después de varios ciclos de tratamiento endoscópico (10). Poco después, en 1910, Reichert (11) realiza lo que se considera como el primer procedimiento endoscópico de cirugía seno maxilar rudimentaria con un endoscopio de 7 mm de diámetro, a través de un fistula oroantral. Hirschmann y Reichert fueron considerados los iniciadores de la adopción del endoscopio en la práctica clínica en la exploración de las cavidades nasales y los SPN. Reichert publicó sus estudios sobre este tema un año antes que Hirschmann, pero este último autor analizó endoscópicamente todas las cavidades paranasales (11).

El primer cirujano que realizó formalmente un abordaje endoscópico del seno Maxilar a través del Meato Inferior fue Spielberg en 1922 y denominó este procedimiento con el nombre de "antroscoopia" (12). Tres años después, el cirujano plástico facial Maxwell Maltz, comenzó a promover el uso del endoscopio para la evaluación diagnóstica de la cavidad nasosinusal y acuñó el término "sinusocopia" como un método de visualización del seno maxilar mediante la introducción de un endoscopio a través de la fosa canina o el meato inferior (13). Este instrumento óptico fue creado por Georg Wolf (1873-1938), quien era un conocido fabricante berlinés de endoscopios flexibles y rígidos, que en 1911 diseñó el gastroscopio flexible Sussmann (14). Alrededor de la mitad del siglo XX, varios especialistas prefirieron otros dispositivos además de la endoscopia para la exploración de estas regiones anatómicas. En 1958, H. Heermann (15) realizó la descripción de una operación intranasal realizada con el apoyo de un microscopio binocular, para el drenaje y resección más precisa de las celdillas Etmoidales medias y posteriores y el seno Esfenoidal. Años mas tarde, su hijo y discípulo J. Heermann (16) describiría el abordaje del seno Maxilar a través del meato inferior (Antrostomía infraturbinal) utilizando el microscopio.

Bagatella et al. (17) enumeraron las ventajas de la visión estereoscópica del microscopio, utilizando lentes con una distancia focal de 250 o 300 mm. para la realización de Etmoidectomias ampliadas en la Poliposis Etmoidal. Estas experiencias estimularon la estrategia de integración entre el microscopio y el endoscopio como abordaje quirúrgico adecuado de las cavidades sinusales, especialmente en el caso de las celdillas Etmoidales, el seno Esfenoidal y los senos maxilares.

En 1975, Reynolds et al. (18) reportaron una técnica para el abordaje intranasal de los senos Maxilares en la que bajo visión microscópica, fresando una pequeña abertura por debajo del Cornete Inferior, a través de la cual se introduciría un endoscopio que permitiría explorar el interior del seno maxilar, para el drenaje secreciones, resección de mucosa enferma y realización de irrigaciones. La evolución inicial de la endoscopia trajo consigo el desarrollo de nuevos instrumentos quirúrgicos, mejores fuentes de luz, endoscopios flexibles y rígidos creados por Georg Wolf y años después por el físico británico Harold Horace Hopkins y el ingeniero de instrumentos alemán Karl Storz.

Los aportes de Harold Hopkins y Karl Storz, en la década de 1960, transformaron completamente el campo de la endoscopia y crearon la base para esta tecnología en el campo del diagnóstico y la cirugía endoscópica moderna. Hopkins desarrolló un sistema óptico rígido, que mejoraba drásticamente la resolución, ampliaba el campo de visión y aumenta la intensidad de la luz con respecto a endoscopios previos (19,20). La contribución de Hopkins fue quizás uno de los puntos de inflexión más importantes en el campo de la endoscopia nasosinusal, por la iluminación y la calidad óptica notablemente mejorada, que permitieron un detalle excepcional de la cavidad nasosinusal (Fig 4).



Fig 4. Harold Horace Hopkins (1918-1994). Físico británico. Reconocido por su contribución en la concepción teórica y diseño de instrumentos ópticos de diagnóstico médico y cirugía endoscópica.

El endoscopio nasal rígido de Hopkins permitió explorar las cavidades nasales aún con más detalle, con la adaptación de ópticas rígidas, visión gran angular, que proporcionaban la ampliación del campo visual con observación detallada de estructuras laterales. Sin embargo, estas ópticas presentaban inconvenientes tales como a tendencia al empañamiento de la punta de la óptica, al empaparse con sangre en un campo quirúrgico.¹⁹ Hopkins también fue el creador del desarrollado de otros inventos, como los lentes de cámara zoom y el gastroscopio de fibra óptica (20).

La concepción moderna de la cirugía endoscópica funcional de los SPN es atribuible a Walter Messerklinger de Graz, Austria, quien publicó su primer artículo sobre este tema en 1966, afirmando que las celdillas etmoidales anteriores eran la piedra angular en la etiología de la sinusitis crónica (21). A partir de ese año, Messerklinger reportó un importante estudio en el que utilizó los innovadores endoscopios diseñados por Hopkins para analizar sistemáticamente la anatomía de la pared nasal lateral y los patrones de movilización y drenaje mucociliar de los SPN (21-24). A mediados del siglo XX, Walter Messerklinger comenzó a estudiar endoscópicamente la anatomía de la pared nasal lateral y el funcionalismo mucociliar de los SPN, en la nariz de cadáveres cuyos cilios continuaron en movimiento durante 48 horas después de la muerte.

El trabajo de investigación realizado por Messerklinger se motivó en las causas que ocasionaban la morbilidad y los fracasos observados en la cirugía tradicional de los senos Maxilares por los abordajes de Caldwell-Luc, las osteoplastias del seno frontal y las dificultades técnicas para realizar la Etmoidectomía intranasal externa con frontoluz. Sus objetivos se centraron en encontrar explicaciones que pudieran mejorar los resultados de la cirugía de los SPN (24).

A partir del estudio sobre el funcionalismo y la fisiopatología de la mucosa de las vías respiratorias superiores, Messerklinger (23-26) y Stammberger (27,28), apoyados en los estudios endoscópicos realizados por Terrier et al. (29) que confirmaban la alteración histomorfológica de la mucosa en la sinusitis crónica, desarrollaron por separado una intervención paso a paso de la pared lateral de la nariz. Messerklinger y Stammberger coincidieron en afirmar que luego de comprender más la fisiopatología nasosinusal, la cirugía recomendada debía realizarse a través de la pared nasal lateral. El abordaje endoscópico quirúrgico debe inicialmente comenzar con la resección de la pared infundibular medial, la lamina lateral de una Concha Bullosa y la resección de una Bulla Etmoidal muy neumatizada. Posteriormente se debía llevar a cabo el abordaje del receso Frontal para completar la ventilación y el drenaje de todos los SPN (Fig 5).



Figura 5. Dr. Messerklinger (izq) y Dr. Heinz Stammberger (der.). Fotografía tomada en la década de 1960.

Los resultados de sus observaciones permitieron a otros autores como Proctor (30) y Drettner (31), profundizar aun mas en las investigaciones sobre el funcionalismo de la mucosa nasosinusal y la fisiopatología de la rinosinusitis crónica.

Los estudios de Messerklinger fueron una contribución significativa a la Rinología contemporánea y por lo tanto, ha sido considerado como uno de los principales impulsores de la Otorrinolaringología y la cirugía nasosinusal endoscópica moderna (21). Gracias a las exposiciones ilustradas con imágenes y películas de Messerklinger y Stammberger, proyectadas durante una reunión en Dubrovnik en 1984, David Kennedy decidió ampliar sus conocimientos sobre la cirugía endoscópica intranasal, por lo que el año siguiente en Baltimore organizó con Stammberger y Zinreich la primera curso magistral sobre "Cirugía Funcional endoscópica sinusal" (32). A partir de ese momento el acrónimo de "Cirugía Funcional Endoscópica de los Senos" (CFES) se comenzaría a utilizar comúnmente (33).

Messerklinger también fue pionero en la aplicación de la tomografía en la investigación de pacientes con sinusitis (24-26). Sus estudios originales se realizaron mediante tomografía convencional y posteriormente se ajustaron una vez que se dispuso de la tomografía computarizada (TC). El examen tomográfico de pacientes con sinusitis recurrente, particularmente en las proyecciones coronales y su correlación con la evaluación endoscópica de la pared lateral nasal, permitió a Messerklinger identificar con bastante claridad algunas variaciones y anomalías anatómicas que podrían comprometer la permeabilidad del drenaje de las celdillas Etmoidales y permitir la identificación de áreas específicas dentro del Etmoides anterior, donde se localizaba el bloqueo de este drenaje responsable del desarrollo de sinusitis (21-23).

Como resultado de sus investigaciones endoscópicas y radiológicas, Messerklinger pudo identificar ciertas variaciones anatómicas de la pared nasal lateral, cuya presencia podría predisponer a episodios recurrentes de sinusitis. Si bien estas variaciones anatómicas no eran consideradas por sí mismas como patológicas, todas ellas predisponían a comprometer la permeabilidad de las celdillas Etmoidales y aumentar la probabilidad de retención de secreciones e infección sinusal. Algunas de estas alteraciones podían identificarse directamente a través del examen endoscópico, como un Cornete Medio anormalmente ensanchado (Concha bullosa), un Cornete Medio cuya superficie medial se curvaba convexamente hacia el Meato Medio (curvatura paradójica) o un Cornete Medio lateralizado por una desviación del septum nasal superior. Otras de estas variaciones solo podían ser observadas en estudios de tomografía, como una Bulla Etmoidal aumentada de volumen, una celdilla de Ager Nasi muy neumatizada, una celdilla de Haller voluminosa (celdilla Etmoidal infraorbitaria) o la presencia de las celdillas infundibulares del receso Frontal muy neumatizadas. El examen tomográfico de pacientes con episodios recurrentes de sinusitis también revelaba con frecuencia, áreas localizadas de edema, fibrosis o tejido polipoides que bloqueaba las celdillas Etmoidales, el Infundíbulo Etmoidal y el receso frontal (21-26).

Con el progreso de la evaluación endoscópica y los estudios de radiología, se comenzaba a hacer hincapié en aspectos anatómicos del Complejo Ostio-Meatal (COM) y su posible impacto en la patogénesis de la rinosinusitis crónica. A medida que aumentó el interés en la importancia de esta región anatómica, varios cirujanos comenzaron a realizar procedimientos endoscópicos selectos. La relevancia del COM había sido propuesta por separado por Proctor (30) y Drettner (31), pero al principio no se había podido visualizar adecuadamente, a través del examen convencional rinoscópico con espéculo o mediante imágenes de radiología simple. Messerklinger detalló la anatomía y el funcionalismo de esta región, utilizando la endoscopia asociada a estudios de politomografía para alcanzar una mayor comprensión de su fisiopatología.

Debido a altas dosis de radiación involucradas en los estudios de politomografía, era necesario desarrollar nuevas técnicas de estudios radiológicos de imagen. En tal sentido, Zinreich et al. (34) idearon parámetros que proporcionaron una visualización superior de COM con TC a una dosis de radiación más baja. Después de adquirir experiencia en técnicas quirúrgicas endoscópicas, Kennedy organizó en 1985, el primer curso en cirugía endoscópica nasosinusal en el Johns Hopkins Medical Center. En medio del crecimiento de estas técnicas, siguió la publicación de varias publicaciones que delineaban la teoría, evaluación diagnóstica y técnica de CFES y el desarrollo ulterior de estudios en cadáver que demostrarían la pertinencia de esta metodología (32-35).

El desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico tomográfico, con imágenes radiológicas más detalladas del COM y el resto de la anatomía nasosinusal permitió el desarrollo de técnicas quirúrgicas endoscópicas menos agresivas, más precisas y efectivas, en el tratamiento de la rinosinusitis crónica y fue un avanzado paso en su manejo quirúrgico. Es importante destacar que la visualización de la COM con TC a dosis bajas de radiación, comenzó a desarrollarse a partir de los años 80 como resultado de una extensa observación y estudios sobre anatomía nasosinusal endoscópica que permitieron una mejor comprensión de esta anatomía y su funcionalismo (34). En medio del crecimiento de este conocimiento del cual surgirán las técnicas, se siguió la publicación de artículos de referencia que delinean la teoría, la evaluación diagnóstica y las diferentes técnicas de CFES (35).

La introducción de la CFES en el mundo de habla inglesa se vio obstaculizada por el hecho de que Messerklinger no hablaba inglés y daba sus conferencias en alemán. Su joven discípulo, Heinz Stammberger, que había pasado un año en los Estados Unidos hablaba inglés a la perfección, pero era para ese entonces desconocido en el exterior. David Kennedy, quien a finales de los 70 era residente en el Departamento de Otorrinolaringología de Johns Hopkins University en Baltimore, EE.UU., recibió el encargo de revisar lo que sería la edición en inglés del libro "Endoscopy of the Nose" publicado por Messerklinger en 1978 (24). Kennedy tomó conciencia de la importancia de esta nueva técnica y asumió el compromiso de propagar este nuevo concepto quirúrgico. Fue a través de la influencia de Heinz Stammberger y David Kennedy que la Escuela Messerklinger de diagnóstico y cirugía endoscópica se adoptó y se internacionalizó (24,36). Desde ese momento, Stammberger, Kennedy y Zinreich, y otros autores, continuaron el legado de todas las investigaciones desarrolladas por Messerklinger, produciéndose un efecto multiplicador que despertó un enorme interés en la otorrinolaringología mundial (32,35-37). Todos ellos se convertirían en protagonistas del avance científico y el progreso tecnológico de la CFES y de la base del cráneo (Fig. 6). A partir de la última década del siglo XX, se comenzaron a diseñar nuevos instrumentos y equipos para la CFES. El instrumental de precisión y las unidades de instrumentación electromecánica (*shavers*) para la eliminación de tejidos blandos durante la cirugía sinusal endoscópica, fueron algunos de los avances significativos para el cirujano sinusal endoscópista. En 1994, Setliff et al (38) fueron los primeros en informar sobre el uso de *shavers* de partes blandas en la cirugía endoscópica de los SPN.



Fig 6. Fotografía tomada en 1985 durante primer curso sobre "Cirugía sinusal endoscópica funcional", organizada por el Dr. David Kennedy, Universidad Johns Hopkins de Baltimore. De izq. a der.: James Zinreich (medico radiólogo), Walter Messerklinger (con gorra de béisbol), Heinz Stammberger (riendo) y David Kennedy haciendo una broma divertida ante la concurrencia.

Neurocirugía endoscópica endonasal

La evolución de la CFES y la neurocirugía endoscópica transnasal comparten una estrecha relación histórica, debido a las nuevas fronteras y desafíos que enfrentan los otorrinolaringólogos y los neurocirujanos a la luz de los tiempos actuales. Durante los últimos 30 años, el endoscopio se ha utilizado para el tratamiento de diversas enfermedades de los SPN y en las últimas décadas, se comenzó a utilizar en el tratamiento quirúrgico de los tumores pituitarios. Con los avances en los equipos de succión-irrigación, el endoscopio puede permanecer en el campo operatorio sin empañarse por el sangrado quirúrgico, lo que permitiría el posterior desarrollo de la cirugía endoscópica neuroquirúrgica de la base del cráneo (39,40). Uno de los principales problemas en la neurocirugía transesfenoidal en sus inicios, fue la visualización adecuada de las estructuras anatómicas (41). A medida que la cirugía transesfenoidal evolucionó, los avances técnicos han ido mejorando la visión del cirujano de este campo operatorio. En este tipo de cirugía, el microscopio quirúrgico reemplazó el frontoluz de Cushing y el retractor de espéculo iluminado de Dott y la fluoroscopia proporcionó imágenes intraoperatorias. Estos avances llevaron al concepto moderno de cirugía transesfenoidal microquirúrgica a principios de los 70 (41-45).

