

Historia de la Anestesia en Uruguay¹

ALFREDO PERNIN² y DARDO E. VEGA³

Introducción

Quien no conozca, al menos, lo elemental de la historia referente a una ciencia, arte u oficio, corre el riesgo de repetir intentos ya anteriormente probados como ineficaces o inconvenientes y, carentes de tales conocimientos, su experiencia acumulada le servirá, a lo sumo, para la transmisión tradicional del maestro a discípulo. Carecerá de perspectivas capaz de analizar y reconstruir hechos pasados, admitiendo el relativismo que entraña toda síntesis histórica.

En el tema concreto de la anestesiología, de origen tan reciente como integrante de la práctica médico quirúrgica y especialidad más joven aún en su desarrollo vertiginoso de las últimas décadas, el historiarla nos obliga a ser a la vez cronistas de sus etapas cronológicas, investigadores de documentos, publicaciones, instrumentos y técnicas en las secuencias analizadas y asaz memorialistas, sea por habernos tocado el papel de actores o por haber sido autores de proyectos, disposiciones y reglamentos; intentado culminar como lo dice Aníbal Barrios Pintos, en su artículo "Caminos de la ciencia histórica" (1) con la hermenéutica (arte de interpretar científicamente hechos y documentos).

¹ Editado por Laboratorios Roche, Montevideo, 1981, 33 páginas. Reproducido en Ses. Soc. Urug. Hist. Med. 3: 118 y ss. 1987.

² PERNIN, Alfredo: (1909-1993). Véase semblanza por Dardo E. Vega Olivera, en MAÑÉ GARZÓN, Fernando y TURNES, Antonio L., editores: Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III, Montevideo, 2006, pp 531-533. Véase: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/pernin.pdf> (Consultada el 31.05.2011).

³ VEGA OLIVERA, Dardo Edison: Fecha de nacimiento: 4/7/1919. Falleció en Montevideo el 4 de setiembre de 2004. Obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía: 8 de octubre de 1947. Socio fundador de la Sociedad de Anestesiología del Uruguay: enero de 1948. Socio titular de la Sociedad de Anestesiología desde diciembre de 1969. Especialista en Anestesiología por competencia notoria: 2 de abril de 1975. Diploma de título de socio correspondiente extranjero de la Asociación Argentina de Anestesiología: junio de 1950. Broncoesofagoscopista desde el año 1945 en la Clínica del Prof. Raúl Piaggio Blanco. Realizó curso de perfeccionamiento en Broncoesofagología del Prof. Chevalier Jackson: julio de 1948. Tuvo asistencia activa a congresos de Anestesiología y Broncoesofagología nacionales e internacionales, en Argentina, Brasil, Bolivia. Fue Miembro de Honor de la Sociedad Cubana de Anestesiología, Venezuela y México. Más de 27 trabajos presentados en endoscopía y otros tantos en anestesiología. Actuación privada en las dos especialidades, también en el CASMU, Jefe del Dpto. de Anestesiología de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Socio Honorario del Sindicato Médico del Uruguay desde el 14.5.92. Miembro de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Integrante durante 8 años de la Comisión Honoraria de Salud Pública. El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay le confiere en agosto de 2003 la Distinción Sindical al mérito científico, docente y en el ejercicio profesional

Capítulo I

Prolegómenos. Etapa inicial

Han transcurrido 135 años desde la utilización de las propiedades narcóticas y analgésicas del éter en intervenciones quirúrgicas y 134 años y medio, después de la primera anestesia en Montevideo (2). En ese Montevideo en el que las preocupaciones y dificultades del sitio de la Guerra Grande, no impidieron al espíritu avizor e inquieto, de quienes captaron la trascendental noticia, llevar de inmediato a la práctica, esa experiencia de avanzada.

Dejando de lado discusiones respecto a prioridades (3), podemos considerar las experiencias de Boston, y la publicación subsiguiente por el doctor Bigelow de los resultados obtenidos, como señalando la fecha del descubrimiento de la anestesia general por inhalación (4). Las tentativas anteriores, si bien habían preparado el camino, resultaron todas o infructuosas o inconvincentes y carentes de la necesaria divulgación

Es sólo a partir de la fecha mencionada que, con diferencias de meses debidas a las distancias, el mundo civilizado recibió con alborozo la noticia de que había sido vencido el dolor, hasta entonces huésped permanente y fantasma ingobernable de las salas de operaciones. La anestesia, como la bautizara el médico y publicista de Boston, Oliver Wendell Holmes (5). El 16 de octubre de 1846, Morton anestesia un paciente en el Massachussets General Hospital, permitiendo al doctor Warren extirpar, sin dolor, un pequeño tumor vascular del cuello. Unos días después, el 21 de Octubre el Boston Medical and Surgical Journal (6) publicó el siguiente comentario: "Se relatan en los periódicos de esta ciudad extrañas historias respecto a un preparado, administrando el cual a un paciente, este se ve afectado durante el tiempo suficiente y en la medida necesaria para poder, sin sufrir dolor alguno, ser sometido a una operación".

