

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

*Los orígenes y fundamentos  
de la  
Cirugía Biliar,*

DISCURSO DE RECEPCION  
DEL ACADEMICO ELECTO

*Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos van der Hofstadt Alberola*

DISCURSO DE CONTESTACION  
DEL ACADEMICO DE NUMERO

*Excmo. Sr. Profesor Dr. Don Javier García-Conde Gómez*



VALENCIA, 29 de Noviembre de 1977

LOS ORIGENES Y FUNDAMENTOS DE LA CIRUGIA BILIAR

*Dr. Carlos van der Hofstadt Alberola*

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

*Los orígenes y fundamentos  
de la  
Cirugía Biliar*

DISCURSO DE RECEPCION  
DEL ACADEMICO ELECTO

*Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos van der Hofstadt Alberola*

DISCURSO DE CONTESTACION  
DEL ACADEMICO DE NUMERO

*Excmo. Sr. Profesor Dr. Don Javier García-Conde Gómez*



VALENCIA, 29 de Noviembre de 1977

DISCURSO DE RECEPCION  
DEL ACADEMICO ELECTO

*Ilmo. Sr. Dr. Don Carlos van der Hofstadt Alberola*

Depósito Legal: A. 481 - 1977

Sucesor de Such, Serra y Cia.—Avda. de Orihuela, 51.—Alicante

Excelentísimo Señor Presidente,  
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores,  
Ilustrísimos Señores Académicos,  
Señoras y Señores:

Las obligadas palabras de gratitud, con que debe iniciarse un discurso académico de recepción, son en mi caso particularmente fervorosas y sinceras.

La expresión de mi reconocimiento debe alcanzar en primer lugar a la Real Academia, personificada en nuestro Excelentísimo señor Presidente; en segundo, a los Ilustrísimos señores Académicos que me hicieron el honor de su propuesta; en tercero, a todos vosotros, Ilustrísimos señores desde ahora mis colegas, que con vuestra votación unánime habéis hecho tambalear mi sentido de la modestia, y por último a todos los asistentes a este acto entrañable, que con esta atmósfera exultante de amistad ferviente, al punto de parecer tangible, me priváis del sentido de la realidad.

Soy consciente de mis limitaciones y por ello valoro en su justa proporción la magnitud de vuestra bondad y benevolencia en mi elección. El cargo en que hoy me investís tiene una contrapartida de deberes a los que prometo consagrarme con todas mis fuerzas para ser digno de la confianza que en mí habéis depositado, paliando con constancia y tesón mis pobres merecimientos.

Tengo muy presente el espíritu académico, que entiendo como MARAÑÓN, *no como meta alcanzada o júbilo glorioso; sino como deber estricto de cooperación al progreso de nuestro pueblo y nuestra hora a la sombra de una dignidad y una jerarquía indudables, pero con voluntad de eficacia creadora.*

Sobre la deuda personal que supone el ser elegido en esta Asamblea de sabios ilustres, he de considerar otras dos razones de su misma cuantía, que aumentan mi obligación de reconocimiento.

La representación que me otorgáis de la medicina alicantina es la primera de estas dos razones. Soy el representante y sin duda el más modesto de los muchos que podrían, con más méritos que yo, ocupar hoy esta tribuna. En nombre de todos ellos, gracias, señores. Al estrechar los fraternales lazos

que unen los pueblos de nuestro reino debo decir copiando literalmente al almirante Guriñén TARO, Julio (1897-1972), que *soc un fill d'Alcaant reblat fidel y arrelat a l'umadissima Valencia cap i casal del nostre antic Reialme un dels de la Confederació Aragonesa* (Lo Rat Penat 30-7-66).

La segunda razón de gratitud a que antes aludía, es más personal e íntima y es, la oportunidad que me deparéis de ocupar en esta Casa el Sillón que perteneció a mi Maestro, el inolvidable don JOSÉ SÁNCHEZ SAN JULIÁN (1897-1974).

Tan sincera emoción como en estas palabras de gratitud he puesto, quisiera poner en las que ahora debo dedicar a mi antecesor.

Es notorio que fue un académico excepcional, tanto por la densidad de sus conocimientos científicos como por el amor insuperable y persistente que demostró en todo momento a la Real Academia. De su personalidad científica nada se puede añadir al discurso de acogida con que el Profesor GARCÍA COMDE le recibió en este Salón el 28 de febrero de 1969. Sus valores humanos fueron fraternalmente exaltados por el recordado doctor MARIANO ESTEBAN GIL en la sesión neorológica que la Academia le dedicó el 14 de mayo del 74. Después de estas dos exposiciones realmente insuperables, quiero yo gloriar hoy su actitud ante la enfermedad y en el difícil momento de tránsito, de los que fui testigo de excepción.

Mi relación con SAN JULIÁN se remonta a la fecha de mi nacimiento, y una serie de circunstancias diversas la fueron haciendo íntima en el devenir del tiempo. El 28 de septiembre de 1973 sufrió en mi compañía el infarto de miocardio. En aquel momento, yo le contaba el desarrollo del Congreso Internacional de Cirugía de Barcelona y el proyectaba con ilusión la celebración de sus Bodas de Oro matrimoniales. Conmemoró su aniversario en la Unidad de Cuidados Intensivos, rodeado de todos los que éramos o habíamos sido alumnos suyos y preparando esperanzado su pretendida asistencia a la reunión en Córdoba de la Sociedad de Patología Digestiva.

Durante medio siglo don José y doña CELIA MOYA BAY fueron una pareja inseparable. No hay varón completo si no tiene al lado la figura de una mujer. CELIA MOYA, supo siempre cultivar delicadamente las amistades de su esposo, compartir sus alegrías y mitigar sus preocupaciones. Fue y sigue siendo su complemento perfecto.

La Patología es siempre compleja y el destino imprevisible. Después de una falaz recuperación y un penoso peregrinar a Valencia y Madrid en busca de la salud perdida, se presentó el cuadro final que tenía que encajar en lo que él dominaba magistralmente y había expuesto en tantas ocasiones: Hemorragia digestiva. Dijo: *Haced conmigo lo que se haría con un enfermo de la sala 3.*

En plena conciencia de su necesidad quirúrgica, su exquisita sensibilidad le hizo dudar en el momento de sentar la indicación ante el temor de que su elevado riesgo pudiera afectar nuestro prestigio.

Le operamos el 27 de febrero de 1974. Una úlcera de curvadura menor obligó a una amplia resección gástrica. Recidivó, volvió a sangrar, se reintervino el 25 de marzo y falleció el 28, a los seis meses justos de aquel fatídico 28 de septiembre en que sufrió el infarto.

Hay que destacar, la resignación lúcida con que en todo momento aceptó sus dolencias y las agudas indicaciones con que siempre colaboró a su propio tratamiento.

Con él, desapareció el *hombre natural y equilibrado*, como le definió GARCÍA COMDE, desarrollando hasta el último momento el *laborioso señorío de su ejercicio médico prudente*, que evocara MARIANO ESTEBAN y dando una última lección de ecuanimidad, prudencia, sensibilidad y dignidad. Descanse en paz.

La Real Academia es una Dama austera y rigurosa arropada por su secular tradición, que no tolera para llegar a ella escaleras ocultas ni pasillos tortuosos. Exige una entrada por la puerta grande, a la luz del día y provisto del viático en regla, que es la formalidad inexcusable del discurso de ingreso.

La estructura de un discurso de recepción se basa en los principios del teatro clásico. Como en él, se respeta la unidad de lugar, la unidad de tiempo y la unidad de acción.

La unidad de lugar está sugerida por este *espléndido anfiteatro*, descendiente y heredero del antiguo monasterio de la Orden de San Basilio, situado en la hoy parroquia de San Bartolomé, y de la casa de La Almoyna, donde el obispo don RAIMUNDO GASTÓN instituyó el 30 de marzo de 1345 la primera Lectura Pública de Teología, y que fueron la sede del primitivo Estudio General de Valencia, hasta transformarse en Universidad, merced a la bula concedida el 13 de octubre de 1502 por el Papa ALEJANDRO VI. Rodrigo de Borja (1431-1503) y para cuya instalación, la ciudad compró a doña ISABEL SERAÑO por 15.000 sueldos una casa con dos patios y dos huertos contiguos que unidos a la antigua casa de Pere Vilarcut dio cabida a sus instalaciones.

En estas aulas, aprendieron y enseñaron: PEDRO JIMENO (?-1552), discípulo de VESALIO y descubridor del hueso estibio; MIGUEL JERÓNIMO DE LEDESMA (?-1547), cabeza del humanismo médico valenciano; LUIS COLLADO (?-1589), gran anatomista y renovador de la clínica; el alicantino JAIME SECARRA (?-1597) autor de uno de los primeros tratados de fisiología; MELCHOR DE VILLENA (1564-1655), el Tómbas de su tiempo o el Tostado de la medicina; ANDRÉS PIQUER (1711-1772); el también alicantino FRANCISCO JAVIER BALMIS

(1753-1819) director de la famosa expedición que difundió en torno al mundo la vacuna antivariólica; MATRO JOSÉ BUENAVENTURA ORFILA (1787-1853) y tantos otros que en ellas recibieron conocimientos, que generosamente transmitieron después.

La unidad de tiempo, son los inexorables cuarenta y cinco minutos, y la unidad de acción viene expresada en esta ocasión por mi intención de conectar mi parlamento con el de mi predecesor.

Después del acto primero, consagrado a hacer patente el agradecimiento y la buena voluntad del recipiendario, el acto segundo está destinado a la exaltación de la figura del Académico precedente y en el tercero es de justicia recordar a las personas cuyo brillo intelectual nos afectó en el curso de nuestra formación. Al igual que los pueblos en el curso de la historia, el hombre no realiza nada en su vida que no sea consecuencia del pasado. El éxito se debe en una gran proporción a aquellos que nos han precedido, instruido o guiado. La deuda contraída con el pasado sobresale ante toda otra causa, en el momento de hacer examen de conciencia. Contar las etapas de nuestra existencia sería caer en la anécdota personal; presentar en el recuerdo las grandes figuras que conocimos y tratamos, es contribuir a la crónica de nuestro tiempo y en cierto sentido anticiparse a la historia.

Yo he de reconocer que mi vida y mi carrera, han sido favorecidas por la suerte. Provisio de un mediocre equipaje, el navío que me trae aquí no ha hecho escala más que en puertos afortunados, donde siempre se ha enriquecido con adquisiciones singulares.

Es momento de evocar la impresión que me produjeron en su día, la prodigiosa capacidad de don José Estrella y Bermúdez de Castro (1898-1949); la severa y eficaz justicia pedagógica de don FERNANDO ENRIQUÉZ DE SALAMANCA y DANVILLA (1890-1966); la inteligente elegancia operatoria de don LEÓN CARDENAL y PUJALS (1878-1960); la promesa real de José Luis ARTERA ALJIBE (1912-1957), truncada en plena realidad de su labor; la enciclopédica personalidad de don GREGORIO MARAÑÓN y POSADILLO (1887-1960) y el rigor intelectual del profesor GAUDARD D'ALLAINES, François (1892-1974); por no citar más que a los desgraciadamente desaparecidos.

Mención muy especial en mi formación profesional y humana tiene el impacto y la continuada influencia del doctor JOSÉ CLAVERO MARCARI (1895-1966), mente preclara, espíritu cultivado, que unía a sus sobresalientes dotes intelectuales una habilidad manual muy poco común. Le adeudo gran parte de mi formación profesional y toda mi felicidad familiar. A él, en este trascendental momento, mi emocionado recuerdo.

Después de los tres actos precedentes, en el acto cuarto es donde exponiendo «*Los orígenes y fundamentos de la cirugía biliar*», pretendo establecer la unidad de acción con los «*Cincuenta años en la exploración de la vía biliar principal*», que trató en su discurso de recepción el doctor SÁNCHEZ SAN JULIÁN.