La colaboración entre neurocirujanos y otorrinolaringólogos condujo al desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de diversas afecciones patológicas de la base del cráneo. Aunque la historia de la cirugía de la base del cráneo está intrínsecamente relacionada con la evolución de la cirugía pituitaria, la historia de la cirugía endoscópica de la base del cráneo realmente comienza, con la capacidad de cerrar pequeños defectos en la base del cráneo a través de la nariz (46).

Los otorrinolaringólogos fueron naturalmente los primeros en utilizar el endoscopio en la cavidad nasal y la experiencia propioceptiva adquirida por ellos en el manejo quirúrgico endoscópico de las cavidades nasales para enfermedades inflamatorias desde la década de los 80, permitió el desarrollo de otros procedimientos endoscópicos, como la evaluación y el tratamiento quirúrgico de las fistulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) (46). En estos casos, el abordaje endoscópico permite el cierre completo de los defectos fistulosos con seguridad y buenos resultados, desde una perspectiva mínimamente invasiva. El uso de injertos libres y otros tipos de materiales ha permitido el cierre quirúrgico de defectos fistulosos de LCR, espontáneos, traumáticos o iatrogénicos desde la última década del siglo XX. No obstante, años atrás se habían reportado algunos antecedentes previos de la cirugía endoscópica de la base del cráneo endonasal. En 1963, Guiot (47) fue el primer neurocirujano en informar sobre la utilización del endoscopio en el abordaje transesfenoidal, aunque abandonó el procedimiento debido a la falta de visualización adecuada. No fue sino hasta finales de la década de 1970 que Apuzzo et al. (48) y Bushe et al. (49,50) por separado, reseñaron sobre el uso de la endoscopia como un complemento técnico en la resección microscópica de las lesiones de la hipófisis con extensión extrasellar. Liston et al. (51) y Games et al. (52) también informaron por separado sobre el uso de la endoscopia en la microcirugía transesfenoidal como un complemento técnico.

A principios de la década de los 90, se introdujo la técnica transesfenoidal endoscópica como única herramienta de visualización, gracias a la colaboración entre otorrinolaringólogos y neurocirujanos. En 1992, Jankowski et al. (53) informaron su experiencia con tres casos operados en el Hospital Central de la Universidad de Nancy, Francia, en el que utilizaron exclusivamente un abordaje transesfenoidal endoscópico de la silla turca para la resección de adenomas hipofisarios (Fig. 7).



Fig 7. El Dr. Roger Jankowski, de la Universidad de Lorraine (Nancy, Francia), con apoyo del Departamento de Neurocirugía, informó la primera experiencia sobre abordaje transesfenoidal endoscópico de la silla turca, para eliminación de adenomas hipofisarios, enfatizando la habilidad de Otolaringoendoscopistas.

Sethi y Pillay (54), un otorrinolaringólogo y un neurocirujano respectivamente, del Hospital General de Singapur, informaron en 1995 sobre el uso de una técnica trans-esfenoidal endonasal endoscópica en 40 pacientes. Utilizaron un abordaje trans-nasal trans-septal con una incisión de hemitransfixión en el septum nasal, para crear un colgajo mucopericondrial bilateral que se mantuvo separado con el uso de un retractor estático. En el procedimiento descrito por estos autores el tabique nasal cartilaginoso y óseo fue extirpado en su totalidad. En 1996, Rodziewicz et al. (55) informaron una técnica similar, sin remoción del septum nasal, en 10 pacientes. Técnicas parecidas a las reportadas con anterioridad, fueron publicadas en todo el mundo por otros autores (55-60).

El trabajo desarrollado en el Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh por Carrau y Jho (61-64), un otorrinolaringólogo y un neurocirujano respectivamente, ha sido ampliamente reconocido, considerándolos importantes precursores en el manejo interdisciplinario del abordaje endoscópico exclusivo de los adenomas hipofisarios. Ambos autores han vivido la historia de la cirugía de la base del cráneo endonasal en diferentes etapas de su desarrollo, porque comenzaron a utilizar el endoscopio como un complemento de la técnica microscópica y luego pasaron al uso exclusivamente de la técnica endoscópica (63). En 1997, reportaron su experiencia en 50 pacientes que fueron tratados únicamente con el abordaje endoscópico (64) (Fig 8).

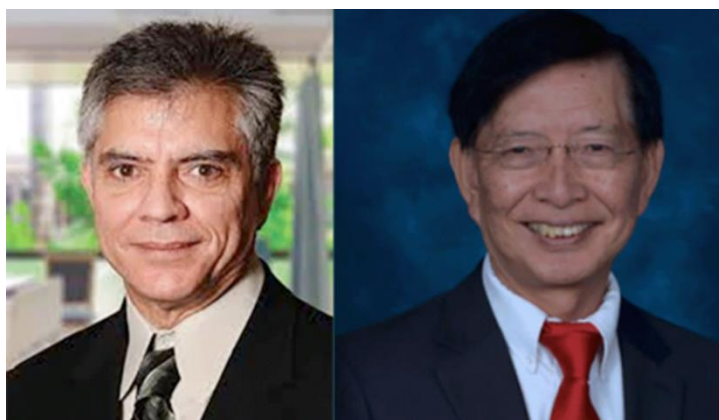


Fig 8. Los doctores Ricardo Carrau (izq.) y Hae Dong Jho (der.), otorrinolaringólogo y neurocirujano respectivamente, formaron un equipo interdisciplinario de cirugía endoscópica de base del cráneo, en el centro médico de la Universidad de Pittsburgh.

La contribución de Paolo Cappabianca y Enrico de Divitiis, en Nápoles, no puede tampoco subestimarse porque ellos desarrollaron diversos instrumentos especiales para la cirugía endoscópica de la base del cráneo y sugirieron mejoras técnicas, contribuyendo significativamente al progreso y evaluación crítica de la técnica (65,66). Ambos autores fueron los primeros en informar sobre su experiencia con el uso de la técnica endoscópica exclusiva, al introducir el término "Cirugía Funcional Endoscópica de la Hipófisis" (CFEH) (67). Varias publicaciones similares han sido reseñadas por diversos autores en esta materia, en diferentes lugares del mundo (68-70). Más recientemente, gracias a la introducción de otros complementos técnicos como la neuronavegación y la ecografía *doppler* microvascular, la cirugía trans-esfenoidal endoscópica se ha ampliado en el tratamiento de lesiones fuera de la silla turca, introduciendo el concepto de "abordajes extendidos de la base del cráneo (71-75).

Giorgio Frank y Ernesto Pasquini, un neurocirujano y un otorrinolaringólogo respectivamente, en Bolonia, desarrollaron el abordaje endoscópico Etmoidal-Pterigoideo-Esfenoidal para el tratamiento de lesiones del seno cavernoso (76). También reseñaron la técnica endoscópica exclusiva para la resección de lesiones Supraselares, realizando un abordaje Esfenoidal extendido transplanum, como lo describió inicialmente Weiss (77) en 1987 y años después por separado, Laws et al. (78) y Maira (79). En la descripción realizada en 1980 por Laws et al. (78) de este abordaje endoscópico, se incluía la extracción inicial del tuberculum sellar, parte posterior del Planum esfenoidal y la apertura del diafragma sellar, para facilitar el acceso al espacio subaracnoideo supraselar, en el tratamiento de Craneofaringiomas supraselares. En 2005, Kassam et al. (81) en el Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh, siguiendo el ejemplo de Kaptain (74) y Maroon (43), reportaron el uso de la técnica endoscópica endonasal para el tratamiento de patologías de base del cráneo, ampliando el concepto de cirugía trans-esfenoidal endoscópica.

Conclusiones

A partir de principios del siglo XX, la cirugía endoscópica sinusal ha ganado popularidad en todo el mundo y ha logrado un desarrollo importante para obtener resultados asombrosos. La cirugía de los senos evolucionó desde los procedimientos quirúrgicos abiertos centrados en la extracción de la mucosa como objetivo final, hasta los procedimientos endoscópicos funcionales utilizando instrumentación de vanguardia, cámaras de alta definición y navegación quirúrgica estereotáxica intraoperatoria. Los cirujanos otorrinolaringólogos han venido utilizando el endoscopio en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de varias enfermedades durante más de 30 años. En la década de los 90, varios neurocirujanos influyentes y cirujanos otorrinolaringológicos comenzaron a realizar de manera interdisciplinaria la cirugía endonasal endoscópica de la base del cráneo, que incluía la resección de adenomas pituitaria.

En la actualidad la neurocirugía endoscópica trans-nasal se extiende más allá de la silla turca. El trabajo interdisciplinario entre otorrinolaringólogos y neurocirujanos ha producido una nueva subespecialidad quirúrgica: La Cirugía Endoscópica de la Base del Cráneo. El desarrollo de esta disciplina emergente, ha llevado al desarrollo de abordajes más asombrosos como la cirugía extendida de la base del cráneo, que ha permitido la exposición endoscópica de áreas confinadas y de difícil acceso, que son inaccesibles por las técnicas de cirugía convencional.

Referencias

1. Bozzini P. Lichtleiter, eine Erfindung zur Anschauung innerer Theile und Krankheiten nebst der Abbildung. *Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst*. 1806;24:107-24.
2. Fisher JD. Instruments for illuminating dark cavities. *Phil J Med Phys Sci*. 1827;14:409.
3. Segalas PR. Un moyend'eclairer 'uretre et la vessie de maniere a voidans l'interieur de ces organs. *Revue Medicale Francaise et de L'etrangere*. 1827;1:157-8. 30.
4. Desmoreaux AJ. The endoscope and its application to the diagnosis and treatment of affections of the genitourinary passages. *Chicago Medizinhist J*. 1867;24:177-94. 33.
5. Wales PS. Instrumental diagnosis. *Med Surg Rep*. 1868;18(18):377-81.
6. Nitze M. Eineneue Beleuchtungs und Untersuchungs method fur Harnrohre, Harnblase, und Rektum. *Wiener Med Wochen*. 1879;24:649.
7. Reuter M. Philipp Bozzini (1773-1809). *Der Urologe* 2006;45:1084-91
8. Figdor PP. The Development of Endoscopy in the 19th century. Tuttingen. 2004;129.
9. Hirschmann A. Über Endoskopie der Nase und der Nebenhöhlen. *Arch Laryngol Rhinol*. 1903;14:194.
10. Hirschmann A. Über Endoskopie der Nase und der Nebenhöhlen. *Arch Laryngol Rhinol*. 1903;14:194.
11. Reichert M. Über eine neue Untersuchungsmethode del Oberkieferhöhle mittels des Antroskops. *Berl Klin Wochenschr*. 1902;39: 401-78.
12. Spielberg W. Antroscopy of the maxillary sinus. *Laryngoscope* 1922; 32:441. Jacobs JB: 100 years of frontal sinus surgery. *Laryngoscope*. 1997;107:1-36.
13. Maltz M. New instrument: the sinusoscope. *Laryngoscope* 1925;35:805-11.
14. Edmonson JM. History of the instruments for gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1991;37(2 Suppl)27-56.
15. Heermann H. Über endonasale Chirurgie unter Verwendung des binocularen Mikroskopes. *Arch Ohr Nas Kehlkopfheilk* 1958;171:295.
16. Heermann J. Endonasal microsurgery of the maxillary sinus. *Laryngo-Rhino-Otol* 1974;53:938-42.
17. Bagatella F, Mazzoni A. Transnasal microsurgical ethmoidectomy in nasal polyposis. *Rhinology* 1980;18(1):25-9.
18. Reynolds W, Brandow EC. Recent advances in microsurgery of the maxillary antrum. *Acta Otolaryngol* 1975;80(1-2):161-6.
19. Jennings CR. Harold Hopkins. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;124:1042.
20. Morgenstern L. Harold Hopkins (1918-1995): "Let There Be Light..." *Surgical Innovation* 2004;11:4291-2.
21. Messerklinger W. Über die Drainage der menschlichen Nebenhöhlen unter normalen und pathologischen Bedingungen. 1. Mitteilung. *Monatsschr Ohrenheilkd Laryngol Rhinol* 1966;101:56-68
22. Messerklinger W. Endoscopy technique of the middle nasal meatus. *Arch Otorhinolaryngol*. 1978;221:297-305.
23. Messerklinger W. Das Infundibulum ethmoidale und seine entzündlichen Erkrankungen. *Arch Otorhinolaryngol* 1979;222:11-22.
24. Messerklinger W. Endoscopy of the nose. Baltimore. Urban & Schwarzenberg: 1978;1-18.
25. Messerklinger W. Background and Evolution of Endoscopic Sinus Surgery. *ENT Journal* 1994;73(7):449-50.