A finales de diciembre, Linton amputó una pierna, al llamado Federico Churchill, en el Hospital del University College en Londres (7), bajo narcosis etérea. Un mes después, en Enero de 1847, se realizaron anestесias en París, de cuyos éxitos da cuenta el Profesor Malgaigne en los Boletines de la Academia de Medicina de Francia (8), entonces, sin disputa, la institución científica médica de mayor prestigio mundial.

Los boletines mencionados llegan al Plata a principios de Abril de 1847 y, Florencio Varela, el ilustrado director del "Comercio del Plata" comunica la noticia a varios médicos y cirujanos amigos. Resuelven en seguida ensayar el método y, tan pronto consiguen éter en el grado de pureza suficiente, en la Botica de Parodi y Lenoble, el doctor Adolfo Brunel, médico de Montpellier en Montevideo prueba en sí mismo la

droga; unas pocas inhalaciones le aparejan un extraño estado de embriaguez e insensibilidad transitorias.

Llegamos así al 2 de Mayo de 1847. La víspera, a raíz de una salva de cañón, un artillero de la plaza sufre una extensa herida de la mano y brazo derechos; traído al Hospital de Caridad se consideró indispensable amputar el miembro superior y decidieron experimentar la anestesia. Para ello el doctor Patricio Ramos preparó un dispositivo parecido al descrito por Morton (vejiga conectada a una boquilla de vidrio), colocó en su interior una onza de éter sulfúrico, y aplicó la abertura a la boca del paciente. Al cabo de dos minutos de profundas inhalaciones, mostró un estado de agitación y rigidez de los miembros; suponiendo ese el momento favorable, el doctor Brunel, practicó la amputación en cuatro minutos. El enfermo no llegó a estar dormido totalmente, pero manifestó que no le había dolido. Presenciaban la operación, con el natural interés que la tentativa suscitaba, los siguientes facultativos: Tomás Crawford, cirujano del Hospital Naval Inglés; Juan Tenan, cirujano del vapor Harpy (H.M.S.); Juan Pedro Leonard, cirujano de la Escuadra Francesa; Alfredo Harvey, cirujano de la Escuadra Inglesa; y los cirujanos Bermejo y Lastra del Hospital de la Estación Naval de su majestad Católica.

Al día siguiente, el médico genovés Bartolomé Odiccini, en el Hospital de la Legión Italiana, operó un enfermo, de un absceso de la cara interna del muslo, usando el método por insuflación, pasando una corriente de aire a través del éter contenido en un frasco de Woolf. Poco después el doctor Martin de Moussy, de la Facultad de Medicina de París, no consiguió, la insensibilidad requerida ni el esperado sueño, el fracaso fue atribuido a imperfección de los aparatos; tampoco el éxito coronó otra tentativa de los cirujanos Bermejo y Lastra.

En el curso el año 1847, el doctor Brunel asistido por el doctor Patricio Ramos, realizó doce intervenciones bajo anestesia etérea; sin embargo siguieron presentándose fracasos e incidentes, consistentes lo más en una excesiva secreción de mucosidades, tos y agitación, otros en la no obtención de la adecuada insensibilidad.

Fue entonces que, también, a través del "Comercio del Plata" (9), llegó la noticia que, el Cirujano de Edimburgo, James Y. Simpson, había presentado a la Sociedad Médico Quirúrgica de esa ciudad, el 10 de Noviembre de 1847, los resultados de la inhalación de otra droga, el cloroformo. Mucho más potente que el éter sulfúrico y carente de algunos de los inconvenientes de este.

Francisco Constantino Thiballier, farmacéutico francés, en la Botica de Lenoble y Parodi, obtiene por destilación de alcohol etílico sobre cloruro de calcio una substancia muy parecida al cloroformo; el 11 de Febrero de 1848, el cirujano mayor del ejército, doctor Fermín Ferreira, opera en el Hospital de la Caridad a un joven moreno llamado José Silva, de fimosis. La intervención, de poca importancia pero muy dolorosa. Según palabras del propio Fermín Ferreira, entrevistado por don Florencio Varela y el doctor Teodoro Vilardebó (9), se realizó bajo anestesia clorofórmica, manteniendo una esponja

empapada en la citada droga delante de la nariz y boca del paciente. El resultado fue calificado de muy satisfactorio; presenciaban la operación los cirujanos del Bergantín Español Volador, don Hipólito Almeida y don Bartolomé Bustamante.