El espíritu se nutre, como el cuerpo, de factores ancestrales transmitidos de generación en generación. El acto médico se fundamenta en el empleo combinado y juicioso de dos clases de medios: las facultades del espíritu del médico, como ser inteligente y las posibilidades materiales que se modifican y crecen en función del progreso. Si para servirse de las posibilidades materiales es preceptivo conocer cómo fueron concebidas, sus limitaciones y su modo de empleo, para servirse de la mente hay que instruirse en dos fuentes básicas: una, la que se funde en los principios de la filosofía lógica, puesta al servicio de una metodología que se adquiere durante los estudios y los primeros años del ejercicio, y otra, la que se deduce de la manera de cómo nuestros predecesores han razonado para llegar a lo que en su día fueron grandes o pequeños descubrimientos. Partiendo de estas premisas, COURRY Charles ha definido, acertadamente, la Historia de la Medicina como la *embriología espiritual de la profesión médica*.

La Medicina, como necesidad humana, no pudo aguardar, para constituirse, a los adelantos y conquistas de la ciencia. El origen de la Medicina es el origen mismo de los pueblos. Las enfermedades han sido patrimonio y motivo de muerte del hombre en todos los tiempos. Hace tres millones de años, cuando el AUSTRALOPITHECO construía sus primeros objetos tallados, ya debía existir una rudimentaria manera de curar. HOUVARD, ha dicho que la Medicina ha salido del fondo de nuestras necesidades, siendo por esta razón una de las primeras conquistas del espíritu humano.

PURRIO, Calus Plinius Secundus (23-79), en el libro I capítulo XXIX de su «*Historia Natural Universal*», escribió en su tiempo: *si han existido algunos pueblos que se hayan pasado sin médicos, no por ello han estado sin medicina*.

HERODOTO, de Halicarnaso (484? - 425 a. J.C.), refiriéndose a los babilonios, cuenta que después de las costumbres que se refieren a los matrimonios, la más sabia es la que se refiere a los enfermos: *como no tienen médicos transportan los enfermos a la plaza pública y allí cada transiente se aproxima y si ha tenido la enfermedad, o la ha visto en otro, ayuda al enfermo con sus consejos* (libro I CITO cap. CXCI). ESTRABON, (63 a. J.C. - 24 d. J.C.), hace extensiva esta costumbre a los egipcios y lusitanos.

Desde la época más remota conocían los egipcios la existencia del hígado designado con el nombre de «*mist*», palabra cuya representación gráfica varió a lo largo de los siglos. Las primeras inscripciones datan de la V dinastía del Imperio Antiguo (2375-2345 a. J.C.) y en el papiro de Ebers se refiere a los cuatro vasos que hay en el hígado y lo estudia como componente de diversos remedios. Las alusiones al hígado aparecen en los libros más antiguos. Los hititas y los etruscos establecían presagios según la configuración de su

cara inferior que nos llegaron reproducidas en moldes de arcilla. La «Harnaspitia», era el arte etrusco de la adivinación por medio del examen de las entrañas. En el hígado se distinguía un lóbulo derecho o parte propia (*pars familiaris*) y un lóbulo izquierdo hostil (*pars hostilis*). Para los babilonios el centro de la inteligencia era el «kebittu» (hígado) que a la vez era el origen y receptáculo de la sangre. En el «*Rig-Veda*» indio, los humores más importantes son el aire, la bilis y la flema. Para los chinos primitivos, el calor vital tenía su asiento en el estómago, intestinos, vesícula biliar y úteros. En el «*Thamud*», el hígado es el sitio de la cólera y la vesícula biliar echa sobre él la bilis para calmarlo. Otros pueblos consideraban el hígado como asiento de determinadas cualidades morales, así SENECA, Lucio Anneo (4 a. J.C. - 65 d. J.C.), situaba en una parte del hígado la misericordia y en otra el miedo. En latín el hígado se llama «*iecur*» y PLINIO cuenta el modo de engordar el hígado de los gansos con higos (*figus*) e hidromiel con lo que se obtenía el «*iecur ficatum*» precursor del foie-gras y probable origen etimológico de la palabra hígado actual.

HOMERO (s. IX a. J.C.), en la «*Iliada*» hace una de las primeras descripciones de lesión hepática. En el canto XIII relata cómo DERFOBO dirige su jabalina contra IDOMENEO, la cual va a herir a HIPSENOA atravesándole el hígado por debajo del diafragma y haciéndole caer en el acto.

La división de las enfermedades en internas, menos accesibles, y externas, más accesibles a la comprensión de los sentidos, existió desde la más remota antigüedad, bosquejándose ya en los tiempos de la Grecia mitológica. Los héroes QUIRÓN y ESCULAPIO, médicos e inventores de la medicina, aparecen ya con una misión diferente que marca la ancestral división. ESCULAPIO fue médico, pero también fue dios por sus prodigiosas curaciones. QUIRÓN fue un centauro, un guerrero, un hombre al que se permitió morir de una úlcera a pesar de su origen divino, si bien luego, como compensación, la fábula le colocara en el Zodíaco. ESCULAPIO es una representación emblemática o simbólica elevada a la divinidad. Su fábula, es de origen egipcio. El propio nombre procede de dos voces egipcias, *asis* (hombre) y *caleph* (perro); a partir de ellas se formó ASCLEP, ASCLEPIO, AISCERIO y ESCULAPIO.

TERTULIANO, Quintus Septimus Florens (155?-230?), atribuye la invención de la medicina al centauro QUIRÓN y SAN ACUSTRÍN, Aurelius Augustinus (354-430), añade que de éste la aprendió ESCULAPIO, al que llamaron ARCHITRHO o príncipe de los médicos. Para GALENO, Claudius Galenus Nicom (129 ó 131-201), la Medicina la inventó APOLLO y la perfeccionó ESCULAPIO.

Si ESCULAPIO fue discípulo de QUIRÓN, la Cirugía fue anterior a la Medicina, y es lógico que así fuera, ya que el primer gesto terapéutico tuvo que ser un gesto instintivo del hombre primitivo. SPRENGER, Kurt (1776-1833), escribió en 1792 que la Cirugía es la más antigua de las terapéuticas. Toda ciencia ha sido primero una experiencia y las experiencias quirúrgicas y mé-

dicas fueron primero que la ciencia médico quirúrgica; como ambas procedían de necesidades tan antiguas como el hombre, la fecha de su inicio será necesariamente la misma de la aparición del hombre sobre la tierra.

La Historia de la Cirugía del hígado y de las vías biliares está inserta en la Historia General de la Cirugía y al igual que ella, dividida en una serie de períodos dominados por la evolución de la cultura.

Cuatro hitos fundamentales jalonan su evolución: el conocimiento de la anatomía; la anestesia; la antisepsia y la asepsia; el positivismo naturalista y el actual siglo XX. Los cuatro hitos delimitan cinco etapas; desde la aparición del hombre en la tierra a VESALIO y la anatomía moderna; desde el conocimiento anatómico, pasando el Renacimiento, el Barroco, la Ilustración y el Romanticismo, jaloneados de la cultura universal, al descubrimiento de la anestesia en 1846. De la anestesia, a la antisepsia primero y la asepsia después, en el último tercio del siglo pasado; luego el positivismo naturalista de final y principios de siglo y por último el perfeccionismo de la época en que vivimos, con otras perspectivas intelectuales.

Existió, como hemos visto, una primera etapa mítica, en la que el hígado es el centro del cuerpo y del espíritu humano. PROMETEO encadenado regenerando su hígado día a día, se adelantó en el mito, en siglos, a las comprobaciones experimentales de POTTIER, Emilio (1844-1913), de Breslau, cuando demostró en 1890 la capacidad regenerativa del hígado del perro, al resecarse tres cuartas partes de la víscera.

La base fundamental del saber quirúrgico es la ciencia anatómica. Hasta el siglo XVI las descripciones anatómicas eran un cúmulo de errores repetidos hasta la saciedad, cuando por el contrario, los relatos clínicos son muchos de ellos, tan valederos hoy como entonces. En el siglo III a. J.C., HERÓFILO (340-300 a. J.C.), describió cinco lóbulos hepáticos y este concepto se mantuvo hasta GALENO, en el siglo II.

En los dos extremos del mundo grecolatino, HIPÓCRATES (460?-377 ó 356 a. J.C.), y GALENO, con su raro talento y sus conocimientos universales, ejercieron sobre los espíritus una influencia despótica de siglos.

El que la biblioteca de Córdoba llegara a tener 400.000 volúmenes en el 929 y que AVICENA, Abu Ali Alhuseis Ibn Abdallah Ihnsina (980-1037), fuera por sus conocimientos enciclopédicos una especie de LEONARDO DE VINCI del Oriente del año mil, no aportó nada a la cirugía hepatobiliar que estaba reducida a alguna intervención aislada y excepcional en circunstancias muy particulares. Así, en el siglo VII PAULUS AECINATA (625-690), cautizó al uso de la época un trozo de hígado eviscerado en una herida abdominal.



El año 1315 MONDINO, o Raimondino Luzzi (1270 ó 1275-1326), profesor en Bolonia se atrevió a diseccionar dos cadáveres de mujer y GENTILE DA FALGANO contemporáneo de GIOTTO De Bondone (1266-1337), MARCO POLO (1254-1323) y DANTE, Alighieri (1265-1321) y que murió hacia 1348, describió la vesícula biliar.

La esterilidad médica de toda la Edad Media es tanto más notoria cuando se la compara con el resto de las actividades humanas; fue una época fecunda para las artes y las letras; surgieron las iglesias románicas y las catedrales góticas, al tiempo que florecía la escultura y la pintura.

Sólo existían en la Edad Media dos ventanas abiertas al futuro y al pasado, Salerno y Montpellier. Salerno, ciudad hipocrática, que la leyenda pretende que fuese fundada por un griego PONTUS, un italo-romano SALERNUS, un judío HELINUS y un sarraceno ADELA; recogió todo el saber médico de las diferentes culturas proyectándolo hacia el futuro.

Montpellier, ciudad perteneciente a la corona de Aragón de 1204 a 1382 por matrimonio del Rey PEDRO II, y I de Cataluña (1196-1213), conocido con el apelativo de El Católico, con doña MARTA DE MONTPELLIER, descendiente de los emperadores de Bizancio y padres ambos del rey JAIME I; fue en esta ciudad donde el 17 de abril de 1220 el cardenal CONRAD, legado del Papa HONORIO III (?-1227), fundó la primera Universidad de la Historia. Durante los primeros 62 años de su existencia la Universidad de Montpellier perteneció a la confederación aragonesa hasta que pasó a dominio del rey CARLOS VI de Francia en 1382 por venta efectuada por don JAIME DE MALLORCA durante el reinado de su hermano PEDRO IV, el Ceremonioso o el del Puñal (1336-1387).

La existencia de los cálculos biliares era conocida desde antes de la era cristiana. El Royal College of Surgeons de Inglaterra guarda en su museo la momia de una princesa egipcia con litiasis biliar. Para ALEJANDRO DE TRALLAS físico del siglo V, los cálculos son el *secado de humores solidificados como piedras*. FERNEL, Jean François (1497-1558), médico, físico y astrónomo francés, constató en 1554 la existencia de cálculos en los conductos biliares.

Toda la cirugía degenerativa de la época era producto de copias, traducciones y recopilaciones de textos antiguos, basados en una anatomía errónea. El tratado más importante era «*La grande Chirurgie*» publicada en 1363 por GUY DE CHAUVIAC (1300 ?-1368), maestro en Montpellier, médico y capellán de los papas de Avignon que fue texto indiscutido durante cuatrocientos años. La falta de conocimientos anatómicos y la imposibilidad de realizar disecciones tenía paralizada la cirugía desde los tiempos de GALENO. Sólo en 1391, la Universidad de Lérida, obtuvo autorización para diseccionar un cadáver cada tres

años. En Bolonia, en 1405, ya se podía diseccionar un cadáver por año; en Inglaterra hay que llegar a 1540 para que se autorice la disección de cuatro condenados al año.