26. Messerklinger W. Ueber den Recessus frontalis und seine Klinik. *Laryngol Rhinol Otol* 1982;61:217-23
27. Stammberger H, Posawetz W. Functional endoscopic sinus surgery: concepts, indications and results of the Messerklinger technique. *Eur Arch Otorrhinolaryngol* 1990;240:63-76.
28. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique. Philadelphia: B.C. Decker: 1991;1-278.
29. Terrier G, Baumann RP, Pidoux JM. Endoscopic and histopathologic observations of chronic maxillary sinusitis. *Rhinology* 1976;14:129-32.
30. Proctor DF. Nasal mucous transport and our ambient air. *Laryngoscope*. 1983;93(1):58-62.
31. Drettner B. The role of the nose in the functional unit of the respiratory system. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.* 1980;101(9-10):407-453.
32. Kennedy DW, Zinreich SJ, Rosenbaum AE, Johns ME. Functional Endoscopic Sinus Surgery: Theory and diagnostic evaluation. *Arch Otolaryngol* 1985;111:576-82.
33. Kennedy DW. Functional Endoscopic Sinus Surgery: technique. *Arch Otolaryngol* 1985;111:643-9.
34. Zinreich SJ, Kennedy DW, Rosenbaum AE, Gayler BW, Kumar AJ, Stammberger H: Paranasal sinuses: CT imaging requirements for endoscopic surgery. *Radiology*. 1987;163:769-75.
35. Kennedy DW, Zinreich SJ, Rosenbaum AE, Johns ME. Functional endoscopic sinus surgery. Theory and diagnostic evaluation. *Arch Otolaryngol*. 1985;111:576-82.
36. Cohen NA, Kennedy DW. Endoscopic sinus surgery: where we are-and where we're going. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;13:32-8.
37. Kane KJ. The early history and development of endoscopic sinonasal surgery in Australia: 1985–2005. *Aust J Otolaryngol* 2018;1:7.
38. Setliff RC, Parsons DS. The Hummer: New instrumentation for functional endoscopic sinus surgery. *Am J Rhinol* 1994;8:275-8.
39. Wigand ME. Transnasal ethmoidectomy under endoscopical control. *Rhinology* 1981;19:7-15.
40. Wigand ME. A suction irrigation endoscope for surgery of the sinuses and skull base. *HNO*. 1981;29:102-3.
41. Cushing H. The Pituitary Body and its Disorders, Clinical States Produced by Disorders of the Hypophysis Cerebri. Philadelphia & London: JB Lippincott. 1912;194.
42. Hardy J. Surgery of the pituitary gland, using the trans-sphenoidal approach. Comparative study of 2 technical methods. *Union Med Can* 1967;96:702-12.
43. Maroon JC. Skull base surgery: past, present, and future trends. *Neurosurg Focus* 2005;19(1):E1.
44. Kennedy DW. Technical innovations and the evolution of endoscopic sinus surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 2006;196:3-12.
45. Prevedello DM, Doglietto F, Jane JA Jr, Jagannathan J, Han J, Laws ER. History of endoscopic skull base surgery: its evolution and current reality. *J Neurosurg* 2007;107(1):206-13.
46. Banks CA, Palmer JN, Chiu AG, O'Malley BW Jr, Woodworth BA, Kennedy DW. Endoscopic closure of CSF rhinorrhea: 193 cases over 21 years. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;140(6):826-33.
47. Krisht KM, Sorour M, Cote M, Hardy J, Couldwell WT. Marching beyond the sella: Gerard Guiot and his contributions to neurosurgery. *Journal of Neurosurgery*. 2015;122(2):464-72

48. Apuzzo ML, Heifetz MD, Weiss MH, Kurse T. Neurosurgical endoscopy using the side-viewing telescope. *J Neurosurg* 1977;46:398-400.
49. Bushe KA, Halves E. Modified technique in transsphenoidal operations of pituitary adenomas. Technical note. *Acta Neurochir*. 1978;41:163-75.
50. Halves E, Bushe KA. Transsphenoidal operation on craniopharyngiomas with extrasellar extensions. The advantage of the operating endoscope [proceedings]. *Acta Neurochir Suppl*. 1979;28:362.
51. Liston SL, Siegel LG, Thienprasit P, Gregory R. Nasal endoscopes in hypophysectomy. *J Neurosurg*. 1987;66:155.
52. Gamea A, Fathi M, el-Guindy A. The use of the rigid endoscope in trans-sphenoidal pituitary surgery. *J Laryngol Otol*. 1994;108:19-22
53. Jankowski RD, Auque J, Simon C, Marchal JC, Hepner H, Wayoff M. Endoscopic pituitary tumor surgery. *Laryngoscope*. 1992;102:198-202.
54. Sethi DS, Pillay PK. Endoscopic management of lesions of the sella turcica. *J Laryngol Otol*. 1995;109:956-62.
55. Rodziewicz GS, Kelley RT, Kellman RM, Smith MV. Transnasal endoscopic surgery of the pituitary gland: technical note. *Neurosurgery*. 1996;39:189-93.
56. Aust MR, McCaffrey TV, Atkinson J. Transnasal endoscopic approach to the sella turcica. *Am J Rhinol* 1998;12:283-7.
57. Heilman CB, Shucart WA, Rebeiz EE. Endoscopic sphenoidotomy approach to the sella. *Neurosurgery*. 1997;41:602-7
58. Moreland DB, Diaz-Ordaz E, Czajka GA, Zuger CM. Endoscopic resection of pituitary lesions through the nostril. *Semin Perioper Nurs*. 1998;7:193-9
59. Shikani AH, Kelly JH. Endoscopic debulking of a pituitary tumor. *Am J Otolaryngol*. 1993;14:254-6.
60. Wurster CF, Smith DE. The endoscopic approach to the pituitary gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994;120:674.
61. Carrau RL, Jho HD, Ko Y. Transnasal-transsphenoidal endoscopic surgery of the pituitary gland. *Laryngoscope* 1996;106:914-8.
62. Jho HD, Carrau RL, Ko Y. Endoscopic pituitary surgery. In: Wilkins RH, Rengachary SS (Eds). *Neurosurgical operative atlas*. Baltimore: Williams&Wilkins 1996;5:1-12.
63. Jho HD, Alfieri A. Endoscopic endonasal pituitary surgery: evolution of surgical technique and equipment in 150 operations. *Minim Invasive Neurosurg*. 2001;44:1-12.
64. Jho HD, Carrau RL. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery: experience with 50 patients. *J Neurosurg*. 1997;87:44-51.
65. Cappabianca P, Alfieri A, de Divitiis E. Endoscopic endonasal transsphenoidal approach to the sella: Towards functional endoscopic pituitary surgery (FEPS). *Minim Invasive Neurosurg*. 1998;41:66-73.
66. Cappabianca P, Alfieri A, Thermes S, Buonamassa S, de Divitiis E. Instruments for endoscopic endonasal transsphenoidal surgery. *Neurosurgery*. 1999;45:392-96.
67. Cappabianca P, Alfieri A, Colao A, Cavallo LM, Fusco M, Peca C, Lombardi G, de Divitiis E. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery in recurrent and residual pituitary adenomas: technical note. *Minim Invasive Neurosurg*. 2000;43:38-43.
68. Ogawa, Matsumoto K, Nakashima T, Okano M, Ono Y, Fukushima K, Yuuen K, Akagi H, Nishizaki K. Hypophysis surgery with or without endoscopy. *Auris Nasus Larynx*. 2001;28:143-9.

69. Shen CC, Wang YC, Hua WS, Chang CS, Sun MH. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery for pituitary tumors. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2000;63:301-10.
70. Locatelli D, Castelnovo P, Santi L, Cerniglia M, Maghnie M, Infuso L. Endoscopic approaches to the cranial base: perspectives and realities. *Childs Nerv Syst*. 2000;16:686-91.
71. Stamm AC, Pignatari S, Sebusiani BB, Galati M, Mitsuda S, Haetinger RG. Image-guided endoscopic sinus and skull base surgery. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002;68:502-9.
72. Cappabianca P, Frank G, Pasquini E, de Divitiis O, Calbucci F. Extended endoscopic endonasal transsphenoidal approaches to the suprasellar region, planum sphenoidale and clivus, in de Divitiis E, Cappabianca P (eds). *Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery*. Wien: Springer-Verlag, 2003;176-87.
73. Cappabianca P, Cavallo LM, Valente V, Romano I, D'Enza AI, Esposito F, de Divitiis E. Sellar repair with fibrin sealant and collagen fleece after endoscopic endonasal transsphenoidal surgery. *Surg Neurol*. 2004;62:227-33.
74. Kaptain GJ, Vincent DA, Sheehan JP, Laws ER. Transsphenoidal approaches for the extracapsular resection of midline suprasellar and anterior cranial base lesions. *Neurosurgery* 2001;49: 94-101.
75. Jho HD, Ha HG. Endoscopic endonasal skull base surgery: Part 3—the clivus and posterior fossa. *Minim Invasive Neurosurg*. 2004;47:16-23.
76. Frank G, Pasquini E. Approach to the cavernous sinus, in de Divitiis E, Cappabianca P (eds): *Endoscopic Endonasal Transsphenoidal Surgery*. Wien: Springer-Verlag, 2003;159-75
77. Weiss MH. Transnasal transsphenoidal approach, in Apuzzo MLJ (ed): *Surgery of the Third Ventricle*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987;476-94.
78. Laws ER. Transsphenoidal microsurgery in the management of craniopharyngioma. *J Neurosurg*. 1980;52:661-6.
79. Maira G, Anile C, Albanese A, Cabezas D, Pardi F, Vignati A. The role of transsphenoidal surgery in the treatment of craniopharyngiomas. *J Neurosurg*. 2004;100:445-51.
80. Laws ER, Kanter AS, Jane JA Jr, Dumont AS. Extended transsphenoidal approach. *J Neurosurg*. 2005;102:825-28.
81. Kassam AB, Snyderman C, Gardner P, Carrau R, Spiro R. The expanded endonasal approach: a fully endoscopic transnasal approach and resection of the odontoid process: technical case report. *Neurosurgery*. 2005;57(1):E213.

Reseña histórica de la Oncología en Venezuela

Gonzalo Rafael Barrios Lugo*

*Cirujano General y Cirujano Oncólogo. Individuo de Número. Sillón XXIX SVHM.

RESUMEN

Recuento histórico de los inicios de la Oncología en Venezuela, tomando en cuenta los aportes de los Dres. Luis Razetti, Domingo Luciani, Jorge González Celis, Hermógenes Rivero y Manuel Corachán García. La inauguración del Hospital Oncológico Luis Razetti, en 1936, así como, el Hospital Oncológico Padre Machado, en 1959, marcan un hito en la lucha anticancerosa en Venezuela. La creación de la Sociedad Venezolana de Oncología en 1954, con médicos, que en Venezuela se dedicaron al diagnóstico y tratamiento del cáncer, agrupados en una sociedad. Se enumeran los presidentes de esta, desde su fundación hasta nuestros días.

PALABRAS CLAVE: Oncología venezolana. Historia de la Oncología. Cáncer. Hospital Oncológico "Luis Razetti". Hospital Oncológico "Padre Machado". Sociedad Venezolana Oncología.

ABSTRACT

Historical review of Oncology in Venezuela

Historical account of the beginnings of Oncology in our country, taking into account the contributions of the Drs. Luis Razetti, Domingo Luciani, Hermógenes Rivero, Jorge González Celis Rivero and Manuel Corachán García. The inauguration of the Luis Razetti Oncological Hospital in 1936, as well as the inauguration of the Padre Machado Oncology Hospital, in 1950, marked a milestone in combating cancer in our country. The foundation of the Venezuelan Society of Oncology in 1954, allowed the interaction of those physicians that, in Venezuela, carried out diagnostics and treatment cancer. We list the physicians who have presided over this society since its Foundation until our days.

KEYS WORDS: Venezuelan Oncology. Oncology History. Cancer. "Luis Razetti" Oncological Hospital. "Padre Machado" Oncological Hospital. Venezuelan Society of Oncology.

Email: gonzalobarrios54@gmail.com. Recibido Julio 4, 2018

Introducción

Hablar del desarrollo de la Oncología en nuestro país, es hablar del inicio de la modernización de los estudios médicos a principios del Siglo XX y para comprender esta etapa, tenemos que referirnos al Dr. Luis Razetti (1862-1932) y a otros médicos que después de él, se dedicaron al tratamiento del cáncer, como: Domingo Luciani (1886-1979), Jorge González Celis (1906-1994); Hermógenes Rivero (1907-1977) y Manuel Corachán García (1881-1942), quienes establecieron conceptos quirúrgicos y oncológicos novedosos hasta mediados del siglo pasado (1). La segunda etapa del desarrollo de la Oncología en Venezuela, se relaciona con la creación del Instituto Oncológico Luis Razetti y la Dirección de Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con la figura del Dr. Bernardo Guzmán Blanco, como eje central de la actualización de la atención anticancerosa (2) y como motor para la creación de la Sociedad Venezolana de Oncología en 1954, quien junto a un grupo de valiosos médicos que aportaron sus conocimientos, para mantener desde hace 63 años la vigencia de dicha Sociedad (3,4). En esta etapa, debemos recordar también la creación de la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, en 1948, con un grupo de médicos venezolanos y empresarios locales, que llevan a la fundación del Hospital Oncológico Padre Machado en 1959 (5). Posteriormente nos referimos a la creación de la Sociedad Venezolana de oncología, hace 63 años, entre grandes polémicas pues aun no existía la oncología, como especialidad médica y describimos la evolución de esta Sociedad hasta nuestros días (6).

LUIS RAZETTI. Nace en Caracas en 1862, se gradúa como médico en 1884 y se dirige al occidente del país (Quíbor, Yaritagua y Barquisimeto) para ejercer allí durante 5 años. En 1888 en el Colegio Federal de Primera Categoría de Barquisimeto, inicia su carrera como docente, en la Cátedra de Higiene Pública y Privada. En 1889, viaja a Francia, como Cónsul en Marsella, nombrado por el presidente Juan Pablo Rojas Paul y un año más tarde, se le asigna una beca para estudios de Postgrado en París, bajo la supervisión de los cirujanos Le Dentu y Louis Farabeuf. En 1882 retorna a Caracas y junto con el Dr. Francisco Rísquez funda la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas, crea y dirige la Gaceta Médica de Caracas, cuyo primer número aparece el 15 de abril de 1893, publicación que dirige hasta 1924.

En 1883 le asignan la Catedra de Medicina Operatoria y Obstetricia, hasta 1896 cuando lo reemplaza el Dr. David Lobo. En 1886 recomienda la creación de las Cátedras de Anatomía Patológica, Clínica Quirúrgica y Clínica Obstétrica con los Dres. Santos Dominici, Pablo Acosta Ortiz y Miguel Ruiz, designados para ocupar dichas cátedras. A los 35 años de edad, se casa con Luisa Amelia Díaz Guardia, con quien no tendrá descendencia en sus treinta y cinco años de matrimonio. En 1904, crea la Academia Nacional de Medicina, a partir de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas y ejercerá hasta 1924 la Secretaria de esta. En 1908, es designado como Rector de la Universidad Central de Venezuela, por poco tiempo, pues al llegar Juan Vicente Gómez al poder, designa al Dr. Elías Toro como Rector. En una oportunidad, escribió: *“Soy cirujano por natural inclinación de mi carácter, que se adapta mejor a la lucha que a la pasividad, y porque en la práctica de este hermoso y brillante arte, veo con más evidencia la batalla empeñada con la enfermedad y puedo apreciar más de cerca la emoción del triunfo o el sinsabor de la derrota”* (1, 7).



Figura 1. Dr. Luis Razetti

En 1914, muere Pablo Acosta Ortiz y Razetti lo reemplaza al frente del Servicio de Cirugía, en 1915 la Universidad como Profesor Jefe de la Catedra de Clínica Quirúrgica. Para 1914, realiza la primera Laringectomía total y probablemente la primera Mastectomía Radical, en nuestro país (1,7,8). El 30 de mayo de 1918, ante la Academia Nacional de Medicina, presenta el Código de Moral Medica, realizado diez años antes y acogido en el Congreso Medico Latinoamericano de La Habana, como Norma Deontológica para toda América Latina (1). En 1923 en la misma academia, realiza una disertación histórica sobre las bases racionales del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y presenta ante la concurrencia a una paciente tratada por este mal e intervenida por él, en el Hospital Vargas (9).

En 1928 publica su libro, *Moral Medica*, adaptado y modificado en 1949 por la Federación Médica Venezolana, a nuestros tiempos y acogido como norma en toda la nación. El 14 de mayo de 1932, fallece en su domicilio por una afección cardíaca aguda y en 1981 bajo la presidencia de Luis Herrera Campins, sus restos mortales son llevados al Panteón Nacional (1,7) (Fig. 1).