El 17 de Febrero de ese año, Bartolomé Odiccini operó dos soldados de la Legión Italiana, anestesiándolos con ese producto. El doctor Brunel, por su parte, pudo reducir y operar por kelotomía, una hernia estrangulada, en un paciente de 52 años cuyo estado era gravísimo; la narcosis se obtuvo en cuatro minutos y, evolucionando en buenas condiciones. Decía al respecto el citado doctor Adolfo Brunel: " A juzgar por las primeras veces que he empleado el cloroformo, este parece más ventajoso que el éter; con la nueva preparación química, el enfermo no tose, no tiene contracciones musculares y el efecto es más seguro y rápido" (9)

Al relatar estos episodios iniciales no podría dejarse de precisar el orden cronológico de algunas anestias posteriores a las del Hospital Maciel.

Leslie Curtis y Borges Monteiro, en el Hospital Militar de Corte en Río de Janeiro (Morro de Castelo) el 16 de Julio de 1847, "Experiencia insensibilizante del éter" en Anales de Medicina Brasileira. En Buenos Aires, el doctor Tuksbury, usando el éter como anestésico (10), realiza una operación de estrabismo en un domicilio particular, el 4 de septiembre de 1847. El 8 de Febrero de 1848 se inicia la era de la anestesia en el Canadá, Siwell, Hotel Dieu de Quebec; como dato curioso agreguemos que el trayecto de Boston a Quebec lo cubría, en ese entonces, y en cuatro días, una diligencia (stage coach).

Fuera de duda en "La Nueva Troya" (11) campeaba un espíritu de progreso e ilustración fuera de los común; en lo respecta al periodismo, la literatura, la ciencia, la medicina. A sólo seis meses y medio de la experiencia de Boston, a poco más de tres meses de la publicación en los Boletines de la Academia de Medicina de Francia, a menos de un mes del artículo del "Comercio del Plata, se realiza la primera anestesia en Montevideo, indiscutiblemente la primera en el Río de la Plata y, muy posiblemente, en la América del Sur.

Hagamos un paréntesis ahora para consignar, a la memoria del doctor Patricio Ramos, nuestro primer anestesista, unos breves e incompletos perfiles biográficos.

La primera noticia que de él tenemos data de Marzo de 1837, cuando la Revolución Constitucional pone sitio a Paysandú. Comandaban el ejército sitiador los Generales Rivera, Aguiar y Núñez. Quien ejercía la jefatura de la plaza, el entonces Coronel Eugenio Garzón, requirió los servicios del Licenciado Antonio Pereira y de su colega argentino doctor Patricio Ramos para que habilitaran un Hospital de emergencia; se atendieron allí unos 100 enfermos, incluyendo heridos (sic), según documento que recomienda esas actuaciones, dirigido al Ministro de Guerra y Marina General Pedro

Lenguas, por el Jefe de la Guarnición. (12)

El doctor Patricio Ramos se trasladó luego a Montevideo, en 1838. El 16 de Enero de 1839, la Junta de Higiene Pública le expidió el siguiente certificado, que figura en el Registro de Títulos y Reválidas de la División Técnica del Ministerio de Salud Pública, en el Libro 1º., Folio 2, No. 5 (fig.1), que dice así: El Profesor en Medicina y Cirugía don Patricio Ramos, natural de Buenos Aires, ha presentado ante la Junta de Higiene Pública, dos títulos expedidos por el Tribunal de Medicina de la misma ciudad, en 21 de enero de 1834, y que lo acreditan en la clase de Profesor de ambas facultades.

En 1856, ejerciendo su profesión en la ciudad de la colonia, presenta un trabajo, en una reunión científica de la Junta Económica Administrativa Departamental, sobre "Lamelibránquios y Gasterópodos del Río de la Plata". Poco después abandona nuestro país y se radica en Gualaguaychú, en cuyo Cementerio descansan sus restos (13)