El descubrimiento de la perspectiva por el arte y el genio de LEONARDO DA VINCI (1452-1519), son las bases de la anatomía moderna. Sobre un principio de motivación artística, encaminado a conocer las actitudes y posturas del cuerpo humano, se pasó rápidamente al dominio de la ciencia anatómica por los médicos.

ALESSANDRO ACHILLINI (1463-1512), anatomista de Bolonia, describió por primera vez el cólecoco y SPRENGEL, Adriano van der (1578-1625), médico flamenco establecido en Padua, especificó la anatomía del hígado y el lóbulo de su nombre.

La revolución anatómica que marca un hito en la historia del conocimiento humano se debe a ANDRÉS VESALIO (1514-1564), nacido en Bruselas la noche de San Silvestre de 1514, alumno en París de SURYO, Jacques Duhois (1478-1555), profesor en Padua, médico de los reyes CARLOS I (1500-1558), y FELIPE II (1527-1593) y que murió a los 50 años en la isla de Zante (Zacynthos) junto al Peloponeso y en la que está enterrado en la iglesia de Santa María de Gracia junto al lugar donde reposan las cenizas de CICERÓN, MARCO TULLIO (106-43 a. J.C.), fallecido 1607 años antes. Dice LAIR, que VESALIO supo *más anatomía que sus predecesores y también la supo mejor, con menos errores, con mayor precisión y claridad. Pero además, la supo de otro modo, riéndola y entendiéndola con el espíritu de su tiempo*. Todos los errores de GALENO provocados por las disecciones de animales generalmente monos y perros, fueron corregidos por VESALIO a los 28 años. En 1543, demostró que el conducto biliar drena en el duodeno y comprobó la existencia de repliegues membranosos en su porción terminal que impiden el reflujo. Su obra «*De humanis corporis fabrica*» publicada en Basilea contiene todo el saber anatómico del momento.

El sucesor de VESALIO en la cátedra de Padua, FALOPPIO, Gabrielle (1523-1562), describió en 1561 la oblicuidad del curso del cólecoco y posteriormente en 1642 WIRSUNG, Johann Georg (1600-1643), descubrió el conducto pancreático.

La anatomía va dejando de ser estática y se pretende explicar la función de sus estructuras, así GRISSON, Francis (1597-1677), es el primero que describe en su monografía, «*Anatomia Hepatis*», en 1654, las fibras musculares que rodean la terminación del cólecoco e intenta aplicar su teoría de la *irritabilidad neuro muscular*, a la fisiología excretora de las vías biliares. El mismo, enfermo litiasico, publicó la primera observación de expulsión de cálculos biliares a través del tracto intestinal.

ABRAHAM VATER (1684-1751), anatómico alemán en Wittenberg, inventó en 1720 los canales biliares de piezas anatómicas, después de haber ligado la papila, y describió la protuberancia que se produce en la desembocadura duodenal y a la que llamó *divertículo de la bilis*. En 1724 SANTORINI, Domenico (1681-1737), descubrió en Venecia el segundo conducto pancreático.

A finales del siglo XVIII los conocimientos anatómicos eran sólidos y reales; el hombre había tenido que hacer un largo y tedioso camino para llegar a ellos, la cirugía visceral sólo necesitaba la aparición de la anestesia y la antisepsia, para que unidas a la hemostasia constituyeran el triplete básico sobre el que asentarse.

Durante siglos, la ligadura iniciada por los antiguos, fue relegada en favor de la cauterización como único remedio contra la hemorragia. En 1546 publicó AMBROSIO PARE (1509?-1590), «*La méthode de traiter les playes faites par harquebutes et autres batons de feu et de celles que son faites par fleches, dards et semblables; aussi des combustions faites par la poudre a canon*».

PARE, hijo de barbero, inició su carrera de cirujano barbero y llegó a ser cirujano de cuatro reyes de Francia. En su obra, de los primeros escritos médicos publicados en francés y no en latín, reconoce como habiéndosele terminado el aceite hirviendo, que era el tratamiento habitual de las heridas «empunzonadas» de arma de fuego, lo tuvo que sustituir por una emulsión hecha con yema de huevo, aceite rosado y trementina; al día siguiente, comprobó la extraordinaria diferencia de resultados con el método hasta entonces clásico. Impresionado por esta experiencia accidental que siguió comprobando, preconiza en su texto la ligadura en las amputaciones y escribe: *es sin haberlo visto de nadie, oído, ni leído, que quise Dios darme la idea de cerrar con un hilo la arteria seccionada de los amputados*.

Años después, fundada la anatomía patológica sobre la obra de MORGANI, Giovanni Battista (1682-1771), y método anatomoclínico por LAENNEC, Theophile-René-Marie-Hyacinthe (1781-1826), la medicina moderna iniciaba su esplendor, en tanto que la cirugía, ejercida por un número importante de cirujanos de categoría, que eran notables anatómicos y excelentes clínicos, no sabían y no podían practicar más que un reducido número de operaciones en las que brillaban únicamente por su rapidez, destreza y virtuosismo.

Desde los tiempos más antiguos, se conocía la posibilidad de obtener una insensibilidad relativa por medio de variados procedimientos, pero en realidad el hombre no pudo ser operado sin dolor, más que desde hace 131 años.

En Egipto se obtenía una anestesia local por medio del gas carbónico dependiendo al mezclar vinagre con polvo de mármol. Los antiguos aztecas utilizaban el peyote; los chinos el hachís; DIOSCORIDES FACAS en el siglo I

a. J. C. y en la escuela de Alejandría, proponía el vino de mandrágora y NICOLÁS PRAEPOSTRUS SALERNO, a principios del siglo XII la esponja soporífera. Todos estos remedios de eficacia muy relativa, tenían la ventaja de ser poco nocivos. No ocurría lo mismo con el proceder Asirio, de provocar el coma por compresión bilateral de las carótidas para obtener la insensibilidad, que siguió usándose en Italia hasta bien entrado el siglo XVII.

La mayoría de las veces, el alcohol a grandes dosis y en ocasiones el opio, eran los remedios más usuales y eficaces para embotar el espíritu y hacer soportable el dolor. Esta era la situación que obligaba a una sólida inmovilización de los pacientes y a unas intervenciones extremadamente precisas y rápidas.

En 1800 DAVY, sir Humphrey (1778-1829), químico inglés, descubrió el protóxido de nitrógeno, conocido con el nombre de gas hilarante, y comprobó su efecto de producir un sueño insensible, seguido de un despertar eufórico, realizando la experiencia de hacerse extraer un diente, él mismo, bajo su efecto.

Otro inglés, HICKMANN, Henry Hill (1800-1830) practicó en 1823 anestias en animales sometidos a la acción del dióxido de carbono en el ambiente cerrado de una campana. Las primeras anestias experimentales, se iniciaban el año que BEETHOVEN, Ludwig van (1770-1827), estrenaba en Viena la «*Noena Sinfonía*». Cuando el espíritu humano había alcanzado tan elevado grado de perfección, el cuerpo iniciaba sus primeros balbuceos quirúrgicos.

En América, LONG, Crawford-Williamson (1815-1878), administraba a sus enfermos éter clorhídrico inspirado en los festines de éter, tan de moda en la época, pero no llegó a publicar sus observaciones.

HORACE WELLS (1815-1848), dentista de Hartford (Connecticut), descubrió en una exhibición de feria los efectos anestésicos del protóxido y lo empleó en sus enfermos en 1844. Para hacer público su descubrimiento preparó, en enero de 1845, una exhibición en el Hospital de Boston, que constituyó un rotundo fracaso.

MORTON, William Thomas Green (1819-1868), antiguo asistente de WELLS siguió los ensayos de éste con el protóxido, y a propuesta de JACKSON, Charles Thomas (1805-1880), ensayó el éter sulfúrico extrayendo bajo su efecto una muestra al paciente EBREW H. FROST el 30 de septiembre de 1846. Apresuradamente, MORTON publicó su caso el día primero de octubre en el «Boston Daily Journal» y el 16 del mismo octubre realizó a título de demostración en el anfiteatro del Massachusetts Hospital de Boston la primera anestesia quirúrgica de la historia, al enfermo GILBERT ABERT, al que el doctor WARREN, John Collins (1778-1856), extirpó un tumor del maxilar superior en el tiempo habitual, entonces, de cinco minutos. Convencido WARREN no tardó en estarlo

BIGELOW, Henri Jacob (1818-1890), que publicó el descubrimiento en el «Boston Medical Journal» el 18 de noviembre de 1846.

La mentalidad práctica y la ambición económica de los descubridores, movieron encarnizada polémica entre JACKSON, MORTON y WELLS, que sólo terminó con la accidental muerte de MORTON y el suicidio de WELLS el 24 de enero de 1848.

La anestesia saltó rápidamente el Atlántico y el 21 de diciembre del mismo año de su descubrimiento, LISTON, Robert (1794-1847), en el University College Hospital de Edimburgo, amputó al paciente FREDERICK CHURCHILL una pierna a la altura del muslo en veintiocho segundos bajo anestesia etérea.

De Inglaterra, la anestesia pasó a Francia en manos de JOBERT DE LAMALLE, Antoine Joseph (1802-1867), y alcanza Rusia donde PIROGOFF, Nicolai J. (1810-1881) siguió el ejemplo en San Petersburgo.

En 1831, el alemán LIEBIG, Justus von (1803-1873), y el francés SOUBRIAN, Eugene (1797-1858), descubrieron el cloroforno, que analizó DUMAS, Jean Baptiste (1800-1884), en 1834. A fines de 1847 SIMPSON, Sir James Young (1811-1870), profesor de Obstetricia en Edimburgo lo utilizó para dormir a sus pacientes. JOHN SNOW, al que puede considerarse como el primer anestesta que ejerciera como tal, aplicó el cloroforno a la Reina Victoria obstrétrica durante un parto y popularizó el procedimiento de anestesia obstrétrica conocido entonces con el nombre de «anestesia a la reina».

Acogida triunfalmente por unos, y repudiada por otros que la consideraron *destructora del temperamento quirúrgico*, la anestesia permitió el acceso del cirujano a las cavidades, pero el entusiasmo inicial se vio rápidamente truncado por los resultados estadísticos. La mortalidad operatoria visceral era del 50 al 70 por ciento; se hablaba de *inflamación de la herida operatoria*, de *irritación local* e incluso de *envenenamiento* para explicar los decesos.

En un intento de paliar estos resultados, CHASSAIGNAC, Edouard (1805-1879), tuvo la idea de utilizar drenajes o avenamientos, primeramente de vidrio y después de caucho, al descubrir LUDENSTORF, Federico Guillermo (1801-?), en 1832, el vulcanizado, uniendo el azúfre al caucho vegetal, descrito ya desde 1536 por nuestro GONZALO FERNÁNDEZ DE OYIEDO y VALDÉS (1478-1557).

El problema de la hemostasia fue totalmente resuelto con la concepción de las pinzas hemostáticas por los franceses KOEBERLE, Eugène (1828-1915), y PEAN, Jules Emile (1830-1898), que con diversas variantes y perfeccionamiento conocemos y usamos hoy.

Las observaciones de HOLMES, Oliver Wendell (1809-1894), en Boston y de SEMMELWEIS, Ignaz Philip (1818-1865), en Viena y Budapest, comprobaron la noción de que el contagio de las heridas proceden del exterior.

En el número de junio de 1863 de «*Comptes rendus hebdomadaires*», publicó PASTEUR, Louis (1822-1895), su artículo sobre «*Recherches sur la putrefaction*», demostrando la existencia y participación de determinados seres vivos en los procesos de fermentación y la posibilidad de impedirlos si se consigue evitar la presencia de esos microorganismos.