DOMINGO LUCIANI. Nace en Maracaibo en 1886, hijo de padres italianos. Se gradúa de médico cirujano en la Universidad Central de Venezuela y debido a una epidemia de peste bubónica, comienza a trabajar junto al Dr. José Gregorio Hernández, en Caracas. A los 27 años decide viajar a París e iniciar en esa ciudad postgrado de Cirugía bajo la supervisión de Jean Louis Faure y Eugen Doyen. Regresa a Caracas en 1917 e inicia sus labores en el Hospital Vargas, en 1922 se incorpora a la Academia Nacional de Medicina con el trabajo "Acerca de la trombosis arterial traumática". Trabajó por más de 40 años en el Hospital Vargas, sucede al Dr. Luis Razetti en la Jefatura del Servicio de Cirugía y fue el primer presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía. En 1932 publica en la *Gaceta Medica de Caracas*, su trabajo "El cáncer de seno". Forma al Dr. Jorge González Celis, a quien considero un hijo espiritual. Su vida fue ejemplo de rectitud, honestidad y dedicación. Muere en 1979 a la edad 93 años (8,10)(Fig. 2).
Figura 2. Dr. Domingo Luciani (1886 – 1979)

JORGE GONZÁLEZ CELIS. Nace en Caracas en 1906 e inicia sus estudios médicos en la Universidad Central de Venezuela, pero debido al cierre de esta, en 1928, viaja a Francia donde cursa los tres últimos años de su carrera. Su tesis en la Universidad La Sorbona, de París, se titula "Quistes congénitos de la rodilla". Inicia en Francia su perfeccionamiento en Cirugía, Ginecología y Urología. En 1933 regresa a Caracas y se incorpora al Servicio de Cirugía del Hospital Vargas, junto a su maestro Domingo Luciani. En 1936 inicia su trabajo docente en la Universidad, hasta 1966, fecha de su jubilación. Fue considerado un experto en la patología benigna y maligna de la mama y exigía de sus alumnos "asepsia rigurosa, conocimientos anatómicos precisos, manejo cuidadoso de los tejidos, hemostasia perfecta y reconstrucción por planos". Decano de la Facultad de Medicina entre 1953 y 1956. En 1949 ingresa a la Academia Nacional de Medicina, con su trabajo "La esofagoplastia transtorácica. Contribución al estudio de las estenosis cicatriciales del esófago" Muere en Caracas en 1994 (8-11) (Fig. 3).



Fig 3. Dr. Jorge González Celis (1906-1994)

HERMOGENES RIVERO. Nacido en Puerto Rico, en 1907, de padres venezolanos en el exilio. Obtiene su título de médico en la Universidad de Columbia, Estados Unidos, en 1920. Realiza Internado y Residencia Medica en el Policlinic Hospital de Nueva York, regresa a Venezuela en 1934 y revalida su título en la Universidad Central de Venezuela. Cambia el concepto de los cuidados pre y postoperatorios, introduce la hidratación parenteral y realiza en el Hospital Vargas operaciones de gran envergadura. Introduce los internados y residencias de postgrado e instala en los hospitales donde trabaja las Reuniones Anatómicas. Es el primer cirujano, en realizar a nivel mundial, una exenteración pélvica en 1948. Impone las normas de asepsia y antisepsia, tal y como las conocemos hoy. En 1941 es Director del Hospital Vargas y en 1958 es el primer Jefe del Servicio de Cirugía 3 del Hospital Universitario de Caracas. Fue Jefe de Ginecología del Instituto Oncológico Luis Razetti y pionero en la lucha contra el cáncer ginecológico. Muere en Caracas en 1977 (8, 12,13) (Fig. 4).



Figura 4. Dr. Hermógenes Rivero (1907-1977)

MANUEL CORACHAN GARCIA. Nacido en Villa de Chiva, Provincia de Valencia, España en 1881, celebre cirujano español, que se graduó de médico en la Universidad de Barcelona en 1925 e inicia en ese año su carrera quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital San Pablo de la ciudad de Barcelona. Llega a Caracas en 1937 y crea el Instituto de Cirugía Experimental junto a Ricardo Baquero y a Fernando Rubén Coronil. Revalida su título en la Universidad Central de Venezuela en 1938. Trabajo en el Hospital Vargas de Caracas y es nombrado Jefe de Cirugía del Instituto Anticanceroso Luis Razetti, donde inicia actividades quirúrgicas junto a Hermógenes Rivero y Jorge González Celis. Se le recuerda como un profesional competente y prudente, testigo de esto sus discípulos Ricardo Baquero, Fernando Rubén Coronil y José Rojas Contreras. Poco después de regresar a su país natal, en 1941, se contagia en una operación con tifus exantémico y muere a los pocos días. (8,14) (Fig. 5)



Figura. 5. Dr. Manuel Corachán (1881-1941)

EL INSTITUTO ONCOLOGICO LUIS RAZETTI

En octubre de 1929 se funda el Laboratorio de Fisioterapia y Radiumterapia en la Avenida San Martín de Caracas y el entonces Ministro de Sanidad, Dr. Henrique Toledo Trujillo, llama al Dr. Pedro González Rincones, para organizar el tratamiento con radiaciones en enfermedades cancerosas, posteriormente el Gobierno Nacional envía al Dr. Tomas Landaeta Sojo a Estados Unidos a entrenarse en tratamiento con Radiumterapia. A su llegada y por decisión del Dr. Enrique Tejera, entonces Ministro de Sanidad, en 1936 se funda el Instituto Anticanceroso Luis Razetti, en una casa de dos plantas, ubicada en la Avenida San Martín. (15) Se dota con 60 camas de hospitalización y se designa al Dr. Landaeta Sojo, como su primer Director, El Dr. Manuel Corachán García es designado Asesor Quirúrgico, con los Dres. Hermógenes Rivero y Jorge González Celis como adjuntos.

En 1946 el Dr. Edmundo Fernández, entonces Ministro de Sanidad, crea la División de Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y designa como Jefe de División al Dr. Bernardo Guzmán Blanco, quien venía de realizar un entrenamiento en el Memorial Hospital from Cancer de Nueva York, bajo la tutela del Dr. Hayes Martin. Este nombramiento, causa conmoción en el personal del Hospital Anticanceroso y hay una renuncia masiva del personal médico, quedando solo los Dres. Hermógenes Rivero y Alberto Rivero. Esta situación de renuncia colectiva colapsa el Instituto y el Dr. Bernardo Guzmán Blanco llena estas vacantes, con médicos de su promoción con postgrados obtenidos en Estados Unidos y así : Aquiles Erminy Russian, Luis Rodríguez Díaz, José Ramon Zerpa Morales, Víctor Brito Alfonso, Cesar Rodríguez, Alberto Feo, Francisco Scannone, Pascual Scannone, Domingo Lucca Romero, Margarita Gyorfí, Miguel Ruiz Guía y Victorino Márquez Reveron ingresan a formar parte del Instituto oncológico Luis Razetti (16).



Figura 6. Oncológico Luis Razetti.

En 1946 se inicia el postgrado de Cirugía Oncológica y los Dres. Fritz Petersen, Armando Márquez Reveron y José Antonio Ravelo Celis, son los primeros médicos en egresar de este postgrado (17). En 1955 debido a la construcción de una nueva Avenida San Martín, el hospital es reubicado en forma transitoria, en un ala del Hospital Herrera Vegas del Complejo Hospitalario El Algodonal y en 1956 el Ministro de Sanidad, Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro, lo traslada también en forma provisional a un edificio inaugurado en 1938 y diseñado por el arquitecto Luis Eduardo Chataing, para ser sede de la Escuela Nacional de Enfermería, en Cotiza. Edificio donde aún funciona el Instituto (Fig. 6).

En 1947 el Hospital Oncológico Luis Razetti, contaba con los Dres. Tomas Landaeta (Jefe del Servicio de Radioterapia) Alberto Rivero (Jefe del Servicio de Anatomía Patológica) Bernardo Guzmán Blanco (Jefe del Servicio de Cabeza y Cuello), Hermógenes Rivero (Jefe del Servicio de Ginecología) y Víctor Brito (Jefe del Servicio de Vías Digestivas y Misceláneos) A mediados de los años 80, se plantea el traslado del Instituto a una edificación en construcción, cerca de la población de Guarenas y cuyas ruinas aún pueden verse, al pasar por la autopista en la vía al oriente del país. A finales de los años 90, una nueva posibilidad de trasladarse a una edificación, en terrenos del Hospital Domingo Luciani, en El Llanito y otra vez es diferida la mudanza por oposición del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y parte del personal médico del Hospital Domingo Luciani.

EL HOSPITAL ONCOLOGICO PADRE MACHADO

En 1948, el Dr. Alejandro Calvo Laird y el Dr. Héctor Rumbos, junto a un grupo de empresarios venezolanos (Raúl Santana, Feliciano Pacanins), fundan la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, en el Club Los Cortijos de Caracas. Ahí se expone un programa a desarrollar para la lucha contra el cáncer en nuestro país, en 1949 se funda la sede de la Sociedad, entre las esquinas de Canónigos y Esperanza, en la zona de San José en Caracas. Ese mismo año la Sociedad Anticancerosa, otorga becas a los Dres. Héctor Rumbos, Rubén Merinfeld, Elpidio Serra, Hugo Ruan y Guillermo Castillo, para realizar especialidades oncológicas fuera del país. A partir de 1951 se proyecta la construcción del Hospital Padre Machado, en terrenos aledaños al Cementerio General del Sur, donados por el Ministerio de Sanidad; se inicia la obra en 1953 y en octubre de 1959 se inaugura con el nombre de Hospital Hogar Padre Machado (Fig. 7). En 1971 se convierte en el Hospital Oncológico Padre Machado y un año después, se inician los cursos de postgrado de Cirugía Oncológica y Radioterapia.



Figura 7. Hosp. Oncológico Padre Machado Figura 8. Dr. A. Calvo Lairt (1915-1999)

El Dr. Alejandro Calvo Lairt (Fig. 8) nace en Río Caribe, Estado Sucre en 1915 y se gradúa de médico en la Universidad Central de Venezuela en 1942, para el año de 1944 se traslada al Memorial Hospital de Nueva York, a realizar curso de posgrado bajo la supervisión de los Dres. George Pack, Frank Adair y Hayes Martin. Regresa a Caracas en 1947 e ingresa al Hospital Vargas, donde labora hasta 1965, desde 1959 trabaja en el Hospital Padre Machado y logra la transformación de este en un Hospital Oncológico. Fallece en 1999. En su apertura, cuenta con el siguiente personal: Cirugía 1: Dr. Alejandro Calvo Lairt, Cirugía 2: Dr. Elpidio Serra, Cirugía 3: Dr. Gustavo Pérez Giménez, Cirugía 4: Dr. Ricardo Ascaso, Radiología: Dr. Eleuisis Moreno, Medicina: Dr. Carlos Chacín y Anestesiología; Dr. Héctor Figallo, posteriormente se crean los servicios de: Radioterapia con el Dr. Rubén Merenfeld, Quimioterapia con el Dr. Gustavo Rojas Martínez, Anatomía Patológica con el Dr. Erwin Essendorf, Gastroenterología con el Dr. Isidoro Zaidman, Endocrinología con el Dr. Oswaldo Obregón, Urología con el Dr. Roberto López Mendoza, Cirugía Plástica con el Dr. José Rafael Troconis, Tórax con el Dr. Freddy Morillo, Prótesis Maxilofacial con el Dr. Eduardo Pérez Guerra y Psiquiatría con el Dr. F. Álvarez (18). En el año 2008 el Hospital Oncológico Padre Machado, deja de pertenecer a la Sociedad Anticancerosa, pasando a ser un ente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y cambia su nombre a Servicios Oncológicos Hospitalarios del I.V.S.S.

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE ONCOLOGIA

La Sociedad Venezolana de Oncología fue fundada el 8 de abril de 1954, hace más de 63 años, en una polémica a reunión donde se cuestionaba la necesidad o no, de una asociación como esta, y cuando aún la Oncología no era reconocida como una especialidad por la Federación Médica de Venezuela Asisten a esta reunión los Dres.: Rafael Contreras, Esteban Garriga, Héctor Rumbos, José Zerpa Morales, Cesar Rodríguez, Ramon Rojas Guardia, Margarita Gyorfi, Oscar Rodríguez, Bernardo Guzmán Blanco, Alejandro Calvo, José Barros Saint Pasteur, Lisandro López Herrera, Blas Brunicelli, Otto Paz, Rubén Merenfeld, Armando Márquez Reveron, Aquiles Erminy, Alberto Rivero y Domingo Luciani. Allí se elige la primera Junta Directiva, constituida por; Dr., Pedro Gonzales Rincones (Presidente), Dr. Cesar Rodríguez (Vicepresidente), Dr. Alberto Rivero (Secretario), Dr. José Zerpa Morales (Subsecretario) y Dr. Otto Paz (Tesorero).

Cabe recordar que, para estos años, la cirugía era la mejor opción terapéutica en el tratamiento del cáncer, la radioterapia se utilizaba usando ortovoltaje y como complemento solo existía el radium, cuya principal aplicación era en el cáncer de cuello uterino. La Oncología Médica no existía y solo se disponía de la mostaza nitrogenada con una efectividad de poca duración y la toxina de Coley era la única inmunoterapia disponible. En cuanto a la pesquisa solo disponíamos del Papanicolaou. Por esa razón, para el momento de su fundación, la mayoría de los médicos integrantes eran cirujanos. Antes de este acontecimiento hay tres grupos de médicos enfrentados; el grupo de los fundadores del Instituto Anticanceroso Luis Razetti, todos trabajando en el Hospital Vargas, el grupo del Dr. Bernardo Guzmán Blanco y el grupo de la Sociedad Anticancerosa con Alejandro Calvo Laird y Héctor Rumbos, a la cabeza. Existían también grupos de cirujanos oncólogos en Maracaibo (Borges Duarte y Acosta Galban) y en Valencia (Zadala Ramos).

La Presidencia de la Sociedad ha sido ejercida, desde 1954 por; Un Radiólogo; Dr. Pedro González Rincones (1954-1955). Dos Anatomopatólogos: Dr. Alberto Rivero (1955-1957) y Dr. Antonio Estévez (1976-1978). Tres Oncólogos Médicos: Dr. Gustavo Rojas Martínez (1989-1992), Dr. Dafko Woo (2000-2002) y Dr. Carlos Montesinos (2008-2010). Por Dos Radioterapeutas; Dr. Raúl Vera (1970-1972 y 1994-1996) y Dra. Ingrid Nass de Ledo (2010-2012). Por Diez y Nueve Cirujanos Oncólogos: Dr. Bernardo Guzmán Blanco (1957-1960), Dr. Víctor Brito (1960-1963), Dr. Armando Márquez (1965-1968), Dr. Esteban Garriga (1968-1974), Dr. Oscar Rodríguez (1974-1976), Dr. Elpidio Serra (1979-1981), Dr. José Ravelo Celis (1981-1983), Dr. Francisco Aguilera (1983-1985), Dr. Jesús Felipe Parra (1985-1987), Dr. Gerardo Hernández (1987-1989), Dr. Jesús García Colina (1992-1994), Dr. Francisco Arcia (1996-1998), Dra. Priscila Palacios (1998-2000), Dr. Joaquín Lugo (2002-2004), Dr. Yihad Khaled (2004-2006), Dr. José Francisco Mata (2008-2010). Dra. Loretta Di Giampietro (2012-2014), Dr. Álvaro Gómez (2014-2016) Y Dr. Gustavo Gotera (2016). (2-3-6) Como hemos visto, entre los nombrados, solo tres mujeres han presidido nuestra Sociedad y son las Dras. Priscila Palacios, la Dra. Ingrid Nass de Ledo y la Dra. Loretta Di Giampietro.