A principios de 1853, en una sesión de la Sociedad de Medicina Montevideana, el estudiante de farmacia, Bachiller don Mario Isola, se ocupa de sus experimentos de química y presenta, por primera vez en Montevideo, el cloroformo preparado de acuerdo a las especificaciones del Codex Francés (14). Se somete a la acción del anestésico para probar su inocuidad. En esa circunstancia el doctor Bartolomé Odiccini deja constancia de su voto en los términos siguientes: "El descubridor de la anestesia, que apacigua el dolor en las operaciones quirúrgicas, merece una estatua que lo represente en todos los hospitales del mundo y, cada año venidero, un día destinado a recordar tan magno acontecimiento en todos los países donde haya hombres civilizados".(15)

La Sociedad de Medicina Montevideana fue fundada el 19 de Noviembre de 1852, firman el Acta de constitución los Profesores de Medicina y Cirugía: don Fermín Ferreira, don Gabriel Mendoza, don Enrique Muñoz, don Antonio Cándido, don Juan Martín de Moussy, don Luis Michaelson, don Enrique Wachs, don Juan Leonard, don Pedro Vavasseur, don Juan Nollet, don Carlos Neves, don Pedro García Diago, don Santiago Bottini, don Patricio Ramos, don Francisco Vergara, y los profesores de Química y Farmacia don Julio Lenoble, don Juan José Vizcaíno y don Domingo Parodi (hijo) (16)

Creemos de interés hacer mención de un detalle farmacológico referente a esas primeras instancias con el cloroformo. Después que lo empleara el fisiólogo francés Flourens, en animales en 1837, demostrando sus propiedades anestésicas, y en el ser humano, Simpson en 1847, se trató de asignarle una fórmula y un procedimiento de preparación codificado. Se conocía de tiempo atrás el éter clorhídrico (17). Por la característica de su preparación, como la describe el farmacéutico Thiballier, en Montevideo (destilación de alcohol etílico sobre cloruro de calcio) se trataba de esa última droga, conocida también con los nombres de percloruro de formilo, bicloruro de carbono y, según grandes probabilidades era cloroformo diluido en seis partes de alcohol (afortunadamente diríamos, para los osados experimentadores de tan peligroso fármaco) (18)

Cuando Isola presentó la droga en la Sociedad de Medicina Montevideana, se hace constar que se trata de cloroformo puro, preparado como lo establece el Codex Medicamentorum Gallicus Edición de 1851. Con ese preparado el Bachiller Isola se sometió a la experiencia "in anima vile" relatada en las minutas de la sociedad.

Paul Bert en un artículo de "La Nature" (19), en el que presenta su aparato dosimétrico, distingue tres agentes anestésicos volátiles, a saber: el éter sulfúrico, el éter clorhídrico (cloroformo diluido seis veces en aguardiente) y el cloroformo químicamente puro.

Comienza así el período en que el cloroformo representa por sí sólo toda la anestesia; esta situación ocurre entre nosotros y lo mismo en todo el mundo. Surgen los problemas que habrán de alimentar, durante un siglo, las controversias entre panegiristas y detractores de esta droga, se señalan accidentes del inicio de la anestesia, el síncope blanco primario que súbita e inopinadamente provoca, la terminación fatal. No existen estadísticas dignas de crédito, se habla de una muerte cada mil o dos mil cloroformizaciones. También se registran algunos casos de atrofia aguda amarilla del hígado pero, en la mayor parte de las pocas historias clínicas, se confunde esa incidencia dentro de los frecuentemente, tormentosos post operatorios. Tanto es así que en los años 1945-46, uno de nosotros, participó en una investigación y evaluación sumamente rigurosa del cloroformo en el Departamento de Anestesiología del Hospital Universitario de Wisconsin, que dirigía el Profesor Waters. (20)

Capítulo II

Primeros Quirófanos

En Montevideo, hasta fines del siglo XIX, muy pocas anestias se realizaban utilizando el éter. La Clínica Quirúrgica, con los Profesores José Pugnalin y José Samarán a su frente, se mantuvo fiel al cloroformo. La cirugía privada se realizaba en los domicilios de los pacientes y en las fondas (21); habilitábase para ello una habitación desalojada de muebles, se utilizaba una mesa grande, en general la de la cocina y, con la ayuda del pulverizador o spray de ácido fénico, se llevaba a cabo la operación por el método de Lister; cuando las normas introducidas por Pasteur, se llevan a cabo con mayor rigurosidad, comienza a emprenderse la asepsia (22). La cirugía abdominal y otras osadas intervenciones dejan de ser una rareza; para obtener

anestias que pudieran proporcionar el deseado y necesario silencio abdominal, el cloroformo, evidentemente tenía prioridad. Al gota a gota sobre una compresa, que continuó siendo el método de elección preferido por los hábiles cloroformistas, se agregaron muchos nuevos aparatos, tendientes todos ellos a permitir la dosificación precisa de tan potente droga. El aparato de Paul Bert, el de Fredet, el de Ricard; este último continuaba usándose en la Sala Mateo Vidal del Hospital Maciel.