LISTER, Joseph (1827-1912), lord desde 1897, había nacido en Upton (Essex) y estudiado medicina en Londres. Fue discípulo de SYME, James (1799-1860), después ayudante suyo y por último su yerno. Profesor en Glasgow en 1860, sucedió a su suegro en Edimburgo en 1869 hasta pasar a Londres en 1877. LISTER extrapola las ideas de PASTEUR, que conocía, al campo quirúrgico y más concretamente al tratamiento de las fracturas abiertas. El 9 de agosto de 1867 leyó en Dublín su memoria «*On the antiseptic principle in the practice of surgery*», durante el XXXV Congreso de la British Medical Society. En esta memoria, se aseguraba que el aire atmosférico era el responsable de la putrefacción, aportando los gérmenes a las heridas y para eliminar éstos, era necesario filtrar el aire que llegara a estar en contacto con la superficie cuenta.

Habiendo leído un trabajo sobre la acción del ácido fénico en la desinfección de sumideros, LISTER publicó en 1863 sus ideas sobre el empleo del ácido fénico en el tratamiento de las heridas.

Este ácido, había sido aislado de la breva por el alemán RUNGE, Federico Fernando (1795-1867), con el nombre de ácido carbólico en el año 1834 y posteriormente a partir del alquitrán de hulla por el francés LAURENT, Auguste (1807-1853), en 1840, con la denominación de hidrato de fenilo o ácido fénico. Desde 1868, LISTER inició la práctica de las ligaduras con cuerdas de guitarra fenicadas.

Como toda novedad, el método de LISTER tuvo sus detractores, pero la ejemplaridad de sus resultados acabó imponiéndose a partir de 1875, llegando a producirse en 1892 el abrazo de PASTEUR y LISTER, al acudir éste a París para asistir a la sesión anual de La Sorbona.

Para HARVEY GRAHAM (1833-1957), en la Historia de la Cirugía no hay más que dos períodos, el anterior y el posterior a LISTER. El primero empieza en la primera edad del mundo y el segundo hace un centenar de años, en los que la cirugía ha avanzado más que en los 30.000 años precedentes.

El período heroico de la antisepsia duró diez años; del 75 al 86, en él fue desplazada por la asepsia; evolución conceptual y técnica de ella.

ROBERT KOCH (1843-1910), aisló el primer germen vivo hacia 1877, luego siguió un debate sobre su unidad, bacteria fundamental de BILLROTH, Albert Christian Theodor (1829-1894) o su pluritud. En 1867 PASTEUR, abordó los temas médicos comenzando con los trabajos sobre la bacteriología del carbunco y siguiendo con los estudios sobre los gérmenes de la infección puerperal. El 30 de agosto de 1878, en una sesión de la Academia de Medicina y dirigiéndose concretamente a los cirujanos, expuso los fundamentos de la asepsia. La idea maduró lentamente y fue adoptada en Francia por TERRIER, Félix (1837-1908) y TERRILLON, Octave (1844-1895), impuesta en Alemania por BERGMANN, Ernst von (1836-1907), y desarrollada en la escuela de Viena por BILLROTH, Albert Christian Theodor (1829-1894).

La aplicación práctica de la asepsia se inició con la idea de las mascarillas del polaco MIKULICZ-RADECKI, Johann von (1850-1905), siguieron los diversos procedimientos de esterilización y terminó con la solución de los guantes de goma esterilizables que realizó el americano de Baltimore, HALSTED, William Steward (1852-1922), en colaboración con su enfermera CAROLINA HAMPTON, que después sería su mujer.

Cuando se consiguió para la cirugía el tripoide fundamental en que se apoya: la hemostasia, la anestesia y la asepsia, contando con una base anatómica fundamental, es a partir de escasamente hace un siglo, cuando se establece la posibilidad de iniciar, con unas razonables perspectivas, el vertiginoso desarrollo que hoy vivimos. La hasta entonces patología externa, se introdujo en el cuerpo humano, cuando por medio de la mano o instrumentos dirigidos por la razón, pudo curar o aliviar un padecimiento condenado años antes a un pronóstico sombrío. El retraso que la cirugía llevaba con relación a otras ciencias y artes plenamente desarrolladas antes del siglo XVIII se acortó en proporción geométrica.

Dos técnicas y dos figuras son fundamentales para la evolución de la Medicina en este período. La Fisiología y su fundador CLAUDIO BERNARD (1813-1878), y la Anatomía Patológica, cuyo padre es RUDOLF VIRCHOW (1812-1902).

LAIN divide en tres etapas el por el llamado *espléndido desarrollo de la cirugía*. En la primera, de 1848 a 1867, se produce la difusión y perfeccionamiento de la anestesia; en la segunda, de 1867 al último decenio del siglo XIX, aparecen la antisepsia y la asepsia y en la tercera, a partir de primeros del siglo actual, la cirugía exéctica se va transformando paulatinamente, pasando a ser reparadora y plástica, luego correctora o funcional, e intentar hoy ser sustitutiva en el terreno de los injertos y trasplantes.

Antes de 1846, las realizaciones en cirugía hepatobiliar eran escasas y constituían hechos aislados y esporádicos. En 1673 BRUNNER, Conrad von (1653-1727), realizó en el perro la pancreatectomía parcial experimental. Años después GRISEPE ZAMBECCARI (1655-1728), practicó la colestectomía en el mismo animal con ligadura independiente de la arteria cística y el conducto

cístico. En 1688 BLANCHARD, Stephen (1650-1702), en su *Anatomía Práctica Rationalis*, editada en Amsterdam, refiere el caso de una resección parcial de hígado practicada a un soldado herido de espada.

PERRI, Jean Louis (1674-1750), da cuenta en las *Memorias de la Academia Royal de Chirurgie*, de tres casos de colestectomías efectuadas por error y aconseja que para poder realizar la intervención, la vesícula debe estar adherida al peritoneo parietal. A fines del siglo XVIII SHARP, Samuel (1700-1778), del Guy's Hospital de Londres, practica la colestectomía en dos tiempos, provocando en el primero la adhesión a la pared y realizando en el segundo la apertura.

Los abscesos hepáticos eran conocidos desde la antigüedad. Fueron descritos por los griegos de Alejandría y los árabes del siglo X. Hace ciento cincuenta años, en la época de expansión colonialista, fueron estudiados por los médicos militares franceses e ingleses en Egipto, la India, Indochina y Argelia. El barón LARREY, Dominique Jean (1766-1842), BERTRAND, Alexandre (1795-1831) y ROGERS, sir Leonard (1868-1962), los trataron por medio de punciones evacuadoras. GRAVES, Robert James (1797-1853), realizó la intervención en dos tiempos al igual que se hacía para la colestectomía, consiguiendo las adherencias por medio de taponamientos y RECAMIER, Joseph Claude Anthelme (1774-1852), se sirvió de cáusticos, potasa o cloruro de zinc, para conseguir la fusión del peritoneo.

Los mismos procedimientos de punción y evacuación se emplearon para el tratamiento de los quistes hidatídicos, desde MURARO, en 1684, a BRIERE, Lorenzo Tomás (1781-1840), en 1833.

La patología vesicular no litiasica era conocida desde que MALPICIO en 1666, se interesó en estudiar las alteraciones de la pared vesicular, describiendo formaciones diverticulares a nivel de la mucosa, que interpretó como glándulas secretoras de la bilis. Poco después BLANCHI, Giovan Battista (1681-1761), hizo en 1696 una descripción detallada de esas pretendidas «glándulas miliares» comunes en el hombre y en el animal.

En 1777 STOLL, Maximilian (1742-1788), describió los dos primeros casos de neoplasias de las vías biliares.

MECKEL, Johann Friedrich (1781-1833), interpretó en 1816 las rupturas del epítelo vesicular como estados similiares a los que se encuentran a nivel de la vejiga y superponibles a los falsos divertículos intestinales, achacando a la litiasis su etiología. Hay que llegar a von ROKITSKY, Barón Karl (1804-1878), para establecer una interpretación más correcta y la demostración de que los senos de su nombre no son formaciones glandulares.

A partir de LISTER, en el último tercio del siglo pasado, se asiste a una explosión de técnicas y procedimientos multiplicándose las publicaciones de revistas en las que raro es el artículo y aun la página en la que no se encuentren ideas útiles y originales.

Los estudios anatómicos se dirigen a las partes más pequeñas y a su constitución morfológica microscópica. CLAUDE BERNARD confirmó en 1856 los trabajos de VATER inyectando cóledocos con mercurio metálico.

En 1869, LUSCHKA, Hubert von (1820-1876), no encontró fibras musculares en el cóledoco terminal y llegó a la conclusión de que la acción occlusiva era producida por el músculo duodenal. GAGÉ, en 1879, precisó la existencia cierta del esfínter biliopancreático estudiándolo en el gato. En 1887, RUGERO ODDI, partiendo de estudios de anatomía comparada sobre el perro, el buey y el cordero, pasó al hombre y haciendo secciones seriadas con el método de maceración describió el esfínter de su nombre «*D'une disposition à Sphinter speciale de l'ouverture du canal choledoque*» (Arch. Ital. Biol. 8 - 317-322, 1887). REX, en 1888, publicó las bases de la anatomía intrahéptica con la distribución intrapancreática de la vena porta y de las vías biliares. En 1889, SAPPEY, Constant (1810-1896), confirmó los resultados de GAGÉ. SCHIRMER, Otto (1864-?), en 1893, inyectando piezas bajo agua, pudo constatar que en la mitad de los casos los conductos biliar y pancreático desembocan separadamente. SON ZANNIECKI, en 1895 y HENDRICKSON en 1898, los que dan las primeras descripciones de las fibras musculares y una vez comprobadas éstas, la investigación se centró, en el origen de su procedencia. LETURIE, Maurice (1853-1929) y NATTAN-LARRIERE, Louis (1873-?), afirman en 1899 que las formaciones musculares provienen del duodeno como ya había afirmado LUSCHKA en 1869. Esta tesis es avalada por los estudios embriológicos de PORSIO y HELLY, que la hizo prevalecer hasta bien entrado el siglo XX.

МОУНИНАМ, lord Berkeley George Andrew (1865-1936) y THOMPSON, John W. (1856-1926), recogieron después de Wartaleo 72 casos de heridas de hígado. En 1870 BRUNS, Pablo Víctor von (1812-1883), había tratado un hígado hepático a resultas de un cañonazo. En 1872 LANGENBUCH, Bernhard Rudolf Konrad von (1810-1887), extirpó un fragmento del lóbulo izquierdo y hacia 1893 EISELBERG, Antón von (1860-1939), realizó la primera hepatectomía parcial.

El año 1882 KONIG, Franz (1832-1910), en Gotinga intervino la primera fistula biliar externa en dos tiempos.

En 1894 DALZIEL, y en 1898 PETERS H. (1860-1935), reportaron los primeros casos de extracción de cuerpos extraños del hígado; se trataba de agujas introducidas accidentalmente en niños menores de un año; casos que siguieron siendo excepcionales hasta la guerra del 14, en la que proliferaron los proyectiles y trozos de metralla.

La primera colecistostomía en un tiempo, sin esperar las adherencias, y con la intención de vaciar una vesícula de su contenido litásico, la realizó en 1878 SIMS, James Marios (1813-1883), en Filadelfia.

En 1868 BOVBS, John Stough (1809-1870), en Indiana extirpó la primera vesícula humana por error, ya que intentaba operar un presunto quiste de ovario. LANGENBUCH, Carl Johann August (1846-1901), en 1882 y ORAGE J. en 1886 realizaron colecistotomías deliberadamente; la técnica fue modificada por MAYO, William James (1861-1939), y por MAYO-ROBSON, que la hicieron retrógrada y por DOYEN, Eugene Louis (1859-1916), que en el Congreso Francés del año 1899 presentó su modalidad subserosa.