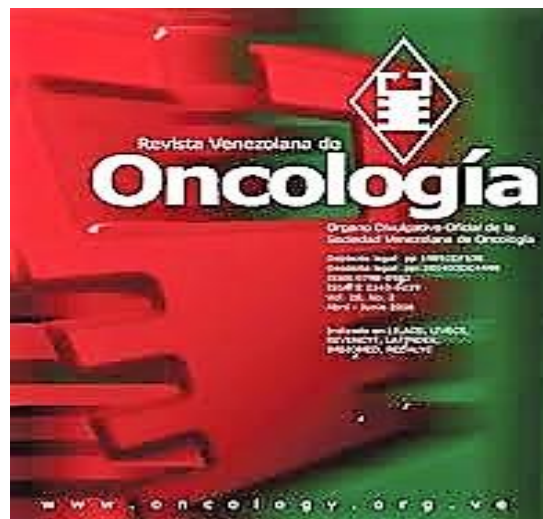


Figura 9. Portada de la Revista de la SVO.

El órgano divulgativo de nuestra Sociedad es la Revista venezolana de Oncología, en ella se publican los trabajos nacionales e internacionales de interés para los oncólogos de nuestro país. Se editan cuatro números al año (Fig. 9). La Sociedad Venezolana de Oncología, bajo la actual presidencia del Dr. Gustavo Gotera, se prepara para realizar en la ciudad de Caracas, el XVIII Congreso Venezolano de Oncología que tiene como Presidente Honorario a la Dra. Patricia Núñez, destacada oncólogo medico de nuestro país.

Referencias

1. Guevara BM. Luis Razetti. *Bibliot Biográfica Venezolana*. Edit El Nacional. 2010; Vol. 117:15-120
2. Rodríguez GO. Historia de la Sociedad Venezolana de Oncología. *Rev Venez Oncol* 2004; 16 (Suppl): 25-28
3. Millán GR. Bodas de Oro de la Sociedad Venezolana de Oncología. *Rev Venez Oncol*. 2004;16 (Suppl): 25-28.
4. Plaza Izquierdo F. *In memoriam* a nuestros compañeros fallecidos con motivo de las Bodas de Oro de la Promoción Medica 1940. *Fundacion Edit Universitaria*.1990: 35-65.
5. Lugo J. Rostros Oncológicos: Dr. Alejandro Calvo Lairé. *Rev. Ven. Oncol*.1993 ; 8: 71-73.
6. Rivero A. Acta de Fundación de la Sociedad Venezolana de Oncología. *Rev. Ven. Oncol*.2004; 16 (Suppl): 14-18.
7. Garriga E. Luis Razetti, cirujano. *Gac. Med. Caracas*.1997;105 (3): 353-370.
8. Barrios G. La Mastología en Venezuela. *Rev. Ven Hist. Med*. 2016; 65: 10-17.
9. Razetti L. El cáncer de seno y la operación de Halsted. *Gac. Med. Caracas*. 1923; 30 (6): 81-83.
10. Vivas J, Franco R. Semblanza del Dr. Domingo Luciani. *Rev. Soc. Ven. Cirug.*; 2009;62 (3): 236-242.
11. Ravelo Celis J. Profesor Doctor Jorge González Celis. *Gac. Med. Caracas*: 2002; 110 (3): 45-48.
12. Colmenares G, Plaza F. La Cirugía en el Hospital Universitario de Caracas: 1956 al 2000. *Gac Med Caracas* 2001; 109 (2) 275-281.
13. Marquez A. Rostros Oncológicos: Dr. Hermógenes Rivero. *Rev. Venez. Oncol.*; 1996; 8: 38-39.
14. Grasses P. Médicos españoles emigrados a Venezuela. *Colección Razetti*. Vol.VIII. Edit Ateroproca. Caracas; 2009; 157-200.
15. Isava H. Rostros Oncológicos. Dr. Pedro González Rincones. *Rev. Venez. Oncol*. 1997; 9 (2): 35-40.
16. Garriga E. Rostros Oncológicos: Dr. Bernardo Guzmán Blanco. *Rev. Venez. Oncol*.1996; 8: 1-4.
17. Garriga E. Instituto Oncológico Luis Razetti. *Rev. Venez. Oncol*. 1991; 3 (2): 1-3.
18. Moreno L. Alejandro Calvo Lairé, un hombre útil. *Rev. Soc. Ven. Hist. Med*. 2011; 60: 57-75.

Agradecimientos. El autor agradece a la Ing. Daniela Barrios y a la Dra. Consuelo Ramos la revisión y corrección de este trabajo.

Humberto Fernández Morán y la creación del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC, 1954-1959)

Andrés Soyano* y Aixa Müller**

*Investigador, Centro de Medicina Experimental, Instit. Venez. de Investigaciones Científicas (IVIC), Individuo de número de la Soc. Ven. de Historia de la Medicina (sillón XXXVIII). (soyanolop@gmail.com)

**Profesora Titular, Cátedra de Obstetricia, UCV. Directora del Banco de Sangre, Clínica El Ávila, Caracas. (asoyano@gmail.com)

RESUMEN

En 1950, el joven médico Humberto Fernández Morán planteó ante la sociedad y la comunidad científica venezolanas la creación de un Instituto de Investigaciones del Cerebro. Con decidido empeño Fernández Morán logró que en abril de 1954, el Gobierno Nacional decretara la creación del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC), poniendo a su disposición cuantiosos recursos para su implementación. El instituto fue oficialmente inaugurado por el Presidente de la República, Gral. Marcos Pérez Jiménez, en diciembre de 1955. En los tres años de actividades del Instituto, las investigaciones llevadas a cabo por Fernández Morán y sus colaboradores y su publicación en acreditadas revistas extranjeras, logró posicionarlo en el ámbito de la ciencia internacional, logrando un prestigio fuera y dentro del país nunca antes visto en Venezuela. En el IVNIC también se proyectó e inició la construcción de un reactor nuclear para fines de investigación. El derrocamiento de la dictadura de Pérez Jiménez y la subsecuente pérdida del apoyo gubernamental frustró los planes de Fernández Morán, quien fue sustituido en la dirección del IVNIC por Marcel Roche en febrero de 1958. El IVNIC fue suprimido en enero de 1959 y en su lugar se creó un nuevo instituto con objetivos más amplios, el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC).

Palabras clave: IVNIC, IVIC, Reactor nuclear RV-1, Humberto Fernández Morán, Marcel Roche.

ABSTRACT

Humberto Fernández-Morán and the foundation of the Venezuelan Institute of Neurology and Brain Research (IVNIC)

In 1950, the young doctor Humberto Fernández-Morán raised before the Venezuelan society and its scientific community the foundation of a Brain Research Institute. In April 1954 Fernández-Morán managed to obtain from the National Government a decree for the creation of the Venezuelan Institute of Neurology and Brain Research (IVNIC, *Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales*). He also obtained a great amount of resources for its implementation. The institute was officially inaugurated by the President of Venezuela, General Marcos Pérez Jiménez, in December 22, 1955. In the three years of the Institute's activities, the investigations carried out by Fernández-Morán and his collaborators and their publication in accredited foreign journals, positioned him in the field of international science, achieving a prestige outside and inside the country never seen before in Venezuela. The construction of a nuclear reactor for research purposes was also planned and initiated at IVNIC. The overthrow of the Pérez-Jiménez regime and the subsequent loss of government support frustrated the plans of Fernández Morán, who was replaced in the direction of IVNIC by scientist Marcel Roche in February 1958. IVNIC was suppressed in January 1959 and in its place a new institute with broader objectives was created, the Venezuelan Institute of Scientific Research (IVIC).

Keywords: IVNIC, IVIC, Nuclear Reactor RV-1, Humberto Fernández-Morán, Marcel Roche.

Introducción

Hacia finales del siglo XIX, en diferentes ámbitos académicos y a escala mundial –incluyendo naturalmente a Venezuela– surgen ideas para crear institutos o centros de investigación, particularmente en el campo de la medicina. En Venezuela en particular esta idea se concretó en unos pocos casos pero las instituciones creadas tuvieron una efímera vida. Tal es el caso del Instituto Pasteur y el Instituto Jenner –éste sólo existió en el papel–, ambos en Caracas (1), y el Instituto Pasteur de Maracaibo (2). El Instituto Pasteur de Caracas fue fundado en 1895 por un grupo de jóvenes médicos liderados por Santos Aníbal Domínici; desgraciadamente, el Instituto tuvo una corta existencia, pues la oposición de su creador al régimen tiránico de Cipriano Castro lo llevó a la cárcel, y posteriormente al exilio (1,3-5). Sin su presencia y con una fuerte retaliación gubernamental el Instituto permaneció activo hasta aproximadamente 1904. En el estado Zulia también se fundó un instituto de investigaciones que se denominó Instituto Pasteur de Maracaibo, bajo el impulso del Dr. Rafael López Baralt, pero al igual que el de Caracas, fue de corta vida, por razones similares (2). En Caracas un segundo instituto fue decretado durante el gobierno de Raimundo Andueza Palacio, el Instituto Jenner, pero su fundación nunca llegó a concretarse. Tras un largo período dictatorial y con poco desarrollo en el ámbito académico, la muerte del dictador Juan Vicente Gómez en 1935 permite la creación y fortalecimiento de diversas instituciones que en los años siguientes van a desempeñar un papel importante en el incipiente desarrollo de la ciencia en Venezuela. Poco a poco los profesionales médicos van tomando conciencia de la importancia de la especialización, de la formación de postgrado y de la investigación científica, y alguno pocos, en su mayoría profesores universitarios, dedican parte de su tiempo a esta última actividad, aunque de manera parcial. Es así como nacen varios institutos asociados con la UCV, tales como el IME y el IMT, y más tarde en el ámbito privado el Instituto de Investigaciones Médicas de la Fundación Luis Roche, uno de los dos pilares sobre los cuales se va a cimentar el futuro IVIC. El otro es el Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC), que había sido fundado en 1954, de cuya dirección se encargó Humberto Fernández Morán.

Fernández Morán antes de la creación del IVNIC

Humberto Fernández Morán nació en Maracaibo (edo. Zulia) el 18 de marzo de 1924 (Fig. 1). Fueron sus padres Don Luis Felipe Fernández Morán y doña Elena Villalobos. Su educación primaria y secundaria la cursó en EE.UU, Venezuela y Alemania, en el Instituto Schulgemeinde de Sallfeld (6,7). Posteriormente se inscribió en la escuela de medicina de la Universidad de Munich, Alemania, donde recibió el título de médico en 1944. Poco tiempo después regresa a Venezuela y en 1946 revalida su título en la UCV. Por un corto periodo trabaja en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo; con la intención de especializarse en neurología ingresa como interno residente en el Hospital de la Universidad George Washington en la capital de los EE.UU. Con la idea de contribuir a incrementar el conocimiento sobre el cerebro, en 1947 viaja a Estocolmo, donde comienza a trabajar en el Instituto Nobel de Física, entrenándose particularmente en la microscopía electrónica con especial énfasis en la ultraestructura del sistema nervioso; al mismo tiempo cursa estudios en el Instituto Karolinska donde obtiene una maestría en 1951, y al año siguiente un doctorado (Ph. D.) en biofísica de la Universidad de Estocolmo, Suecia (8-10).



Fig 1. Humberto Fernández Morán en la década de 1950.

En los estudios microscópicos en general, pero muy particularmente en el caso específico de la microscopía electrónica se requieren secciones muy delgadas y de buena calidad para evitar alteraciones o artefactos en los tejidos derivados de cortes defectuosos. Buscando mejorar la calidad de las secciones utilizadas en sus estudios de microscopía electrónica correspondientes a su tesis doctoral en la Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad de Estocolmo (1952), Fernández Morán inventó una nueva cuchilla construida de diamante la cual poseía múltiples ventajas sobre las cuchillas convencionales elaboradas con metales o vidrio que se usaban comúnmente, y cuya casi única desventaja era el costo o inversión inicial para obtenerla. La solicitud de patente de este invento fue presentada en 1954 en Suecia, USA e Inglaterra (10,11). También inventó un aparato (ultramicrotomo) para realizar los cortes apropiados (11). Ya desde 1953 había sido electo miembro numerario (sillón XXVI) de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales de Venezuela y desde 1951 era profesor en la Facultad de Medicina de la UCV, encargándose de la organización de la cátedra de Biofísica (11,12).

La situación política del país era complicada, particularmente en el ambiente político. El 13 de noviembre de 1950 había sido asesinado el Cnel. Carlos Delgado Chalbaud, presidente de la Junta Militar de Gobierno, por lo cual las riendas del Ejecutivo habían pasado a manos de otro miembro de la Junta, el abogado Germán Suárez Flamerich, quien incrementa las acciones represivas en contra de las voces opositoras a su régimen (el tercer miembro de la Junta de gobierno era el coronel Marcos Pérez Jiménez). Una de las acciones del nuevo gobierno fue la clausura de la UCV (22 de febrero de 1952), en cuyos espacios, en forma incipiente se venía realizando investigación científica biomédica, lo que deja a muchos profesores e investigadores virtualmente en la calle (13). Por otro lado, para finales de 1952 estaba convocada una elección para designar una Asamblea Nacional Constituyente que debía elaborar una nueva constitución y designar un presidente constitucional. Las elecciones se realizaron el 30 de noviembre, y luego de un conteo claramente fraudulento, el 2 de diciembre de 1952, el partido de gobierno (FEI, Frente Electoral Independiente) cuyo candidato a la presidencia era Marcos Pérez Jiménez es declarado ganador. Poco tiempo después, en abril de 1953, Pérez Jiménez es designado presidente constitucional para el periodo 1953-1958 (13).