Cuando en 1896, el Profesor Alfonso Lamas se hace cargo de la Clínica Quirúrgica, en la sala Jacinto Vera, entonces un anexo de crónicos de la Sala Cabrera, reinicia la utilización del éter. También, lo prefería el doctor Fleury en la sala de Cirugía de Hombres (Cabrera) que luego pasó a regentear el doctor Juan Francisco Canessa.

En su Sanatorio de la Calle Durazno, y luego en el de las Tres Cruces, primer sanatorio construido especialmente para esa finalidad (23), los doctores Lamas y Mondino, el binomio que había de ser inseparable, utilizaban para administrar las anestias con éter la máscara de Julliard, o su sustituto autóctono, la galerita redonda (del tipo llamado bombín), a la que se eliminaba el ala y se le cosía un trozo de algodón en rama en su concavidad; este, empapado en éter, oficiaba de rudimentario vaporizador. Se comprende que, debido al forro de seda de la galera, bastante impermeable, se trataba de un método semicerrado. Cuando el dispositivo en uso era la propia máscara de Julliard, construida sobre armazón de alambre, con dimensiones aproximadas de 22 X15 X15 centímetros, y forrada con varios espesores de muselina, se le recubría con una tela impermeable, al menos durante la inducción, para que se acumulara algo del anhídrido carbónico de la exhalación del paciente.

También eran empleadas otras máscaras, la de Shimmelbush, la de Yankauer, que servían indistintamente para éter, cloroformo, cloruro de etilo o las mezclas de uso corriente.

Eran las más preconizadas:

La A.C.E. de los ingleses:

Alcohol 1
Cloroformo 2
Éter 3

La de Billroth:

Cloroformo 100
Éter 30
Alcohol

Cloruro de etilo, éter y cloroformo en partes iguales.

Otra mencionada por el Profesor Augusto Turenne (24)

Todas estas eran de preparación extemporánea; pero existían otras, el Somnoformo, compuesto por los cloruros de etilo y metilo con el agregado de bromuro de metilo, la cita Turenne, aconsejándolo para legrados; El balsoformo que añadía a una mezcla de cloruro de etilo, éter y cloroformo 0'6% de gomenol, una esencia balsámica que también se incluía en el Gometer de Robert et Carrière; el agregado de gomenol tenía como fin prevenir las complicaciones pulmonares que se atribuían a la frialdad y acción irritante del éter. Hoy está probado que las complicaciones pulmonares tienen otro origen pero, ya en aquella época, Mickulicz (25) hacía notar que muchas neumonías postoperatorias ocurrían después de anestias locales y casi en la misma proporción que como secuela de narcosis inhalatorias; entre nosotros el Profesor Horacio García Lagos refería esa misma relación.

El Cloroformo, éter y cloruro de etilo se importaban; los principales fabricantes eran las casas Merk de Alemania y Poulenc y Triollet de París, esta última proveía la clásica ampolla gotero; el cloruro de etilo, de procedencia francesa, Kelene. Existió, bastante después, una importante producción nacional de éter sulfúrico, comercial y para anestesia, por parte del Instituto de Química Industrial, posteriormente incorporado a ANCAP; también destiló éter el Laboratorio Bios, otras procedencias eran el éter Squibb y otros de los Estados Unidos, y los fabricados por la industria farmacéutica de la vecina orilla.

Vemos pues limitándonos al Hospital Maciel (26), que concentraba casi toda la actividad quirúrgica de Montevideo, que en las Salas Maciel y Artigas, Clínica de los Profesores Lamas y Mondino, el éter era el agente de elección; en la Sala Jacinto Vera, Clínica del Profesor Navarro se prefería, sobre todo para las operaciones abdominales importantes y cuando era requisito necesario el silencio abdominal (la relajación muscular) el cloroformo.

En la Sala Francisco Cabrera, donde ya el doctor Canessa había sustituido al doctor Fleury, el éter era preferido. En el sector de Cirugía de Mujeres, Salas Mateo Vidal y Santa Filomena, en cambio se utilizaba el Cloroformo. Allí operaba Luis P. Lenguas, jefe del Servicio y Manuel Nieto y José Iraola; una fotografía tomada en 1912 por el doctor Alberto Mañé, nos muestra a la Hermana Calixta administrando una anestesia clorofórmica, usando el aparato de Ricard. En la Sala Padre Ramón, a cargo del Profesor Isabelino Bosch, Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina, para fórceps y versiones, el cloroformo se consideraba preferible. El Profesor Pouey, en la Sala Santa Rosa, no era tan categórico, veremos que fue él quien introdujo en nuestro país el aparato de Ombredanne que llevó por años, al predominio casi total del éter.