La idea de abrir el cóledoco para extraer de él los cálculos que contenga fue expresada por LANGENBUCH en 1884 e intentada sin éxito por RIBBEL, Bernard Moritz Carl Ludwig (1846-1916), en 1888. El mismo año KUMMEL, Herman (1852-1937), practicó la primera coledocotomía sobre cálculo palpable, con éxito. En América THORNTON J., Knowsley (1845-1904), en 1889 siguió progresivamente una idea original, para solucionar el problema de los cálculos coledocales: en un primer caso, hizo litotripsia del cálculo en cóledoco cerrado; en un segundo, extrajo el cálculo y suturó el cóledoco, en otro desmenuzó el cálculo a cóledoco abierto suturando después para tratar de eliminar los restos por las vías naturales. En 1891 publicó su cuarto caso y ROBERT ABBE, en Nueva York, reivindicó haberlo hecho el «semanas antes».

En 1890 COUVROISIER, Ludwig Georges (1843-1918), hizo la primera coledocotomía por cálculo residual en enferma colecistectomizada. La coledocotomía empezó a ser operación habitual y en el Congreso Francés del año 1895 pudieron aportar ya DOYEN, Eugene Louis (1859-1916), y TERRIER, Félix (1837-1908), trece casos cuando la mortalidad era en esa fecha del 18 %.

КЕНН, Hans (1862-1916), primero en Munich y luego en Berlín, operó en 25 años 2.600 enfermos biliares; a él debemos una de las ideas más trascendentes para la evolución de la cirugía biliar: la aplicación del drenaje como procedimiento derivativo provisional o definitivo en los problemas coledocales; inició su idea drenando el hígado por medio de un tubo de goma que fijaba con un taponamiento de gasa en 1895. El año 97 publicó su trabajo sobre el «*Hepaticus Drainage*» y en 1900 culminaba su realización con la adopción del tubo en T tan actual y necesario hoy como el día en que se inventó. Su obra, resumida en la «*Chirurgie der Gallenwege*» publicada en Stuttgart en 1913, es la base de toda la cirugía actual de las vías biliares. Las técnicas descritas en ella son minuciosas y sus indicaciones rigurosas; en el capítulo V de la tercera parte, hablando de las colecistitis agudas, divide a los operadores en tempranos y tardíos; los tempranos son los que por necesidad tienen que usar técnicas más conservadoras y practican colecistotomías, y los tardíos ante una mejor situación del enfermo, son más radicales y colectectomizan. Considera como tributarios del tratamiento quirúrgico el 20 %

de los casos agudos, mientras en el 80 % restante hace la indicación de tratamiento médico; porcentajes tan valederos hoy como entonces.

Las dificultades planteadas en la extracción de los cálculos coledocales, obligaron a Mac BURNET, Charles (1845-1913), de Nueva York en 1898, a abordar un cálculo a través del duodeno, haciendo así la primera esfinterotomía de la historia que publicó en «*Annals of Surgery*». MAYO-ROBSON adoptó la idea y exploró el cóledoco con sondas, abriendo el duodeno cada vez que constataba la presencia de un cálculo en la papila.

Los problemas litíasicos coledocales y la imposibilidad de tratar los tumores de las vías biliares, iniciaron la era de las derivaciones, realizándose anastomosis biliodigestivas a diversos tramos del tracto intestinal. Ya en 1882 GASTON Mc FADDEN, había practicado colecistointeroanastomosis en perros, y propuso la intervención para tratar las fistulas que no cerraban.

Fue WINIVATER, Alexander von (1848-?), el que en 1884 operó el primer caso humano. TERRIER y KAPPELER, Otto (1841-1909), propusieron la colecistoduodenostomosis. COURVOISIER y MAYO-ROBSON la colecistocoloanastomosis y KAPPELER más tarde la colecistileostomía. En 1888 RIEDEL, en Jena, realizó la coledocoduodenostomosis lateral externa o supraduodenal y fue seguido por SPRINGER, Otto Gerhard Carl (1845-1904), en 1889 y KERN (1892), hasta que SASSE hiciera la codificación de todas las anastomosis biliodigestivas en 1913.

Con la adquisición de la anestesia y la antisepsia, el tratamiento de los abscesos hepáticos sufrió una modificación. De la prudente actitud del tratamiento en dos tiempos, se pasó a la imprudencia de resucitar el antiguo método de Shang-Hai, consistente en cortar de un solo golpe sobre un trocar, todos los planos de la piel a la cavidad del absceso. DITELAROF, Georges (1840-1911), hizo en 1898 su magistral descripción del absceso secundario y el tratamiento sólo se modificó a partir de 1912 con el descubrimiento por ROGERS, sir Leonard, de la emetina.

Tres procedimientos eran posibles a fines del siglo pasado para el tratamiento del quiste hidatídico: la antigua punción evacuada perfeccionada con los trocares de doble corriente y los drenajes; la punción y evacuación combinada con la acción de parásitocidas como el sulfato de cobre, el ácido fénico, el iodoformo, las sales de mercurio, el sublimado, la tintura de yodo y hasta la bilis. El tercer método era más quirúrgico: la intervención en dos tiempos, creando antes las adherencias por medio de acupuncturas TROUSSEAU, Armand (1801-1867), o de cáusticos como la potasa o el cloruro de zinc de RECAMIER y MASEAU. El verdadero tratamiento quirúrgico se inició con la marsupialización descrita en la tesis de KIRCHER, Martín (1879-1942), hasta llegar en nuestro tiempo a las quisteotomías, periquisteotomías, hepatectomías, más o menos regladas, la hemiquisteotomía cortical de LANGROU y las

anastomosis quistoyeyunales de GOINARD como procedimientos electivos para conducir el tratamiento según la forma clínica de la enfermedad.

La cirugía tumoral comienza en esta época reconociendo la existencia de los tumores. GILBERT, Augustin Nicolas (1858-1927), en 1886 describió el cáncer primitivo del hígado. COURVOISIER en su «*Patología y Cirugía de la Vesícula*» recoge en 1890 ciento tres casos de neoplasias vesiculares. Ya MYSSER, en 1889, había fijado que el 68 % de los tumores se daban en vesículas litíasicas y NEUSSER, Edmund van (1852-1912), en 1884 diagnosticó el primer caso de tumor benigno en paciente icterico. HALSTED en 1899 realizó la primera exéresis de tumor Vateriano con éxito.

La patología no litíasea se enriquece en este periodo con la descripción de VIRCHOW (1857) de las infiltraciones lipoides epiteliales y subepiteliales de la mucosa vesicular y la identificación del primer adenoma del fondo por SUTHERLAND, David Watts (1871-?), en 1898. Las colecistitis de origen tífico fueron reconocidas en 1829 por LOUIS, Pierre Charles Alexandre (1787-1872), seguido por HUSSON, Henri Marie (1772-1853) y ANDRAL, Gabriel (1797-1870).

Las hemorragias producidas por el padecimiento hepático eran el problema insoluble en este tiempo y para obviarlo cada operador tenía su procedimiento más o menos empírico o racional. KERN, trataba sus enfermos durante los cuatro o cinco días previos a la intervención, con cloruro cálcico y el día anterior les administraba 20 c.c. de suero de caballo. МОРЫНДАН usaba solamente el suero de caballo y MAYO daba 5 c.c. de lactato cálcico al 10 % en vena por cada 60 Kg. de peso.

Con la llegada del siglo XX, dos hechos influyeron poderosamente en la evolución de la cirugía biliar. En primer lugar, el descubrimiento en 1895 de los rayos X por ROENTGEN, William Konrad (1845-1923), físico de Wurzburg, y el segundo el de los grupos sanguíneos por LANDSTEINER, Karl (1868-1943), en 1900. Ambas técnicas, una en la exploración y la otra en la reanastomosis pre y postoperatoria, ampliaron y precisaron las indicaciones quirúrgicas.

El año 1906 CRILE, George W. (1864-1943), inició en América la transfusión directa de arteria a vena. Ya DENIS, en 1667 la había practicado del animal al hombre. KIMPTON BROWN, Clarence (1893-1965), en 1913 la realizó a través de tubos parafinados y el año siguiente, 1914, el belga HUSRYN, Albert (1882-1967), descubrió las propiedades anticoagulantes del citrato sódico. El posterior descubrimiento por DAM, Heinrich Carl Peter (1895-?), de la vitamina K, en 1935, terminó de abrir el camino al dominio actual del espacio extracelular del medio interno.



Hay que distinguir cuatro etapas en la evolución de la radiología biliar, una primera fase, fue la aplicación directa y simple de los rayos X sobre la zona del hipocondrio derecho, consiguiéndose las primeras imágenes de cálculos radiopacos, por BECK, C (1856-1941), en 1899, poco después del descubrimiento. La segunda, se inicia en 1924 con la colecistografía oral por medio de contrastes debida a GRAHAM, Everts Ambrose (1883-1957), y COLE, Warren Henry (1898-?). La tercera empieza en 1931 al introducirse por MIRIZZI D'ABRILA, Pablo Luis (1893-1964), la colangiografía operatoria; y la cuarta corresponde al empleo de los contrastes endovenosos desde 1952 por FROMMON, que unió a los adelantos técnicos de la radiología, como la tomografía y la radiología televisada o computada, abren cada día nuevos horizontes.

En el aspecto quirúrgico son las técnicas directamente ligadas al acto operatorio los que han influido más decisivamente en el progreso de este tipo de cirugía. Antes del año 24 se había intentado la exploración radiográfica inyectando bario por fistulas biliares externas por REICH (1918) en Alemania; CANOT, Paul (1869-1957) y BALMOUTER, Pierre (1891-?), (1922) en Francia y PATTERSON, Harbent van (1868-1940) y TENNEY en Estados Unidos. BURCKHARDT, George Edmond (1881-?) y MULLER, Herman Joseph (1890-1967), intentaron en 1921 inyectar productos opacos directamente en la vesícula biliar y COFFE, Jules (1871-1959), en 1929 practicó colangiografías postoperatorias introduciendo aceite de hipodol por el drenaje de Keir de los operados. Fue en 1931 cuando MIRIZZI estableció las bases de la exploración radiológica peroperatoria, iniciada en 1932 con estudios experimentales en el perro, que sería ampliada en 1934, al añadirle CAROLI, Jacques (1902-?), la manometría y modificada en el 35 por MAILLET-GUY, Pierre (1897-?), al realizar las dos exploraciones separadamente. La manometría se había iniciado de manera experimental por JUDD y MANN y seguida desde 1937 por DOUBILET y COLP. Las posteriores modificaciones en cuanto a la vía y momento de la inyección de los contrastes que patrocinaron ROYER (1951), KAPANDJI (1950), CARTER y SAYROL (1952), BERTINO y COLE (1953), hasta la actual novísima colangiografía perfluoroscópica de OI TAKEMOTO (1969) son resultados de la evolución y el afán perfeccionista de nuestro momento quirúrgico.

Al empezar el siglo la anatomía de las vías biliares se debatía sobre la importancia y el origen de las fibras musculares del cóleodo terminal. HELL y PORSTO, habían determinado embriológicamente la no existencia del esfínter y la procedencia duodenal de las fibras existentes. Los trabajos de JUDD (1921), AUSTER y CROHN (1922), JOV (1926), GORDAN y MANN (1927) y DARDINSKI (1935), fueron discusiones encarnizadas sin conseguir una opinión sólida y coherente. En 1937 SCHWEGLER y BORDEN, Edward A. (1886-?) denunciaron los errores cometidos por PORSTO y demostraron embriológicamente la existencia de un músculo intrínseco que se diferencia del mesenquima y lo dividieron en un esfínter coledocal superior o esfínter de BORDEN y un esfínter coledocal inferior. SCHREIBER, en 1944, negó la separación muscular llamando al conjunto *músculus complexus papillae duodeni*. Por último, en 1956,

PAPAMILLIADIS y RETORI insisten nuevamente sobre la independencia muscular y BORDEN en el 57 demostró la embriológica.