La creación del IVNIC

En otro ámbito, el 29 de abril de 1954 el gobierno de Venezuela presidido por el coronel Marcos Pérez Jiménez crea el Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC) mediante el decreto N° 97 impreso en la GOV N° 24.429 del 30 de abril de 1954 (10). La idea original había sido puesta sobre el tapete por Humberto Fernández Morán en 1950 en un artículo publicado en la revista Acta Científica Venezolana titulado “Ideas generales sobre la fundación de un Instituto Venezolano para Investigaciones del Cerebro” (14,15). La idea de fundar un instituto de investigaciones científicas, pero no tan restringido como el anterior, también había sido formulada por la Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia (AsoVAC), institución fundada en 1950 por un grupo de investigadores, entre los que resaltaba Francisco de Venanzi. De paso por Venezuela, Fernández Morán logró interesar al Ministro de Sanidad, el médico obstetra Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, y a través de éste al Presidente de la República, sobre la conveniencia de crear un instituto de investigaciones neurológicas. El presidente da su apoyo para la idea, muy posiblemente habiendo sido convencido con la promesa de que también se proyectaba la construcción de un reactor nuclear, con lo cual Venezuela se pondría a la vanguardia de la ciencia y la tecnología en Latinoamérica, lo cual coadyuvaría a la consecución de los objetivos establecidos en “el Nuevo Ideal Nacional”, lema de su gobierno (10). En 1953, el ministro de sanidad comisionó a Fernández Morán para que realizara un estudio de factibilidad y presentara un proyecto concreto y detallado del instituto. Luego de que el proyecto es aprobado, el 29 de abril de 1954 se decreta oficialmente la creación del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC). Este decreto, que sirve también de Estatuto, establece la figura de un Director asesorado por un Consejo Técnico de Administración. Una vez decretado el IVNIC y aprobado el presupuesto correspondiente, casi de inmediato, sus instalaciones comienzan a construirse en una zona montañosa llamada El Oro, en las cercanías de los Altos de Pipe, ubicada aproximadamente equidistante entre Caracas y Los Teques, y cuyo punto más elevado está alrededor de los 1700 m sobre el nivel del mar. Fernández Morán había escogido el sitio luego de varios vuelos a baja altura en un avión monomotor de turbina de construcción inglesa De Havilland Vampire de dos plazas de la Fuerza Aérea Venezolana. Posiblemente también se utilizó un helicóptero militar (10). De las 500 Ha de terreno que formaron parte del patrimonio inicial del Instituto, la mitad aproximadamente, que originalmente pertenecían a la Nación, fueron formalmente donadas al Instituto; la otra mitad, que pertenecía a diversos propietarios que se dedicaban a labores agrícolas en la zona, fueron obtenidas por compra simple de los terrenos. Para ese momento, no estaba concluida la Carretera Panamericana –fue inaugurada el 23 de diciembre de 1955–, por lo cual el acceso a los Altos de Pipe debía hacerse por una angosta carretera o ramal que partía de la carretera El Valle-La Cortada del Guayabo y pasaba por el caserío o poblado conocido como Figueroa. De hecho para acceder a lo que sería la zona de construcción en el tope de la montaña fue necesario construir primero una serpenteante carretera de unos 4 Km de longitud cerro arriba. Una vez sorteadas estas dificultades, en corto tiempo se terminaron las primeras edificaciones, por lo que el IVNIC fue oficialmente inaugurado alrededor de las 4 y media de la tarde del viernes 23 de diciembre de 1955, no el 2 de diciembre, como aparece en muchos escritos (10) (Fig. 2). La inauguración fue realizada por el presidente de la República Marcos Pérez Jiménez, quien asistió acompañado del ministro de Sanidad y Asistencia Social Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro y otros altos funcionarios del gobierno nacional (Fig. 3). Previamente –ese mismo día– el presidente había inaugurado el tramo Coche-Los Teques de la carretera Panamericana, lo cual facilitaba grandemente el acceso a las instalaciones del nuevo Instituto. La bendición de las edificaciones fue hecha por el arzobispo de Caracas, Monseñor Rafael Arias Blanco (10).



Fig 2. El Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC) en la etapa final de su construcción poco antes de ser inaugurado.



Fig 3. El Presidente de la República Cnel. Marcos Pérez Jiménez saluda al Ministro de Sanidad Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro (de espaldas) a su llegada para inaugurar el IVNIC. Fernández Morán se encuentra a la izquierda del presidente.

En esta primera etapa, además del edificio principal de dos pisos que albergaba 6 departamentos de investigación con varios laboratorios cada uno, un taller, 3 microscopios electrónicos, y las oficinas de administración –en la actualidad alberga los centros de Medicina Experimental y Antropología–, se había construido también un comedor o restaurante, una biblioteca, diversos talleres y algunas casas para familias y otras para solteros, y otras dependencias que en total sumaban 27 edificaciones; por lo aislado del emplazamiento se contaba además con una planta eléctrica y un acueducto propios y también se había construido una laguna artificial para el abastecimiento de agua con una capacidad de 6 millones de litros.

Los primeros resultados significativos de la investigación científica, relacionados con la estructura microscópica de la retina de los insectos, fueron publicados en la prestigiosa revista inglesa *Nature* en 1956 (16). En los siguientes dos años (1956-1957), además de Fernández Morán, van a laborar en el IVNIC una serie de investigadores formada exclusivamente por profesionales extranjeros entre los que se contaba el neurofisiólogo sueco Gunnar Svaetichin y el virólogo austriaco Gernot Bergold (17). La mayoría de esos investigadores, excepto el primero de los mencionados, trabajó en el IVNIC por periodos de unos pocos meses. Durante los dos años de actividades formales del IVNIC se produjeron y publicaron alrededor de 22 artículos científicos (12 de Fernández Morán y 9 de Svaetichin, con otros investigadores como coautores), todos publicados en revistas extranjeras reconocidas, una producción bastante aceptable para una institución en sus comienzos (10,18).

El reactor nuclear RV-1

El otro proyecto importante que se inicia en este instituto es el de la construcción de un reactor nuclear. En 1955 se había firmado un convenio entre el gobierno de Estados Unidos y el de Venezuela, mediante el cual el primero aportaría 300.000 dólares para la construcción de un reactor a través del programa “Átomos para la Paz”, impulsado por el presidente estadounidense Dwight Eisenhower (19,20). Hacia finales de 1957 ya se había completado la excavación en la cima de los Altos de Pipe donde se alojaría el reactor, y la compañía General Electric ya había fabricado el 75% del reactor propiamente dicho, un modelo tipo piscina de 3 megavatios (MW) de potencia. Fernández Morán no vería la instalación definitiva del reactor, el cual se terminaría a comienzos de 1960, siendo finalmente puesto en funcionamiento en julio de ese año e inaugurado en el mes de noviembre por el presidente de la República Rómulo Betancourt (21).

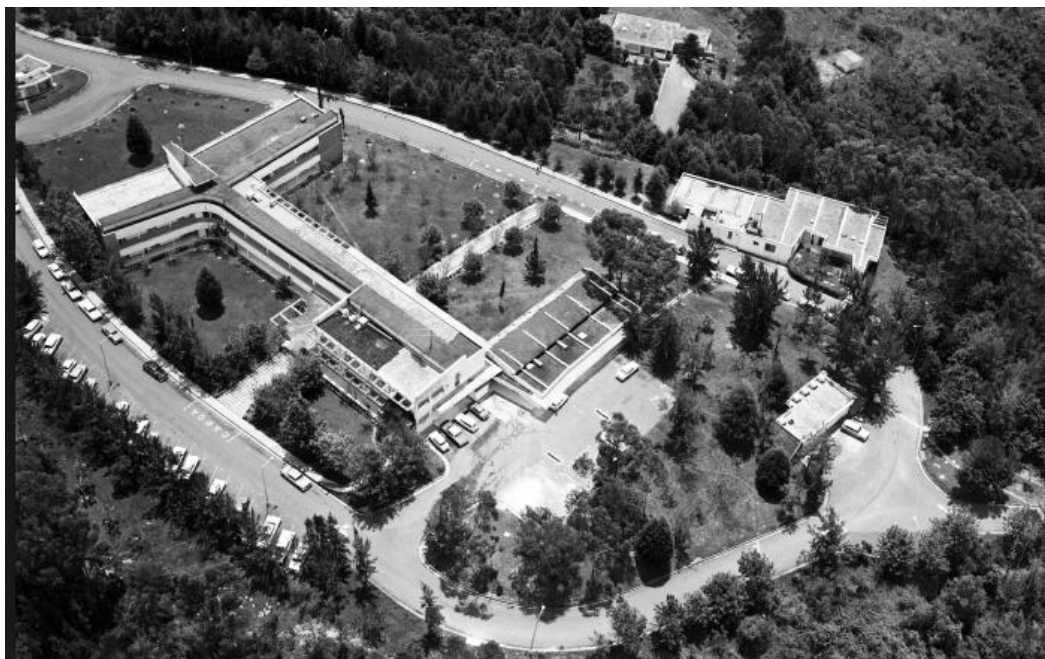


Figura 4. Vista aérea de la planta principal del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC). Nótese la forma en T del edificio.

El IVNIC en transición

Escasamente dos años después de que el IVNIC iniciara formalmente sus actividades y comenzara a ser reconocido en el ámbito académico mundial, el gobierno de Pérez Jiménez entró en una profunda crisis política que se acentuó el primero de enero de 1958 con un levantamiento militar o intento de golpe de estado, que no obtuvo los resultados esperados (13). Para intentar controlar la crítica situación, pocos días después Pérez Jiménez reorganizó su Gabinete Ejecutivo, del cual Fernández Morán formó parte como Ministro de Educación. La crisis continuó *in crescendo*, se produce un nuevo pronunciamiento militar el 21 de enero de 1958 junto con fuertes disturbios callejeros, por lo cual el presidente se ve obligado a abandonar el poder y escapa del país en la madrugada del 23 de enero de 1958, junto con varios de sus colaboradores, entre ellos el ministro de Sanidad Gutiérrez Alfaro. Las riendas del poder son tomadas ese mismo día por una Junta Militar (Junta de Gobierno) presidida por el Contralmirante Wolfgang Larrazábal Ugueto, quien era Comandante en Jefe de la Marina o Armada; también formaban parte de ella, los Coroneles Roberto Casanova, Abel Romero Villate, Carlos Luis Araque y Pedro José Quevedo. El predominio de los militares y la desconfianza que inspiraban algunos de ellos a los sectores populares, dio origen a una serie de manifestaciones y protestas a raíz de las cuales salieron de la Junta los Coroneles Romero Villate y Casanova, sustituidos poco después por los civiles Eugenio Mendoza y Blas Lamberti, representantes de los sectores económicos y comerciales. El doctor Edgard Sanabria ejerció la Secretaría de la Junta y luego –en noviembre de 1958– asumió la Presidencia, cuando Larrazábal renunció para incorporarse a la campaña electoral como candidato presidencial, postulado por el partido Unión Republicana Democrática (URD) (13).

Unos días después de su constitución, el 13 de febrero de 1958 la Junta de Gobierno, por conducto del ministro de Sanidad José Luis González Herrera, designó a Marcel Roche director encargado del IVNIC en sustitución de Fernández Morán, con la misión de hacer una evaluación de las actividades institucionales y tomar las medidas necesarias para su adecuado funcionamiento (Resolución No. 12 del MSAS, publicada en la Gaceta Oficial de Venezuela No. 25.585). La transmisión del cargo se realizó en el despacho del ministro ese mismo día. Por voluntad propia, Fernández Morán, que continuaba en su residencia de los Altos de Pipe, abandonó el país a finales de febrero de 1958 con destino a Boston, Mass., EE.UU., incorporándose como microscopista al Depto. de Neurología del famoso Hospital General de Massachusetts, desde donde colaboraba también con el Instituto Tecnológico de Massachusetts; alrededor de 1962 obtuvo un cargo permanente en la Universidad de Chicago donde realizará una fructífera y notable labor científica en el campo de la microscopía electrónica (6-10, 22).

Una comisión nombrada por el ministro de Sanidad para asesorar a la dirección del IVNIC, formada por representantes de la UCV, el MSAS y la Asovac, luego de estudiar la situación del instituto, elaboró hacia finales de 1958 un informe donde se recomendaba la creación de una nueva institución para aprovechar las instalaciones ya construidas y equipadas (17). Las investigaciones de esta nueva institución, a diferencia de la anterior que era limitada en sus objetivos, deberían abarcar las diversas ramas de la ciencia: física, química, matemática, biología y medicina (17). Es así como el 9 de enero de 1959 el presidente de la Junta de Gobierno, Edgar Sanabria, acogiendo la recomendación de la Comisión Evaluadora dicta el decreto de creación del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (23). Este se organizó bajo la figura de Instituto Autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con un patrimonio inicial que estaría constituido por el que perteneció al IVNIC, institución que desaparece legalmente, según lo establece el mismo decreto (23).

El informe IVNIC

El 12 de febrero de 1958, un día antes del nombramiento o juramentación de Marcel Roche como nuevo director del IVNIC, el ministro de Sanidad José Luis González Herrera dictó una resolución (17) Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC) en la cual se nombraba una Comisión Asesora del Instituto, cuyos objetivos eran (cito textualmente):

1. Estudiar la situación del IVNIC, su organización y funcionamiento, incluyendo la labor realizada en él desde su fundación.
2. Estudiar y proyectar la nueva organización que debía darse al IVNIC, incluyendo la redacción de un anteproyecto de Estatuto orgánico.
3. Asesorar al Director del IVNIC.

La Comisión Asesora estuvo integrada por diez miembros, que se mencionan a continuación: A. Miembros de la Comisión Técnica Asesora del IVNIC: 1. Dr. José Antonio Jove, y 2. Dr. Martín Vegas; B. Nombrados por el MSAS: 3. Dr. Félix Pifano, y 4. Dr. Pablo Liendo Coll, y 5. Tte. Cnel. (Ing.) Rafael Alfonzo Ravard; C. Nombrados por la UCV: 6. Dr. Manuel Bemporad, y 7. Dr. Luis M. Carbonell; D. Nombrados por la AsoVAC: 8. Dr. Francisco de Venanzi, 9. Dr. Gabriel Chuchani, y 10. Dr. Marcel Granier. El ingeniero Rafael Alfonzo Ravard asistió sólo a las primeras reuniones, pues poco tiempo después tuvo que ocuparse de la presidencia de la Corporación Venezolana de Fomento.

La comisión se reunió por primera vez el 24 de febrero de 1958, y con bastante frecuencia a lo largo de ese año, al final del cual sometió a consideración del Ejecutivo Nacional el informe correspondiente. En este se planteaba la supresión del IVNIC y la creación de una nueva institución de investigación científica y carácter multidisciplinario, sugerencia que fue acogida favorablemente por la Junta de Gobierno presidida en ese momento por el doctor Edgar Sanabria, quien había sustituido al Contralmirante Wolfgang Larrázabal. El 9 de enero de 1959, los 5 miembros de la Junta de Gobierno de la República de Venezuela estamparon su firma al pie del decreto No. 521 “por el cual se suprime el Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales (IVNIC), y se crea el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), el cual estará adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social”. Este decreto apareció impreso en dos oportunidades: la primera, el 15 de enero de 1959 en la Gaceta Oficial Número 25.863, pero debido a algunos errores y omisiones que se colaron en el impreso, tuvo que reimprimirse una nueva versión corregida que apareció el 9 de febrero de 1958 en el No. 25.883 (23). Esta última fecha es la que se ha tomado tradicionalmente como fecha de creación o fundación del IVIC, aunque tal aseveración es discutible y controversial.