Como puede notarse, en nuestro país el éter y el cloroformo, con algún empleo esporádico del cloruro de etilo, dominaron todo el panorama de la anestesiología inhalatoria. Es sólo en los primeros años del siglo XX que se utiliza, aunque en raros

casos, el protóxido de nitrógeno. En el viejo sanatorio de los doctores Luis P. Bottaro y Américo Fossati, que luego pasaría a ser el Sanatorio Uruguay, se adquirió un aparato de Roth Draéger; permitía este vaporizar éter o sus mezclas con cloroformo, en una corriente de oxígeno y de protóxido de azoe. Fue utilizado por el entonces practicante de medicina y luego Profesor Ernesto Quintela.

Bastantes años después, Pedro Cantonnet, José Luis Bado y Manuel Gallarza Herrera administraron anestias con ese gas; el último de los nombrados, en los servicios de Julio Nin y Silva y de Arán, utilizó un aparato de Hewitt, compuesto esencialmente de una bolsa de gutapercha separada en dos secciones por un tabique; una de esas secciones, de unos nueve litros de capacidad estaba destinada al protóxido, la otra, de un litro, se llenaba de oxígeno, la mezcla era al 10%, un cilindro de oxígeno y otro de protóxido de azoe, alimentaban el sistema.

Fuera de la dedicación ocasional de algún médico a la anestesiología, no existían aquí, ni en los países latinos (América del Sur, Francia, Italia) especialistas en anestesia. Las narcosis generales por inhalación eran administradas por estudiantes de medicina y practicantes, hermanas de caridad, enfermeros y "aficionados"; algunos de ellos dotados de real vocación, habilidad y responsabilidad; varios hicieron de esta labor su principal y aún única actividad.

Como verdadera excepción a este estado de cosas, y que debe ser citado incluso para evitar su olvido, era la posición que adoptaba el Profesor Alfonso Lamas. Ordenaba que las anestias las realizaran los practicantes internos o los estudiantes de medicina; en los casos más complejos esta función era asumida por Jefes de Clínica o Asistentes. Lamas decía que "la anestesia es un acto médico y nuestros pacientes tienen el derecho de ser atendidos por médicos".(27)

Capítulo III

El Aparato de Ombredanne

Hasta bien entrado el siglo XX, cuando aún el encargado de "hacer" la anestesia era un practicante de medicina, una nurse, enfermera o enfermero o la hermana de caridad, se repetía con frecuencia la escena de la búsqueda, por los corredores de un hospital, de alguien para la anestesia. En la carrera de todo estudiante de medicina, apenas integrado en tercero, al ambiente hospitalario, era condición indispensable la realización de anestésias con el aparato de Ombredanne. Un compañero de promoción anterior, más o menos experimentado le enseñaba a "dar anestesia", al tiempo que se hacía la mano para puncionar venas y sacar sangre, poner inyecciones, cambiar curaciones y vendajes.

Las inducciones, en la técnica de éter por inhalación eran, en el mejor de los casos tormentosas y, a veces, dramáticas. Las excitaciones motoras alcanzaban tal grado que, mientras el anestesista se afanaba en sostener la máscara aplicada al rostro del paciente, una o más personas lo sujetaban sobre la mesa de operaciones para controlar los movimientos convulsivos del período de excitación. El establecimiento de una respiración ruidosa y regular marcaba el momento de la estabilización de la anestesia y el comienzo de la operación. El ronquido respiratorio era el signo característico que permitía, por parte del cirujano, el control auditivo de la marcha de la narcosis, sus modificaciones y, con mayor razón su interrupción, se interpretaban como una desviación de la marcha de la anestesia; el cirujano era el "director responsable de la anestesia", pedía que se aumentara o disminuyera la gradación del aparato que se agregara carbógeno, para estimular la respiración, o que se retirara la máscara para que el paciente respirara aire del ambiente. Era el tiempo de los "síncopes azules" y los "síncopes blancos", clasificación precaria de las formas clínicas de los accidentes respiratorios y cardiovasculares. El anestesista se aferraba a la máscara mientras ejecutaba la maniobra de Sabrassez, elevando el maxilar para evitar que el paciente se "tragara la lengua". Las primitivas cánulas faríngeas de alambre permitían la intubación buco faríngea y, junto con la elevación del maxilar, que por sus inserciones del piso de boca, levantaba la lengua separándola de la pared posterior de la faringe, representaban los primeros intentos de desobstrucción de la vía de aire. También era frecuente que los pacientes se "llenaran de secreciones", no obstante la premedicación que se utilizaba con cierta frecuencia. Las posibilidades de dominio de la respiración eran absolutamente precarias; se utilizaban los métodos de respiración artificial preconizados para la resucitación de ahogados y electrocutados, las tradicionales maniobras de Silvester y Shaffer; ambas tenían más de estimulantes respiratorios que de mecanismos reales de ventilación; en forma muy similar operaba el método de Laborde, las tracciones rítmicas de la lengua, que se efectuaba con las pinzas de lengua de Berger o de Lucas Championnière.