Ultimamente, los estudios anatómicos de NETTER, Arnold Just (1885-1936), los anatómico-radiológicos de BARRAVA, L., SOLER PUJOL, R. e YVERNEAUX, J. P. y los histológicos de PERA, C. y FERNANDEZ CRUZ, L.; centran la idea actual de la anatomofisiología del esfínter de ODDI.

La anatomía segmentaria de los lóbulos hepáticos fue estudiada en 1948 por HUGOTSTO, lo que con los trabajos anatómicos de GANS, COUVAUD y RAPP, permitió la primera hepatectomía derecha reglada en 1951 a J.L. LORRAT-JACOV y la del lado izquierdo en 1952 a J. SERRIQUE.

Los progresos de la técnica son incensables y ya el año 1903 WILLIAM J. MAYO, pudo presentar una mortalidad del 2 % en la práctica de la cirugía biliar. En 1905 KOCHER, Emil Theodor (1841-1917), describió su técnica de despegamiento del marco duodenal pancreático; en 1912, se populariza por KERN el drenaje en T de su nombre y PENROSE (1862-1925), en 1921 sistematizó el drenaje subhepático. Las anastomosis bilio digestivas siguieron evolucionando: cada autor preconiza su técnica personal y a las colecistoduodenostomias, siguieron la colecistogastrostomía de PAYR, Erwin (1871-1947), en 1920, la hepaticoduodenostomía de GOETZE (1930) y la hepaticocentrostomía de HONILBAUM, Robert (1886-?) (1932).

La esfinterotomía, realizada por MAC BURNER en 1891 y repetida por KOCHER en 1894 con el nombre de coledocotomía transduodenal fue resucitada por ARCHINALD (1875-?) los años 19 y 20 ya con el nombre de esfinterotomía; seguida por DELGON DEL VALLE, en 1925 para tratar su síndrome de esleeroditis y popularizada por COLP, Calip (1892-1965), DOUBILET y GERBER, en 1936. El año 1953 GILLETTE y DOS SANTOS, Cid Reynaldo (1880-1970), superponiendo la situación anatómica de las estenosis oclianas a la que se presenta en la estenosis hipertrofica del píloro en los niños, propusieron la esfinterotomía extramucosa por vía retrorpancreática.

Estudiada por la radiología y manometría operatoria, la existencia de una patología coledocal y esfinteriana, la exploración instrumental y la técnica operatoria varía de uno a otro operador. L. LECER realizó la esfinterotomía cerrada a través del cóleodo con un esfinterotomo que obtenía una muestra del tejido extirpado de la papila. BAKES propuso sus sondas de extremidad maleable. RIVES, STORPA y nosotros, utilizamos sondas urológicas de goma introducidas indistintamente por el cóleodo o el cístico, para evidenciar la situación de la papila. HEPY ideó su particular esfinterotomo y cada operador experimentado tiene hoy en día un procedimiento personal para tratar de obviar las consecuencias nefastas de las lesiones pancreáticas yatrogénas, origen de las complicaciones mortales de la cirugía biliar. Cada día se tiende más a una exploración atraumática en la medida de lo posible, haciendo con ello una cirugía más fisiológica.

En la patología vesicular no litíase, ASCHOFF, Ludwig (1866-1942), confirmó en 1905 las aseveraciones de ROKITSKY, desechando las de LUSCHKA, considerado que las infiltraciones de corpúsculos amarillos en la mucosa eran el resultado de la retención biliar en el epitelio. Mc CARRY, Joseph Francis (1874-?), hizo en 1910 la primera descripción de la vesícula fresa y BLACKLOCK, Alfred (1899-1964), en 1921 inició la indicación operatoria de las colecistopatas no litíaseas. BOYD (1957) puntualizó el origen colesteroico de los depósitos submucosos a las que COLLESSON llamó colestosis y ARIANOFF sistematizó el año 66.

Un nuevo procedimiento de exploración peroperatoria se inició en 1923 cuando BAKES, J. intentó ver el interior del cólecoco por medio de un latinoscopio infantil. En 1941 Mac IVER M.A., se hizo construir el primer coledoscopio inspirado en los citoscopios urológicos, que no llegó a popularizarse y por último, en 1953, WILDEGANS, H. construyó y difundió su coledoscopio rígido en ángulo recto con visión directa, cuyas ventajas se discuten hoy con los modelos flexibles de origen japonés.

Dominada la técnica quirúrgica desde el último tercio del siglo pasado, perfeccionada la anestesia, controlado el postoperatorio con la reanimación, los quimioterápicos y antibióticos, sólo la meticulosidad exploratoria pre, per y postoperatoria como recopiló SAN JULIÁN en su discurso, permite hoy los avances en la cirugía biliar, encaminados a conseguir una mejor calidad en los resultados.

ARGUMOSA, Diego (1790-1865), precisaba que la aplicación de la mano en el acto quirúrgico debe ser presidida por todo el entendimiento ya que la operación hecha con el solo conocimiento de su mecanismo es más bien maniobra de curandero que intervención de cirujano.

ARISTÓTELES (384-322 a. J.C.), el más grande de todos los filósofos, fue también un gran conocedor de la medicina. Su vinculación médica tiene un origen familiar, ya que su padre NICOMACO fue un famoso profesional en su villa natal de Stagira, en Macedonia. El alumno de PLATÓN (492-347 a. J.C.), maestro de ALEXANDRO (356-323 a. J.C.), y fundador de la escuela peripatética fue durante siglos una de las autoridades médicas más veneradas y menos discutidas. Sus conceptos sobre el cuerpo humano, su constitución, su funcionamiento y sus trastornos, fueron en muchas ocasiones más ciertos que los de HIPÓCRATES y GALENO. La primacía del pensamiento sobre la acción se inició en él.

Siempre, la Medicina estuvo vinculada a los grandes movimientos del intelecto y fue cambiando sus ideas en relación con la evolución de la Filosofía. Existe en efecto, lo que se ha llamado por EY DE BONNEVAL, ritmo mecano-dinámico de la historia de la medicina, cuyas pulsaciones alternantes, se perciben tan netamente hoy como en los tiempos de HIPÓCRATES.

La antigüedad greco latina unió las ideas de la medicina hipocrática, de

la escuela de Cos, a las especulaciones de HERACLITO (576-480 a. J.C.) y los FLEATAS, la escuela de Cnido a la explicación mecánico atomista de la filosofía de DEMÓCRITO (470-370 a. J.C.), el famoso dogmatismo de PORFIRIO, yerno de HIPÓCRATES, a PLATÓN (428 ó 427-347 a. J.C.), el neumatismo a ZENÓN (entre 490-430 a. J.C.) y el metodismo de ESCULAPIO a ERICURO (341 ó 342-270 a. J.C.).

Nuevamente se vuelve a encontrar en el Renacimiento, y hasta el siglo XVII, esta misma oscilación de las doctrinas, entre la química neohipocrática de PARACELSO, Theophrastus Bombast von Hohenheim (1493-1541), y la escuela de los iatromecánicos, que encuentran en las concepciones mecanicistas cartesianas, un serio apoyo y puede que su inspiración. Pero de nuevo el hipocratismo toma su revancha con SYDENHAM, Thomas (1624-1689) a fines del XVII y con STRALT, Georg Ernst (1660-1734) y HOFFMAN, Friedrich (1660-1742) en el siglo XVIII.

Con el advenimiento del siglo XIX y el desarrollo de las técnicas microscópicas y fisiológicas, la Medicina tomó otra vez una postura mecanicista en concordancia con la ideología de la era positivista y del materialismo científico. Después de LOCKE, John (1632-1704) y HELVERIUS, Claude Adrien (1715-1771), las mentes estaban preparadas para el progreso de la anatomía patológica y de la fisiología. Los órganos eran considerados como partes aislables y yuxtapuestas al organismo. La medicina analítica de la escuela anatomoclínica conoció el triunfo de la medicina experimental con los trabajos fisiopatológicos de CIARDE BERNARD y MACENDIE, François (1783-1855). La nomenclatura de las entidades morbosas y la patología del órgano y su función se instauró soberana.

El descubrimiento de las enfermedades bacteriológicas, aportó un argumento de gran valor a la idea que representaba a la enfermedad como una especie de cuerpo extraño, como el efecto de una posesión accidental, que destruyendo tal o cual órgano determinaría indefectiblemente síntomas patognomónicos. El nacimiento en esta misma época, de la patología del sistema nervioso y el uso generalizado del concepto del reflejo, confirmó aún más, la creencia de poder localizar las lesiones según el lugar y el efecto de los síntomas. Esta posición mecanicista a ultranza de la medicina del siglo XIX que había conquistado la anestesia y la antisepsia corresponde al pensamiento que precedentemente se había expresado en la «Crítica de la razón pura» y la «Crítica de la razón práctica» de KANT, Emmanuel (1724-1804).

Pareció entonces, que habiendo escapado definitivamente a la tutela de las doctrinas filosóficas, de las que de todas formas quedaba tributaria, la Medicina se iba a desarrollar como una ciencia fisiocquímica perfectamente constituida, basada exclusivamente en la experimentación y la observación.

Pero éstas fueron concebidas como disciplinas paralelas a la física, la



química y las matemáticas, tratando de encontrar en ellas la mayor aproximación a lo abstracto en el sentido de SPENCER, Herbert (1820-1903).

Esta ciencia médica, sometida a la disciplina de un riguroso análisis regida por unos principios de causalidad exclusiva, esta mecánica instaurada en la biología sin vida y una psicología sin espíritu, dominada enteramente por las nociones estáticas y atomistas, no tardó mucho en encontrarse en un callejón sin salida. La crisis de este tipo de medicina fue denunciada ya en el primer lustro de nuestro siglo por ASCHNER, Bernhard (1883-1960) y von KRAETZ, Ludolf (1861-1937).

Era evidente que la separación del dominio de la enfermedad de la personalidad del enfermo tenía que ser considerado como un grave fallo del esquema por los médicos psicólogos y psiquiatras. Es consecuente que fuera uno de ellos, FRAUN, Segismund (1856-1939), de los primeros en iniciar este cambio de orientación de las ciencias médicas y que numerosos neurólogos como JACKSON, John Hughlings (1835-1911) y GOLDSTEIN, Kurt (1878-?), hayan contribuido a la reacción contra esta medicina mecanicista.

Separándose del mecanicismo y de la nosografía estática y morfológica, de vuelta al útero hipocrático, la Medicina contemporánea ha vuelto a descubrir el aspecto dinámico del organismo y de sus alteraciones patológicas. Una profunda modificación de los conceptos de causalidad acompaña y engendra este movimiento. Nada más lejano del pensamiento del siglo pasado, que las nociones actuales de «defensa orgánica», «reacción vital», «evolución funcional», «stress», «energía psíquica», «idiosincrasia temperamental», «respuestas específicas» y otros muchos. Todos estos conceptos, vuelven a introducir la finalidad en la etiología y patogenia de las enfermedades y con ellos volvemos al sentir hipocrático de nuestro ARNALDO DE VILANOVA (1235 ó 1245 - 1311 ó 1315), de que no existen tales enfermedades, sino tan sólo hombres enfermos.

En efecto, las ciencias naturales han tomado conciencia a propósito de problemas comunes con la medicina; como la herencia y la evolución de las especies; que lo propio de las funciones vitales, es precisamente integrar lo causal en la trayectoria significativa de la actividad de los organismos.

El concepto de la enfermedad materialista, identificado con un microbio o un gen, pierde terreno ante una concepción más amplia de la causalidad vital de la enfermedad. Existe hoy una resistencia a la enfermedad aislada de un órgano o función y una tendencia general a presentar al enfermo como paciente de un determinado síndrome, con lo que el terreno de la clínica tiende a diferenciarse en grandes grupos sintomáticos que expresan los trastornos anatómicos y funcionales en relación con los sistemas vitales de regulación y coordinación del organismo.