Las conclusiones de la Comisión Asesora nombrada por el Ministerio de Sanidad para evaluar la situación del IVNIC no resultaron favorables a la actuación de Fernández Morán. Además de considerar injustificado la creación de un instituto super especializado como el IVNIC, se estableció que *“La institución fue concebida como un Centro de ocupación para científicos extranjeros con la desestimación total de la ciencia venezolana. Se establecieron barreras físicas y espirituales entre el IVNIC y los medios científicos del país, especialmente la Universidad y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de donde recibió su respaldo económico. En el funcionamiento del Instituto se observó un irrespeto absoluto a principios básicos del desarrollo del pensamiento científico en general...”* (17). Prácticamente se le acusó de haber utilizado el instituto y los recursos recibidos del gobierno para su promoción personal a escala nacional e internacional, para fines publicitarios y para su propio beneficio; por otra parte, se consideró que la actitud de FM *“estuvo en total desacuerdo con los principios más fundamentales de la ciencia, actitud que no vacilamos en calificar de anticientífica. ...*

...no dudamos en rechazar la capacidad de una persona de moralidad tan discutible como la del Dr. Fernández Morán para la Dirección de un Instituto de investigaciones científicas, pero esta Comisión desea aclarar que en este caso particular, existe muy definidamente una demostrada incapacidad personal para estructurar y dirigir un Instituto de esta índole”. También se le atribuye haber mantenido una actitud tiránica y autocrática, lo cual queda expresado de manera explícita en la opinión escrita de varios ex integrantes del IVNIC (17).

Contribución de la Fundación Luis Roche al IVNIC

En 1952 el gobierno clausuró la Universidad Central, circunstancia que coadyuvó para que Marcel Roche y Francisco De Venanzi, con el apoyo financiero del urbanista Luis Roche, padre del primero, fundaran el Instituto de Investigaciones Médicas (I.I.M.), conocido también como la Fundación Luis Roche. Curiosamente, tal apoyo se hizo de la manera más laxa, sin que mediara una burocracia reguladora, pues la Fundación no tuvo existencia formal o legal sino hasta 1957 (24). La dirección del instituto quedó en manos de Marcel Roche. Allí laboraron un distinguido grupo de aproximadamente una docena de científicos venezolanos, en su mayoría médicos. La nómina completa del instituto, incluyendo personal técnico y administrativo, la integraban unas 35 personas. La labores de investigación se iniciaron en 1952 en un laboratorio privado, el Laboratorio Clínico Analítico, fundado por Roche y De Venanzi, para complementar sus actividades clínicas del ejercicio de la medicina. Este laboratorio estuvo ubicado en el Edificio Zarikian de la esquina de Puente Mohedano; posteriormente, en 1954, se trasladaron a una quinta alquilada en la Urbanización Los Caobos, en las cercanías de la plaza Morelos y de los museos de Ciencias y de Bellas Artes, que fue adaptada como un instituto de investigación biomédica. Es allí, a comienzos de abril de 1954, cuando se realiza la inauguración formal del Instituto, noticia reseñada en la prensa capitalina de la época (24). Aparte de la ayuda pecuniaria de Luis Roche, el instituto recibió aportes o subsidios de las compañías petroleras Creole (estadounidense) y Shell (holandesa) para financiar algunos proyectos específicos. Al grupo fundador se unieron luego Miguel Layrisse, Luis Manuel Carbonell, Karl Gaede y Cecilia Coronil de Pantaleo, y un grupo de jóvenes científicos entre los que se contaba Virgilio Bosch, Eduardo Coll García, Raimundo Villegas, Gloria de Villegas, Estela Di Prisco, Carlos Martínez Torres, María E. Tejera y Gabriel Chuchani (Fig. 5). El grupo estaba formado por 5 investigadores a dedicación exclusiva o tiempo integral, 4 a medio tiempo, 4 asociados *ad honorem* y 7 técnicos. Este grupo desarrolló una importante labor de investigación en diversas áreas tales como anemias nutricionales, fisiopatología de la glándula tiroides (bocio endémico), diabetes y otras. Sus actividades se extendieron hasta 1958, periodo en el cual estos investigadores publicaron alrededor de 66 artículos científicos tanto en revistas nacionales como en revistas extranjeras; los integrantes del instituto en su mayoría (incluyendo a su director) se incorporan al IVNIC entre febrero y marzo de 1958, que a comienzos del año siguiente sería transformado en IVIC; otra parte se concentró en la UCV, donde De Venanzi había sido nombrado rector y poco tiempo después decretó la creación de la Facultad de Ciencias (25).



Fig 5. Parte del personal de la Fundación Luis Roche. De izquierda a derecha, sentados: Jorge Vera, Mario Calcinay, Miguel Layrisse, Marcel Roche, Luis Roche, Francisco de Venanzi, Gabriel Chuchani y Luis M. Carbonell; de pie: Abraham Levy, Andrés Gerardi, José Forero, Leocadia Escalona, María Enriqueta Tejera, Gloria Villegas, Slavka Hitrovo y Francisco Peña.

Además de los investigadores de la Fundación Luis Roche que se incorporaron al IVNIC en 1958, ingresaron también Tulio Arends, que provenía del Banco Municipal de Sangre del Distrito Federal; María Luisa Gallango y Otto Núñez Montiel, recién regresados del exterior, y Gunnar Svaetichin y Gernot Bergold, que había abandonado el IVNIC en diciembre de 1957 (21). De manera que en su último año de existencia legal, bajo la dirección de Marcel Roche, el IVNIC incrementó su plantel de investigadores de 1 en febrero de 1958 a 15 en febrero de 1959. Es de hacer notar que durante este periodo, Roche se refería oficiosamente a la institución como “Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas”, aunque su existencia legal no sería decretada sino en enero de 1959. De hecho, a partir de julio de 1958 comenzó a circular el Boletín IVIC, una publicación mensual con noticias e informaciones de diversa naturaleza, dirigida principalmente a la naciente comunidad ivicense.

Un hecho de especial significación fue el nombramiento en agosto de 1958 de una Comisión Asesora de la Biblioteca formada por Gunnar Svaetichin, Gabriel Chuchani, Tulio Arends y Karl Gaede. El principal objetivo de la comisión era incrementar el patrimonio bibliográfico del instituto, especialmente con la adquisición de nuevas revistas científicas requeridas para suplir las necesidades de los investigadores y la ampliación de los proyectos de investigación (21).

Fernández Morán post-IVNIC

A la caída de la dictadura de Pérez de Jiménez, la mayoría de sus colaboradores inmediatos, abandonó el país. De los pocos que se quedaron, entre ellos, Fernández Morán, quien había desempeñado durante 10 días el cargo de ministro de Educación, tuvo que soportar recriminaciones, críticas, ataques, calumnias y vituperios, aunque también tuvo sus defensores; en general se le trató con toda la consideración que merecía, especialmente en el IVNIC, donde continuó laborando por corto tiempo. Uno de los moteos o remoquetes, utilizado inicialmente de manera despectiva, pero que caló en la imaginación popular, fue el de “brujo de Pipe”, que le endilgó el escritor Mariano Picón Salas, en un artículo publicado en el diario El Nacional. Según uno de los biógrafos de Fernández Morán, Roberto Jiménez Maggiolo, es también posible que fuera Rómulo Betancourt el autor del remoquete (7).

A finales de febrero de 1958 Fernández Morán consiguió una posición como microscopista electrónico en el Hospital General Massachusetts, encargándose de la organización del Laboratorio Mixer de Microscopía Electrónica. En esa época colaboró con el Departamento de Biología del Instituto Tecnológico de Massachusetts (el mundialmente famoso MIT, por sus siglas en inglés). En Boston permaneció hasta 1962, cuando obtuvo el cargo de profesor de Biofísica en la Universidad de Chicago (10). Cuando se crea la cátedra Pritzker de Biofísica en esta misma universidad, Fernández Morán es designado para ocuparla. Hizo importantes aportes al desarrollo de la microscopía electrónica, introduciendo el concepto de criomicroscopía electrónica y el uso de lentes superconductoras para mejorar las imágenes obtenidas (18). Con el uso de estas técnicas mejoradas Fernández Morán logró dilucidar con mayor exactitud la estructura de las membranas de mielina que recubren los nervios. También logró observar con mayor definición la membrana mitocondrial y destacar o demostrar la existencia de unas partículas que se conocieron posteriormente como "partículas de Fernández-Morán". En la Universidad de Chicago, Fernández Morán permaneció hasta 1985; ese año se retiró del cargo y se mudó a Estocolmo, junto a su esposa y sus dos hijas, donde permaneció hasta el final de sus días en 1999.

La expulsión de Fernández Morán

El largo auto extrañamiento de Fernández Morán aunado a su exitosa carrera profesional en el exterior coadyuvaron para ir creando un mito o más bien una mitología o conjunto de mitos. Uno de ellos es su supuesta expulsión del IVNIC y del país en malos términos, como retaliación por su apoyo al régimen de Pérez Jiménez. En realidad Fernández Morán se fue por su propia cuenta, en busca de mejores derroteros, pues el nuevo ambiente que se respiraba en Venezuela no le era propicio o no se adaptaba a sus expectativas. Cuenta Roche que inmediatamente después de la transmisión oficial de mando del IVNIC en las oficinas del Ministro de Sanidad y Asistencia Social Carlos Luis González el 14 de febrero de 1958, Fernández Morán le extendió para su firma un documento donde se le nombraba Asesor Técnico del IVNIC en misión en el extranjero, con un sueldo de Bs. 4.000,00 (1.200 dólares americanos, aproximadamente). De hecho, se mantuvo en los EE.UU. con este estipendio hasta que logró obtener una posición académica remunerada en el Hospital General de Massachusetts (21). El cargo en cuestión era el de biofísico y microscopista electrónico del Departamento de Neurocirugía.

Un ministro olvidado: Pedro Gutiérrez Alfaro

El mayor impulso para la concreción del IVNIC vino del ministro de SAS; así lo reconoce el propio Fernández Morán en varias entrevistas y especialmente en sus reminiscencias de 1985:

The author wish estothank al lthe colleagues and co-workers who contributed decisively to the foundation and research at The Venezuelan Institute for Neurology and Brain Research, IVNIC, near Caracas, Venezuela, during the years 1954-1958. Foremost it is his profound

debt of gratitude to the late Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, former Minister of Public Health, who helped found and support IVNIC through out its existence (26). “El autor desea agradecer a todos los colegas y colaboradores que contribuyeron decisivamente a la fundación e investigación en el Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales, IVNIC, cerca de Caracas, durante los años de 1954 a 1958. En particular el autor tiene una enorme deuda de gratitud con el difunto Dr. Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, antiguo Ministro de Salud Pública (sic), quien ayudó en la fundación y mantenimiento del IVNIC a lo largo de su existencia” (27).

¿Quién era Gutiérrez Alfaro? Había nacido en Caracas el 29 de julio de 1897, hijo del reputado músico Pedro Elías Gutiérrez. Formó parte de la promoción de médicos cirujanos de 1920 y poco tiempo después recibió el título de doctor en medicina en 1923, especializándose luego en obstetricia y ginecología en la Maternidad Baudelocque, en París, Francia. A su regreso a Venezuela, además del ejercicio privado en diversas clínicas de Caracas, ingresó como profesor de Clínica Obstétrica en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y también se involucró en actividades políticas, siendo Diputado por el estado Anzoátegui. Fue miembro de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina y de la Academia Nacional de Medicina (28).



Figura 6. Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro (1897-1960)

Es evidente que Gutiérrez Alfaro tenía suficientes credenciales para ejercer el cargo de ministro de Sanidad y Asistencia Social, pero su nombramiento se debió principalmente a su relación personal con el presidente de la República Marcos Pérez Jiménez, de cuya esposa –Doña Flor Chalbaud de Pérez Jiménez– había sido el partero y médico personal. Su actuación al frente del Ministerio de Sanidad, cargo que ocupó durante todo el gobierno de Pérez Jiménez, ha sido considerada como muy positiva, con una reducción importante de los índices de morbilidad y mortalidad, y un incremento importante en la atención preventiva y hospitalaria. El 23 de enero de 1958 abandonó el país junto con el dictador Pérez Jiménez hacia la República Dominicana, residenciándose finalmente en Madrid, donde falleció en 1960. Sus restos fueron repatriados en 1969 e inhumados en el panteón familiar en el Cementerio General del Sur en Caracas (28,29).

Conclusión

La fundación del IVNIC constituye uno de los hitos más importantes en la historia de la ciencia y la medicina en Venezuela. Aunque su vida fue efímera (apenas 4 años), la infraestructura que se desarrolló y el equipamiento que se obtuvo facilitaron el posterior desarrollo de otra institución científica de relevancia nacional e internacional, el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. A su vez, su historia puede verse como otro ejemplo de la negativa influencia de la política en la institucionalización de la cultura en general y de la ciencia en lo particular, de lo cual existen otros ejemplos en nuestra historia.

Agradecimiento. Nuestro agradecimiento a la Unidad de Fotografía Científica del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), y particularmente a Jorge Rivas y Enrique González, por la facilitación en la selección de fotografías que ilustran este trabajo, tomadas del archivo de la mencionada Unidad.

Referencias

1. Soyano A. Albores de la inmunología en Venezuela. *RevSoc Ven HistMed.* 2011; 60 (1/2): 148-152.
2. Portillo ME de. El Instituto Pasteur de Maracaibo. En: Vessuri H (comp.). *Las instituciones científicas en la historia de la ciencia en Venezuela.* Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, Caracas, Venezuela, pp. 43-67.
3. Rodríguez Lemoine V (1999) El Instituto Pasteur de Caracas (1895-1902). *Bol Soc Ven Microbiol.* 14 (2): 41-43.
4. Briceño Iragorry L. Instituto Pasteur de Caracas. *GacMédCaracas.*1980;88:331-35.
5. Soyano López A. Bosquejo biográfico de Santos Aníbal Domínici (1869-1954). En: R. Muci-Mendoza y L. Briceño-Iragorry (Editores). *Colección Razetti. Volumen XIV, Cap. 9,* pp. 319-474. Editorial ATEPROCA, Caracas.
6. Matos Romero M. *Semblanza del profesor Dr. Humberto Fernández Morán, un sabio venezolano del siglo XX.* Caracas, Tipografía Unión, 1986.
7. Jiménez Maggiolo R. *Humberto Fernández Morán. Vida y pasión de un sabio venezolano.* 1998, Fundacite, Maracaibo.
8. Carrasco M, Dos Ramos F. *Humberto Fernández Morán (1924-1999). Biografía de uno de los científicos venezolanos más importantes del siglo XX.* Informe Médico. 1999; 1 (10): 591-607.
9. Hernández Fonseca JP, Valbuena H. *Humberto Fernández Morán: un científico marabino de la talla de un diamante.* 2008, Ediciones LUZ, Maracaibo.
10. Requena J. *Humberto Fernández Morán (1924-1999). Biblioteca Biográfica Venezolana.* Caracas, C.A. Editora El Nacional, Vol. 136, 2011.
11. Requena J. Una revisión de la obra de Humberto Fernández Morán. *Bol Acad Nac Hist.* 2002. 85 (339-340): 101-126.
12. Bruni Celli B. Historia de la Facultad Médica de Caracas. *Rev Soc Ven Hist Med* 1958; 6 (16-17), p. 305.
13. Caballero M. *Las crisis de la Venezuela contemporánea (1903-1992).* Alfadil Ediciones, Caracas, Venezuela, 5a. edición, 2007.
14. Fernández Morán H. Ideas generales sobre la fundación de un Instituto Venezolano para Investigaciones del Cerebro. *Acta Cient Ven.* 1950; 1 (3): 85-87.
15. Editorial. Acerca del proyecto del Instituto de Investigaciones sobre el Cerebro. *Acta Cient Ven.* 1950; 1 (4).
16. Fernández Morán H. Fine structure of the insect retinula as revealed by electron microscopy. *Nature (London).* 1956; 177: 742-743.