Esta situación de anestesia, que ocurría en muchos países, y era compartida por numerosas actividades paralelas a la medicina y cirugía generales, no solamente convertía esas especialidades en técnicas rutinarias que se movían en moldes estereotipados, sino que impedían casi totalmente el progreso de las mismas. Quienes pudieran haber tenido los conocimientos básicos para perfeccionarse, no estaban interesados (motivados diríamos hoy en día), y los que se convertían en meros

ejecutantes de la técnica, carecían de la preparación fundamental.

El Profesor Juan Carlos del Campo, que tanto hizo por el progreso de la anestesia científica en la Clínica Quirúrgica a su cargo, en la Facultad y a través de la Escuela de Graduados, acostumbraba repetir lo ocurrido en Francia en el campo de la Ortopedia. Esta había llegado a un alto grado de progreso con Broca, Ombredanne, Kirmisson; luego estos profesores pasaron a las cátedras de cirugía general. Las nuevas generaciones dejaron de cumplir ese período en las especialidades colaterales, y los profesores agregados que a ellas se dedicaron, no volvieron a ser, como antes, figuras de primera línea. Tanto fue así que cuando los doctores Bado, Vázquez y Rolando quisieron especializarse en Ortopedia y Traumatología, tuvieron que dirigirse a Italia y Austria, con Putti en Rizzoli y Boheler en Viena; y quienes siguieron la senda de la Anestesiología, hicieron lo propio en los Estados Unidos e Inglaterra.

Se pensó, en algún momento, como solución económica y expeditiva formar anestésistas en una escuela de nivel práctico, lo cual nos habría conducido a ganar uno o dos escalones y quedarnos de nuevo estancados.

Esa falsa antinomia entre prácticos y teóricos se resuelve en un simple axioma: "No hay práctica que pueda progresar por sí misma, si no está apoyada sólidamente en conocimientos profundos y completos. No existen atajos fáciles en materia epistemológica; lo que puede parecer a un observador superficial un progreso, es simplemente la cesión de algunos conocimientos limitados, no autogenerables, pagando el precio de ese "Know how" en "royalties".

En 1910 el profesor Enrique Pouey trajo de París el aparato que habría de monopolizar la administración de anestésias inhalatorias durante más de un cuarto de siglo tanto entre nosotros como en toda la América Latina, Francia, Italia, etc. Se trataba del aparato llamado de Ombredanne fabricado por la casa Collin. Por si solo merece una página en esta crónica anestesiológica.

Se ha discutido bastante si fue inspirado por el conocido aparato de Clover, muy difundido en los países de origen anglo sajón. De todos modos lo que si puede afirmarse es que incorporó varios perfeccionamientos que lo hicieron versátil y eficiente.

Uno de ellos consistió en rellenar su interior con trozos de fieltro, que se embebían en el éter, lo cual impedía que este líquido pudiera volcarse sobre la vía de aire del paciente. La otra consistió en adoptar una vejiga como bolsa de reinhalación, en lugar de la más rígida y pesada, de goma, que tenían otros aparatos de la época.

El método en que estaba basado era el semicerrado. El doctor Tison, preparó unas instrucciones para el empleo del aparato que ideó (26) y que muestran, de parte de su autor, un profundo dominio práctico y teórico de la anestesia general por inhalación

(28).

Tison había sido alumno de Paul Bert. El aparato se utilizaba en la Clínica Quirúrgica del profesor Ombredanne, desde allí se difundió, y el nombre del doctor Tison quedó poco menos que olvidado.

Se empleó al principio, por supuesto, en el Sanatorio del profesor Pouey sito en la esquina Uruguay y Cuareim. Puede suponerse que los primeros en administrar anestias con él, fueron los entonces practicantes de ese sanatorio, los doctores Julio Carrère y Diego Martínez Olascoaga. El aparato de Ombredanne estaba destinado principalmente a utilizarse con éter, pero también se podían emplear algunas las mezclas; esta última posibilidad no fue casi nunca adoptada aquí.