Estos nuevos aspectos de la Fisiopatología expresan la idea de la enfermedad; aunque ésta no ocupe más que una reducida parte del espacio corporal;

como un momento o una fase de la existencia que depende en proporción inversa al grado de alteración, no de un órgano determinado, sino de tal o cual ciclo funcional en el que el órgano está integrado. La enfermedad aparece con la disregulación de un ciclo vital. La extensión progresiva de los conceptos dinámicos y holísticos a todo el campo de la patología es un hecho que caracteriza la medicina moderna y se expresa principalmente en las tendencias de la medicina psicosomática, que introduce cada vez más sentido de finalidad y humanista en la patología de órganos y sistemas.

El dualismo cartesiano separaba el espíritu del cuerpo, de tal forma que obtenía un cuerpo mecanico para la fisiología, iniciando una patología inanimada. El movimiento positivista, basado en el materialismo científico, siguió esta ruta y favoreció grandes descubrimientos; pero estas fisiología y psicología, paralelas a la vida del alma, considerada ésta como espíritu puro o como negación pura epifenomenal, no podían satisfacer mucho tiempo.

El drama de la existencia humana y su desarrollo en la historia individual y colectiva llevó primeramente a los filósofos y después a los médicos a una profunda modificación de sus perspectivas. Es así como BRANSON, Henri (1859-1941), fue uno de los primeros en sacudir el yugo del mecanicismo y dio el ejemplo y consejo de recurrir a un sentido más intuitivo, reencarnando el espíritu al cuerpo en la totalidad del ser humano.

El materialismo histórico de MARX, Carlos (1818-1883), y el materialismo dialéctico de sus sucesores, apoyándose en la lógica idealista de HEGEL, Georg Wilhelm Friederich (1770-1831), la dialéctica de los contrarios y haciendo uso de la famosa negación de la negación, ha pretendido trastornar su idealismo y funda la realidad de los cambios, sobre la reconstrucción cética del contenido concreto de los fenómenos. Paralelamente, pero no sin puntos de contacto originarios o de controversia, ha nacido profundamente enraizada en la dramática existencia de KIERKEGAARD, Soren (1813-1855) y la filosofía de HUSSERL, Edmundo (1859-1938), un movimiento filosófico de la fenomenología existencialista, que ha acentuado la actividad nuclear de la fenomenología existencialista, que ha centrado de un mundo en el que existe existencia del hombre, como foco y centro de un mundo en el que existe y que existe para él. La reducción fenomenológica de las esencias de HUSSERL, ha sido corrientemente opuesta a la fenomenología de HEIDEGGER, Martin (1889-?), o JASPERS, Karl (1883-1969), pero una y otra forma de la psicología descriptiva se complementan, exponiendo una de las relaciones del hombre con su verdad, y colocándole la otra en su sitio en el mundo. Este choque de doctrinas, de morales, de políticas, de ideologías confusas, que a veces se complementan donde pretenden oponerse, constituyen la trama filosófica de nuestra época. Mientras los siglos que nos precedieron colocaron en el primer plano de sus preocupaciones el mundo físico, su concordancia lógica con el espíritu y la naturaleza de sus leyes, nuestro tiempo centra su pensamiento filosófico en una vasta reflexión sobre el hombre, en tanto éste se identifica con su destino. Toda la orientación filosófica del momento obliga a la medicina a abandonar los conceptos de causalidad mecánica para

volver a una causalidad interna más exactamente vitalista y humana. Hay que recurrir a una forma pluridimensional, de alguna manera complementaria de la causalidad en patología humana; los fenómenos patológicos se inscriben hoy en función de una doble coordenada: el determinismo de la naturaleza, aunque sólo sea relativo, y la finalidad del organismo en su totalidad psicosomática.

En el mundo de hoy, dominado por los extremos en el sentir de Garbuny y caracterizado por la conquista de los infinitos, tanto el infinitamente pequeño como el átomo, el infinitamente grande como el cosmos y el infinitamente complejo como el campo de la cibernética y de los ordenadores, queda el hombre aún, como el ser más complejo de la creación.

## BIBLIOGRAFIA

Hasta hace pocos años el destino de la Medicina y por ende de la Cirugía estaban predeterminados, los progresos previsibles debían seguir una norma establecida, pero los avances de la investigación han sido más rápidos que nuestra capacidad de comprensión. Los hallazgos técnicos son el resultado de la acción conjunta de diversas ciencias que aumando sus esfuerzos nos impulsan a un futuro imprevisible. Hoy existe una aparente uniformidad en la acción, el arte individual de otros tiempos se sustituye por los perfeccionamientos complejos que disminuyen la personalidad en favor del equipo o conjunto de colaboradores, que con su labor minuciosa y precisa contribuyen de manera decisiva al éxito de la acción.

A pesar de su preocupación social, el mundo actual está inmerso en una era de extrema dureza para con el individuo. El espíritu de caridad, el ancestral espíritu samaritano, está en vías de desaparecer tratando de ser sustituido por una serie de organizaciones preocupadas de su rendimiento técnico y el diálogo personal de médico a enfermo se sustituye más frecuentemente de lo deseable, por una conversación burocrática.

Es muy difícil profetizar, es una fantasía peligrosa, ya que muchos profetas fueron lapidados; en la actualidad, nuestras concepciones organicistas aprendidas hace tiempo se desmoronan; ya no es posible cambiar las técnicas operatorias porque son muy fisiológicas y la fisiología es inmutable. Sin pretender ser futurologo o adepto de la bola de cristal, a la luz de los conocimientos y tendencias actuales, son dos las posibles perspectivas de futuro: o la farmacología sustituirá en su día al hecho quirúrgico, o la cirugía tendrá un próximo impulso cuando se dominen los fenómenos inmunológicos y se lleguen a conseguir los injertos de órganos o grupos de órganos, o bien su posible sustitución mecánica. Una y otra posibilidad, que de hecho pueden coexistir, están hoy, como toda la ciencia siempre, en manos de la investigación fundamental.

He dicho.

- ARANDES R. BALLESTER J. ALCALDE R.P.—*Afecciones de las vías biliares*. Ed. Jma. Barcelona, 1963.
- ARGUMOSA, D.—*Resumen de la Cirugía*. Imp. J. María Alonso. Madrid, 1856.
- ARIANOFF, A.A.—*Les Colecystoses*. Ed. Arscia Bruselas-Malonne. París, 1966.
- ARIANOFF, A.A.—*La sphinterotomie de l'Oddi en Chirurgie Biliaire*. Ed. Malonne. París, 1968.
- BARIEFY, M. COURRY, Ch.—*Histoire de la Médecine*. Ed. Fayard. París, 1963.
- BARON FERNANDEZ, J.—*Vesalia y el humanismo*. *Medicina e Historia*. Fas. XV. Octubre, 1965.
- BARON FERNANDEZ, J.—*Viaje de Vesalio a Tierra Santa*. *Medicina e Historia*. Fas. LII. Febrero, 1969.
- BARRAYA, L., POJOL-SOLER, R., YVERGNEAUX, J. P.—*La región odéenne: anatomie millimétrique*. *Presse Med.* 79. 2.527-2.534, 1971.
- BASTOS MORA, F.—*Aportaciones de Leonardo da Vinci al conocimiento del cuerpo humano*. *Medicina e Historia*. Fas. XVI y XVII. noviembre-diciembre, 1965.
- BENET, R.—*Algunas consideraciones históricas sobre Leonardo anatomista*. *Medicina e Historia*. Fas. XXVII y XXVIII. noviembre-diciembre, 1966.
- BERNARD, Cl.—*Introducción al estudio de la medicina experimental (1878)*. Ed. Ateneo. Buenos Aires, 1939.
- BILLINGS, S. J.—*The history and literature of surgery*. Argosy-Antiquarian, LTD. Nueva York, 1970.
- CANTU, C.—*Historia Universal*. Ed. J. Romá y Cia. Barcelona, 1885.
- CARBONELL, C.—*Enfermedades de las vías biliares*. Ed. J. Morata. Madrid, 1930.
- CARDENAL, L.—*Ojeada sobre la evolución de la cirugía y del cirujano*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1951.

- COSTA TALENS, P.—El conocimiento del hígado en el antiguo Egipto. *Med. Espa.* 65 1971.
- COUTIN, C.—Histoire du tubercule de la bile de Vater et du sphincter du cholédoque d'Oddi. *Acta Endoscopica*, 2:93-95. 1975.
- D'ALLAINES, Cl.—*Histoire de la chirurgie*. Pres. Univers. de France. París, 1967.
- DEL VALLE, D.—*Patología quirúrgica del esfínter de Oddi*. Ed. Aeneo. Buenos Aires, 1939.
- DOUBILET, H.—Section of sphincter of Oddi principales and thecnicque. *S. Clin. N. A.* 36, 865-882. 1956.
- DUMESNIL, R.—*El alma del médico*. Ed. Ebro. Zaragoza, 1942.
- ESTEBAN y MARQUEZ de PRADO, J. M.—Datos para la historia de la litiasis biliar. *Rev. Esp. Ap. Dig.* 25-1. 1966.
- FERNANDEZ CRUZ, L.—*Contribución histomorfológica al estudio de las estenosis benignas del colédoco terminal*. Tesis Doc. Barcelona, 1969.
- GARCIA DEL REAL, E.—*Historia contemporánea de la medicina*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1934.
- HESS, W.—*Enfermedades de las vías biliares*. Ed. Cient. Med. Barcelona, 1968.
- HIPOCRATES.—*Aforismos*. Ed. Publ. Barcelona, 1932.
- HOMERO.—*La Ilíada*. Ed. R. Sopena. Barcelona, 1972.
- HUFELAND, G.—*Manual de medicina práctica*. Lib. Mallen. Valencia, 1839.
- KEHR, H.—*Chirurgie der gallenwege*. Stuttgart, 1913.
- KIMKE, F. COLOMER, E.—*Historia de la Filosofía*. Ed. Labor. Barcelona, 1935.
- LAIN ENTRALGO, P.—*Historia de la medicina. Medicina moderna y contemporánea*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1954.
- LAIN ENTRALGO, P.—Miguel Ángel y el cuerpo humano. *Medicina e Historia*. Fas. XI y XII, mayo-junio, 1965.
- LAIN ENTRALGO, P.—Concepto de la medicina moderna. *Medicina e Historia*. Fas. XXXII, abril, 1967.
- LAIN ENTRALGO, P.—*Historia Universal de la Medicina*. T. VI, T. VII. Ed. Salvat, Barcelona, 1975.
- LAIN ENTRALGO, P. LOPEZ PINERO, J. M.—*Panorama histórico de la ciencia moderna*. Ed. Guadarrama. Madrid, 1963.
- LEGOUAS, F. V.—*Nuevos principios de la cirugía*. Imp. Calle de la Greda. Madrid, 1820.
- IERICHE, R.—*La philosophie de la chirurgie*. Ed. Flammarion. París, 1951.