17. Comisión Asesora del Instituto Venezolano de Neurología e Investigaciones Cerebrales. Informe (ejemplar mimeografiado, s/f, s/e).
18. Padrón R. Contribución de Humberto Fernández Morán a la microscopía electrónica. *Rev Latinoamer Metalurg Mater* 199;19: 56.
19. Roche M. Reactor, radioisótopos y energía nuclear: sus avatares en Venezuela. *Interciencia*. 1981; 6 (2): 86-92.
20. Ruiz Calderón H. Cambio y permanencia en los modelos de institucionalización de la actividad científica en Venezuela: el caso de la física y la energía nuclear en el IVNIC-IVIC. En: Vessuri H. (Compil.) *Las instituciones científicas en la historia de la ciencia en Venezuela*. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, pp. 249-272. Caracas, Venezuela.
21. Roche M. *Memorias y Olvidos*. Fundación Polar. Editorial Ex Libris, Caracas, 1986.
22. Roche M. Avenidas para la ciencia básica: el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), sus albores e institutos afines. En: M. Roche (Compil.) *Perfil de la ciencia en Venezuela*. Fundación Polar, Caracas, Tomo 1, pp. 285-284.
23. Anónimo. *Fundamentos legales del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC)*. Caracas, 1974 (s/e).
24. Roche M. El discreto encanto de la marginalidad. *Historia de la Fundación Luis Roche*. En: Vessuri H. (Compil.) *Las instituciones científicas en la historia de la ciencia en Venezuela*. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, pp. 209-248. Caracas, Venezuela.
25. Hecker S. *Francisco De Venanzi (1917-1987)*. Biblioteca Biográfica Venezolana. Caracas, C.A. Editora El Nacional, Vol. 51, 2007.
26. Fernández Morán H. Cryoelectron microscopy and ultramicrotomy: reminiscences and reflections. *Adv Electronics & Electr Physics*. 1985 (suppl. 16): 167-223.
27. Fernández Morán H. *Microscopía electrónica: pasado, presente y futuro. Recuerdos de cinco decenios y presagios*. *Bol Acad Cienc Fis Mat Nat*. 1992; 52 (167-168): 11-27.
28. Briceño-Iragorry L. Gutiérrez Alfaro Pedro A. (1897-1960). En: Gómez-González J, Briceño-Iragorry L, Rabí Chara M (editores). *Diccionario biográfico médico hispanoamericano*. Academia Nacional de Medicina. Editorial ATEPROCA, Caracas, Venezuela, 2007, p. 21-1360.
29. Zapata Díaz L. El maestro innovador: Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro. *Rev Soc Ven Hist Med*. 2014; 63 (2).

NOTICIAS Y EVENTOS

Discurso de toma de posesión de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina (SVHM.) para el periodo 2017 – 2019

“El depositario de la confianza ajena, no debe defraudarla nunca”

Rómulo Gallegos

Respetables Individuos de Número, Miembros Eméritos, Correspondientes e Invitados de Cortesía.

Presidente y demás Miembros de la Academia Nacional de Medicina,

Doctor Antonio Machado Allison, Presidente de la Fundación Palacio de las Academias

Apreciados Invitados especiales. Amigos todos:

Sean mis primeras palabras, en este acto tan solemne y tan pleno de emociones en lo personal, para compartir con ustedes la profunda complacencia de este momento. El pasado 10 de octubre –aniversario 254 de la Clase Inaugural del Curso de Medicina en nuestra querida Alma Mater, por el benemérito Doctor Lorenzo Campins y Ballester– se realizó la elección de los directivos para el bienio 2017–2019, con 84% de asistencia del electorado. Permítanme expresar mi sincero agradecimiento por la confianza que me han brindado, en unión de los ocho Miembros que me acompañan en la gestión de nuestra muy querida corporación. Y mi voluntad de empeñar mis limitadas capacidades para dar cumplimiento a la lección que nos impone la hermosa frase de Rómulo Gallegos, que he colocado como epígrafe de mi discurso. Estoy consciente de las difíciles circunstancias que nos toca enfrentar, del reto plural que debemos vencer, apoyado cada uno en el recíproco aliento, mismo que aparece en la estrofa segunda de nuestro Himno Nacional. Confío sin titubeos en la asistencia del Altísimo y también en la contribución de cada uno de ustedes, cualitativa y cuantitativamente inestimable. La SVHM nos requiere a todos y alcanzaremos un destino más pleno, en la medida en que seamos capaces de involucrarnos franca y lealmente en el logro de ese noble ideal. Negarnos a ello es negarnos a nosotros mismos. Aunque fuimos los primeros en llegar a nuestra sede (1953), somos relativamente la más pequeña de las instituciones que hacen vida en este Palacio. Nuestra opción lógica es la integración, siguiendo aquella sabia analogía que propuso Simón Rodríguez al Libertador, en la Europa de 1804 y que luego cantó un poeta:

*“Reúne a los pueblos sudamericanos
en un haz de hermanos,
Y darás a todos patria y libertad”*

Deseo reconocer sin escarceos, el esfuerzo y los logros que ha tenido la directiva encabezada por el Dr. Cutberto Guarapo Rodríguez. Sin contradecirme pienso que han existido a la vez desaciertos, como en toda obra humana. Pero no soy yo la persona para realizar ese juicio, ni es tampoco éste el momento adecuado. El proyecto que estamos construyendo se apoya en promover el talento y la voluntad de quienes hacemos vida en la institución y de los muchos que podamos incorporar en un vigoroso proceso de renovación, entre otras razones, para llenar las once vacantes que existen en el elenco de Individuos de Número y el de Miembros Correspondientes. Espero entusiasmarles para asumir un compromiso decidido con los objetivos y la misión que hemos recibido como obligante albaceazgo de nuestros ilustres fundadores.

Nuestra primera acción es ratificar la Misión y los Objetivos de la SVHM, dando cumplimiento al espíritu y al texto de su Estatuto y sus Reglamentos. Necesario es valorar nuestra pertenencia a la SVHM, para que entendamos cuanto significa y cuanto compromete a cada uno de sus miembros. Excepción hecha de los Miembros Honorarios, que no tienen obligaciones señaladas en el Estatuto, todos los demás –aún los insignes Miembros Eméritos– debemos sentir el compromiso de dicha membresía, con mayor entusiasmo. A tal fin, promoveremos la mayor participación de todos. En pocos días recibirán los miembros –vía correo electrónico– una encuesta para que nos expresen de manera concreta y breve, su punto de vista sobre aspectos esenciales de nuestro diario quehacer. Promoveremos un mayor acercamiento con la Academia Nacional de la Historia, las Escuelas de Medicina y otras Ciencias de la Salud, de Caracas, Zulia, Mérida y Bolívar, entre otras, por nuestra condición académica y para detectar en esos semilleros nuevos miembros.

Verificamos que un alto porcentaje de miembros está al día con el pago de la Anualidad, pensamos realizar una Campaña de Solvencia entre aquellos Miembros Numerarios o Correspondientes que han descuidado ese compromiso, en mi criterio, el mínimo aporte que corresponde a quienes integran una corporación académica o gremial. Otra tarea pendiente es completar y promocionar el Catálogo de textos de nuestra Biblioteca, un valiosísimo y poco conocido **patrimonio institucional**. Para ello contaremos con el apoyo del Dr. Miguel Angel De Lima, Profesor de Historia de la Medicina en la Escuela “Luis Razetti”. Conviene también desarrollar un plan para la donación de libros no pertinentes y de más de dos mil revistas sobrantes, que ocupan espacio en nuestra sede, cuando bien podrían ser útiles en manos de instituciones y personas interesadas.

Dentro de escasos 22 meses, en julio del año 2019, se cumplirá el 75 Aniversario de la Fundación de la Sociedad. A tal fin nos proponemos planificar y realizar con el mayor lucimiento, nuestro décimo primer Congreso, como acto central de esa importante efeméride. Para toda esta apasionante tarea proponemos a ustedes como consigna: **Cohesión, entusiasmo y perseverancia**. Como ha dicho con acierto y convicción, el muy apreciado consocio Dr. Miguel González Guerra, “*tenemos pasta de academia*”. Es una característica muy arraigada desde 1944, casi diría que genética, potenciada con los aportes y el testimonio de miembros notables, como mis Maestros Ricardo Archila, Juan Armando Nesi, Aníbal Osuna y Marcel Granier. Y otros también ilustres como Gabriel Briceño Romero, Rosario Beauperthuy, Tulio Briceño Maaz, Blas BruniCelli, Nora Bustamante, Francisco Plaza Izquierdo y tantos miembros de feliz memoria, para no afectar la modestia de algunos miembros tan relevantes, presentes entre nosotros. He citado al Dr. Nesi y permítanme que otra vez invoque su memoria y sus lecciones. Fue él quien me introdujo al seno de esta honorable corporación, hace ya 20 años. Siento que su sabiduría, su afecto y sus valiosos consejos, han contribuido a que mi humilde persona alcanzara la posición que hoy asumo, en presencia de ustedes, con sincera vocación de servicio, que no de poder, por ser este muy ajeno a mi condición humana.

Tarea de todos ha de ser contribuir al mayor enaltecimiento y la preponderancia que merece la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, por sus nobles propósitos y su relevante trayectoria, rumbo a celebrar sus Bodas de Diamante. Para todos nosotros será el cumplimiento de lo que prometimos libre y solemnemente, en hora afortunada de nuestras vidas. Hace pocas semanas la liturgia de la iglesia católica en la que milito, por vocación, y también por formación, nos recordaba en un texto del capítulo 5 de Isaías, aquella parábola de la viña estéril, de fuerte significación. Allí, el autor sagrado pone en labios de Dios una sentencia terrible: “*Derribaré su cerca y será pisoteada. Porque esperaba de ella frutos, esperaba Justicia y solo percibo reclamos y gritos de dolor*”. A mis compañeros en Directiva y a todos nuestros consocios les pido reflexionar y trabajar, para que, dentro de dos años, podamos recoger un óptimo resultado del ejercicio que iniciamos hoy, con altas expectativas.

Como otra demostración de que unidad, no es uniformidad, concluyo mi mensaje con aquella empeñosa cita que hizo en 1979 Luis Herrera Campins, persona que aprecié, no tanto por la homonimia, sino más bien por sus valores, su llaneza y su actuación política, aunque no compartiera algunas de las medidas que marcaron aquel quinquenio.

El fallecido mandatario finalizó su primer discurso presidencial con un párrafo de la Carta al Griego, obra emblemática y misteriosa de NikosKazantzakis (1883-1957), considerado por muchos el más notable de los escritores y filósofos griegos de nuestro siglo XX. El escritor implora a su ilustre compatriota y gran pintor, en medio de un místico arrebató: *“Ayúdame a llegar, hasta donde no pueda”*. Percibo claramente limitaciones personales, que acrecen con el avance de mi periplo vital; en el propósito compartido de enaltecer nuestra institución, ruego a ustedes me ayuden a llegar, *“hasta donde no pueda”*. Muchísimas gracias.

Caracas, 18 de octubre de 2018.

Dr. Luis E. Herrera García

ANECDOTARIO MÉDICO

El primer paciente del hospital universitario de Caracas

Dr. Daniel Sánchez Silva

El 16 de mayo de 1956 fue inaugurado oficialmente el Hospital Universitario de Caracas (HUC), en su momento la obra de ingeniería sanitaria más moderna de América Latina. El presidente de la república General Marcos Pérez Jiménez se sentía orgulloso del complejo Ciudad Universitaria y Hospital Universitario. El ministro de Sanidad era el Dr. Pedro Gutiérrez Alfaro, quien a la vez era el jefe de la Cátedra y Servicio de Obstetricia del mencionado hospital.

En una conversación que sostuve con el Dr. Miguel Yáber Pérez quien posteriormente fue jefe de la cátedra de obstetricia y director del Hospital Universitario me contó la siguiente anécdota: *“La noche antes de la inauguración del hospital, el ministro Gutiérrez Alfaro me llamó y me dijo: - Yáber, yo quiero que sea mi cátedra la que inaugure el hospital. Así que vas a traer de la maternidad Concepción Palacios a una paciente múltipara en trabajo de parto para que de a luz en el hospital durante la inauguración”*.

El 16 de mayo -durante los actos de apertura del HUC- se encontraban presentes los doctores: Pedro Gutiérrez Alfaro (Ministro de Sanidad), Jorge Soto-Rivera (Director del Hospital Universitario), Pastor Oropeza eminente pediatra venezolano entre otras personalidades. A las 10:30 am cumpliendo lo encomendado por el Dr. Gutiérrez Alfaro, el Dr. Yáber se presenta en una ambulancia que venía desde la maternidad con la señora Mercedes Arráiz de 26 años procedente de Río Chico (estado Miranda), múltipara y en trabajo de parto.

Aquello fue todo un gran espectáculo pues la ambulancia venía escoltada desde la maternidad hasta el HUCy tocando sirena para abreviar la carrera y anunciar su llegada. Inmediatamente el ministro de sanidad se vistió de ropa quirúrgica para atender personalmente el parto, junto al Dr. Miguel Yáber Pérez. El pediatra encargado de examinar al recién nacido fue por supuesto el Dr. Pastor Oropeza y el Dr. Jorge Soto-Rivera director del hospital, realizó la historia clínica de la paciente. A las 10:27 de la mañana nació un varón de 3 Kg de peso y una talla de 50 cm, en buenas condiciones generales y a quien pusieron por nombre *“Marcos”* en honor al presidente de la república.

De esta manera y con todo este espectáculo preparado fue inaugurado el Hospital Universitario de Caracas con su primera paciente atendida en el servicio del ministro de sanidad. Como dato complementario, el ministro de sanidad también era el obstetra de la primera dama de la república, Doña Flor Chalbaud de Pérez Jiménez.



Fig 1. El doctor Pedro Gutiérrez Alfaro, tras asistir el parto de la Sra. Mercedes Arráiz, primera paciente ingresada en el Hospital Universitario (Mayo 16, 1956). También aparecen los Drs. Miguel Yáber, Oscar Beaujón, Pastor Oropeza, Ernesto Figueroa y Luis Capechchi.

Fuentes:

1. Yaber Pérez Miguel. Comunicación Personal
2. Plaza Izquierdo Francisco: Historia del Hospital Universitario de Caracas. Ediciones del Rectorado de la UCV. Caracas, 1986. p. 1150