- IESKY, E.—*Die Wiener Medizinische schule*. Ed. Verlag Bohlau. Graz Köln, 1965.
- LOPEZ PINERO, J. M.—Los comienzos de la medicina y de la ciencia moderna en España en el último tercio del siglo XVII. *Medicina e Historia*. Fas. XLIII, abril, 1968.
- LOPEZ PINERO, J. M.—*La introducción de la ciencia moderna en España*. Ed. Ariel. Barcelona, 1969.
- LOPEZ PINERO, J. M.—*Medicina, Historia, Sociedad*. Ed. Ariel. Barcelona, 1969.
- LOPEZ PINERO, J. M., GARCIA BALLESTER, L.—*Introducción a la Medicina*. Ed. Ariel. Barcelona, 1971.
- MARIAS, J.—*Historia de la Filosofía*. Ed. Revista de Occidente. Madrid, 1948.
- MARANON, G.—*Vocación y Ética*. Ed. Espasa. Madrid, 1936.
- MARANON, G.—*Obras completas*. T. II. Espasa. Madrid, 1966.
- MEADE, R. H.—*An introduction to the History of General Surgery*. W. B. Saunders Company. Philadelphia, 1968.
- MERCADIER, M.—*Traite de therapeutique chirurgicale*. T. IV. Ed. Masson. París, 1964.
- MIRIZZI, P.—*Litiasis de la voie biliaire principale*. Ed. Masson. París, 1957.
- MOUSSON LANAUZE.—*Del empirismo hacia la razón*. Ed. Devambez. París, 1913.
- PERA BLANCO MORALES, C.—La cirugía de nuestro tiempo. *Medicina e Historia*. Fas. XLV. Junio, 1968.
- PERA, C., FERNANDEZ CRUZ, L.—*Patología del colédoco terminal*. Ed. Cient. Médica. Barcelona, 1970.
- PI FIGUERAS, J.—*Práctica quirúrgica*. T. II. Ed. Salvat, Barcelona, 1969.
- PILLACHS, P.—El hígado y su historia. *Medicina e Historia*. Fas. LXXIII. Enero, 1971.
- QUENT, J.—*Traite de thecnuque chirurgicale*. Ed. Masson. París, 1959.
- RAMOS PEREZ, V.—*El almirante y polígrafo Julio Guillén Toca*. Inst. Alfonso el Mag-nánimo. Dip. Pral. Valencia, 1976.
- RENOUARD, P. V.—*Historia de la medicina*. Imp. Sebastián Cerezo. Salamanca, 1871.
- RETTORI, R.—Etude morphologique du systeme musculaire de la jonction cholédocho-pan-creatico-duodenale et bases anatomiques de la section du sphincter d'Oddi. *Presse Med.* 51. 1208-1211. 1956.
- RODRIGUEZ y FERNANDEZ, I.—*Compendio de la historia crítica de la medicina*. Ed. Inter. Adian Romo. Madrid, 1906.

SANCHEZ SAN JULIAN, J.—Tumores primitivos de las vías biliares. Estudio clínico y radiológico. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.* 15:856, 1956.

SOLER ROIG, J.—Patología y clínica del colédoco terminal. *Ponencia al V. Cong. Slat. Cir. Med. Latino*. Ed. Ariel. Barcelona, 1959.

THORWALD, J.—*El siglo de los cirujanos*. Ed. Destino. Barcelona, 1958.

VON ASTER, E.—*Historia de la Filosofía*. Ed. Labor. Barcelona, 1935.

VON HALLER, A.—*Prima binæ Physiologie*. Ed. van Overbeke. Lovaina, 1781.

DISCURSO DE CONTESTACION  
DEL ACADEMICO DE NUMERO

*Excmo. Sr. Profesor Dr. D. F. Javier García-Conde Gómez*

Excmos. e Ilmos. Señores.  
Excmos. e Ilmos. Señores Académicos.  
Señoras y Señores.

El 28 de febrero de 1969 saludaba en nombre de nuestra Corporación, y con motivo de su ingreso en ella, al Ilmo. señor doctor José Sánchez San Julián. Su presencia entre nosotros fue, desgraciadamente, muy breve, extinguiéndose su vida cinco años más tarde. Creo que mis augurios sobre su personalidad, «naturalidad y equilibrio», fueron por vosotros apreciados, y hoy, al evocarle, lo hacemos con el dolor que supone la desaparición de un amigo, pero, estimulados y alentados por su ejemplaridad.

La Academia ha querido que sea también yo, el que reciba a su sucesor, doctor Carlos van der Hofstadt y Alberola, nacido en Alicante donde han discurrido su vida personal y profesional. Como en Sánchez San Julián se dan en nuestro nuevo compañero dos cualidades imprescindibles para ocupar un sillón vinculado a una de las ciudades inardinadas en el distrito Universitario: la personalidad y la representatividad, circunstancias ambas que la Academia tiene siempre muy presentes cuando se trata de elegir uno entre los grandes médicos que tiene la capital alicantina. Sánchez San Julián, y van der Hofstadt, crecieron, vivieron, y desarrollaron sus actividades en esa tierra entrañable, con acusados contrastes, y en la cual la paz, la suavidad del ambiente, y de los acontecimientos, son compatibles con una singular capacidad creadora. Ambos Académicos, el que se fue y el que nos llega, están perfectamente enmarcados en el ambiente de la tierra alicantina, que con admirable exactitud nos describiera Rafael de Altamira, «*Toda esta quietud apaciguadora del campo, este reposo infinito, bajo el cual hay sin embargo, una actividad incesante y asombrosa. Puedo pensar serenamente en mí y llegar a lo más hondo, a los grandes misterios de mi espíritu, y a la oculta relación que hay entre yo y este mundo de cosas que me rodea. ¿Cómo es que los árboles, el mar, la montaña, el cielo me hacen ser más hombre que los hombres mismos?*». Descripción trascendente de una singularidad tan ajustada del quehacer de los hombres que tienen como fondo la sinfonía de un paisaje único, hechos que tan admirablemente expresara Miguel Hernández, *no hay*

muerlos. *Todo vive, todo late y avanza. Todo es un soplo estético de actividad moviente.*

Carlos van der Hofstad y Alberola, tras realizar en Madrid los estudios de Licenciatura, los amplía en Bélgica y en Francia. Pero es en Alicante donde afianza su formación, como alumno interno en el Sanatorio del Perpetuo Socorro bajo la dirección de dos maestros importantes, Sánchez San Julián, internista y gastroenterólogo, y el cirujano, José Clavero Margat. Quiere dedicar a este último, amigo por el que sentí singular devoción, unas palabras, muy breves en relación a las que él merece. Fue el gran cirujano, una personalidad rara, en un país estridente. Humilde en su actitud, discreto y medido en la expresión, era un hombre auténtico, con el cual me agradaba convivir en Alicante unas horas, que me parecían siempre breves. Todos tenemos una deuda con estos hombres que amaban oír a los demás, y de cuyas breves palabras se desprendería siempre una enseñanza o una alentadora sugerencia.

En 1955, seis años después de terminar su Licenciatura, el nuevo Académico era promovido, mediante oposición, a Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Alicante, hecho natural, nacido de su labor como cirujano, de sus publicaciones diversas, orientadas singularmente al estudio de la cirugía digestiva, y de las vías biliares, problema tan querido a la Escuela Alicantina, y que culminarían posteriormente en su brillante Tesis Doctoral, *«Contribución al estudio de la morfología del colédoco terminal en el conejo»*.

Esta biografía es perfectamente coherente, partiendo de una información adquirida en Centros de alta reputación, nacionales y extranjeros, elaborada en la reflexión, le han permitido tener un criterio y alcanzar una experiencia. Sólo en esta culminada tarea es posible valorar una calidad y hacer una elección, sometida a una estimación objetiva, y no conducida por una elemental pasión.

Nos ofrece hoy el doctor van der Hofstad, su discurso inaugural sobre *«Los orígenes y fundamentos de la cirugía biliar»* sobre los cuales ha recogido una información muy completa, cuidadosamente ordenada.

He señalado, en otra ocasión, cómo la historia comienza en la crónica, en la captación y sistematización de los hechos, bajo la luz de la época en que acontecieron. Parte de hechos reales y por ello se deforma cuando la interpretación no los respeta, lo que lleva a una historia inventada que no ejemplifica, al forzar los acontecimientos.

La historia es de singular utilidad para el conocimiento de nuestras actividades, ya que nada es tan aleccionador como observar la dinámica evolutiva del saber, donde incluso los hechos más pintorescos poseen una justificación cuando se examinan en la circunstancia en que nacieron. Ernesto von Bergmann, el gran cirujano alemán, iniciaba todas sus lecciones con una so-

bria, pero ponderada y sugerente, exposición del devenir histórico del problema, «de aquel día». Por otra parte el conocimiento de la historia nos induce a la modestia, al no valorar excesivamente nuestros saberes, en el momento concreto en el que nos desenvolvemos. Tiene razón otro gran cirujano alemán, Fernando Sauerbruch, cuando dice, *no hay verdades absolutas ni leyes inmutables e imperecederas. Un sistema sucede al otro, y lo que queda son solamente los conocimientos relacionados con la cultura de la humanidad.*

La historia concreta de hoy, la de la Cirugía Biliar, es una historia bella y pragmática que va desde los estudios de Bobbs, Mayo-Robson, y Kehr, hasta nuestros días afianzando en cada paso una técnica más eficiente, apoyada en medios diagnósticos más precisos cada vez, y en unos resultados quirúrgicos sorprendentes a los que se ha llegado por el estudio colangiográfico y manométrico paraoperatorio, y por los medios generales de ayuda a la cirugía.

No han sido tan alentadores los resultados de la cirugía del hígado y un estudio paralelo nos llevaría a conclusiones desfavorables en cuanto se refiere a la cirugía funcional relacionada con medios que tienden a mejorar la hipertensión portal. Con exactas palabras Bengmark, acaba de señalar que estas intervenciones, que constituyen el mejor medio para intentar la prevención de nuevas hemorragias, integran procedimientos absolutamente antihistológicos. La trasposición del bazo al torax, practicada por Hishbacka o al tejido celular subcutáneo, con arreglo a la metodología de Bengmark y colab., necesitan de una perspectiva más amplia que permita establecer sus ventajas con relación a los diversos métodos de anastomosis porto-cava, que derivan el circuito portal hacia la circulación venosa general. Interesantes son los estudios de arterialización del segmento distal de la porta, después de una anastomosis porto-cava con cuyo método, al conseguir una mejor perfusión y oxigenación del hígado, aumenta la supervivencia y se reduce el riesgo de una encefalopatía hepática, según han demostrado los trabajos de Maillard, Benhamou y Rueff, los cuales han realizado esta intervención utilizando como donante de sangre la arteria esplénica.

Las anastomosis porto-cava realizadas en plena hemorragia ofrecen resultados poco alentadores, y en dependencia con la situación funcional de la hepatona, tan poco estimable en los cirróticos. Los resultados obtenidos en estas circunstancias, y en diferentes centros, Orloff (1972), Leger (1973), y Rueff y Benhamou (1975) son superponibles a los alcanzados con la terapéutica médica, en dependencia, en ambas circunstancias, con la situación funcional del hígado.

Muy interesantes son los intentos quirúrgicos, todavía dentro de la cirugía experimental para combatir la encefalopatía hepática, a cuyos fines Granje ha colectomizado a las ratas a los 21 días de una anastomosis porto-cava, encontrando una ostensible disminución de la amoniemia en la sangre.

Finalmente la historia de los trasplantes hepáticos, desde que Absolon y colab., la practicaron por vez primera en el hombre hace unos 13 años, es

también una historia infortunada. Cuarenta equipos de trasplante realizaron la intervención en 219 pacientes, sin que la supervivencia haya superado los 5 años en los casos en los cuales el éxito fue mayor. Junto al rechazo y la infección, la obstrucción biliar y la fístula, son las complicaciones más frecuentes y graves, y por ello Sheila Sherlock tiene razón cuando dice que su indicación debe limitarse a casos excepcionales, en centros de alta especialización.

Las palabras finales de nuestro nuevo compañero, se han centrado en consideraciones filosóficas que se mueven en direcciones diversas, con comentarios sobre Bergson, y el materialismo histórico. Yo no quisiera presentarme esta noche ante vosotros como un «desviacionista de la filosofía», pero deseo acentuar el profundo contenido humano de nuestra misión. Nuestro gran pro-sista, César González Ruano, decía refiriéndose a Gregorio Marañón, que no había que molestarle con pequeñas cosas por si él era necesario en una hora importante. La invalidez solicita un apoyo, seguro, cordial, para ayudarla a caminar aunque no la conduzca a una rehabilitación total. Nuestro nuevo compañero se mueve en una comprensión de la medicina alentada por las palabras eternas de Paracelso, *sin amor no se puede ser médico. Ayudar y ser útil es labor del corazón. Por el corazón se forja el médico.*

He dicho.