Capítulo IV

Las Anestias Raquídeas

Nos aproximamos, cronológicamente a lo que podríamos llamar el renacimiento de la especialidad, después de largos años de desempeño, en la mayoría de los casos, por idóneos.

Puede decirse que hubo dos tendencias que caracterizaron la filosofía de la anestesia. Una de ellas consistió en la búsqueda de una droga única, potente y a la vez poco tóxica. Debe tenerse presente que mientras se procedió a administrar las anestias conservando la respiración espontánea, casi solamente el éter y el cloroformo eran capaces de brindar analgesia y relajación muscular, sin mayor interferencia con la ventilación pulmonar.

La otra meta apuntaba a idear aparatos que permitieron una dosificación precisa y estable del agente utilizado. Los dispositivos de Clover y de Paul Bert son un ejemplo pretérito. Otros dispositivos que se utilizaron fueron el vaporizador de Oxford y la llamada Metric Machine de Waters y Foregger. Pero luego, con el advenimiento de los fluorianos volátiles se consiguieron vaporizadores calibrados efectivos (Fluotec, etc.)

El aparato de Ombredanne pudo incorporar, en su larga carrera, algunas conquistas. Una de ellas, propuesta hacia 1930 por Cott (29) consistió en agregar anhídrido carbónico o carbógeno a la mezcla respirada (sea bajo la máscara o por una tubuladura lateral; el profesor Domingo Prat y, el entonces practicante interno Emilio Barberousse

fueron quienes difundieron la maniobra. Se comprende que el objeto era elevar el umbral de la sensibilidad glótica y excitar el centro respiratorio, facilitando y acelerando la inducción. Otra se basaba en, una vez estabilizado el mantenimiento, destornillar la bolsa; de ese modo se convierte el método en abierto, sin acumulación de anhídrido carbónico; algo similar al "procedimiento de la latita", tan conocido como de Flagg.

Otras modificaciones y perfeccionamientos consistieron en el empleo cada vez más generalizado de oxígeno, para enriquecer la mezcla respirada, utilizando los aparatos de Roth-Draéger y de Henderson. También buscaba, niveles bajos de impregnación narcótica, con una analgesia satisfactoria, la llamada asociación anóxica (anoxi-association de Crile) (30).

Todos esos adelantos seguían los pasos de una cirugía en general prudente y rápida. Las osadías quirúrgicas, que las hubieron también, terminaron en el descrédito.

No debemos olvidar que tan precarios procedimientos anestesiológicos, apoyados (o carentes de apoyo) por rudimentarios conocimientos fisiopatológicos coincidían, para hacer más sombrío el panorama con pasos aún más incipientes en lo que respecta a los cuidados de enfermería, se ignoraba casi todo de la preparación preoperatoria y también de medidas restaurativas y de reposición de fluidos y electrolitos. Por ejemplo, el único tonicardíaco inyectable era el aceite alcanforado; el suero fisiológico se administraba por vía subcutánea o intrarectal; el glucosado, debido a los chuchos que casi inevitablemente producía, estaba proscripto; las transfusiones de sangre se realizaban con jeringa, en dosis de 150 a 250 ml. Sólo en 1930 comenzó a inyectarse por vía venosa el cloruro de sodio hipertónico; 20 a 30 cc. al 20% terminaron con las uremias por hipocloremia y muchos vómitos incoercibles postoperatorios.

Hasta ahora nuestro tema se ha centrado en la anestesia general por inhalación; es tiempo de dar entrada a otros procedimientos o vías de administración. La primera referencia sobre anestesia raquídea en nuestro país aparece en un trabajo de José M. Silva (31) mencionando una anestesia del profesor Alfredo Navarro realizada en su servicio del Hospital Maciel en 1899. Se trataba de una gangrena de pierna a consecuencia de una "pulmonía doble" practicando la amputación con 0.08 de cocaína al ½%. No hubo ningún inconveniente y el paciente solo sintió "un tirón" en el momento de cortar el ciático. Pocos años antes había comenzado la historia de la anestesia raquídea en Europa. Si bien la tentativa del neuro-patólogo norteamericano L. Corning de poner en 1885 la cocaína "lo más cerca posible de la médula" se considera como el antecedente más lejano, es mérito de Augusto Bier la introducción y realización de la raquianestesia en 1898 en Alemania (32). La divulgación de la Raquianestesia en Francia es obra de T. Tuffier y posiblemente Alfredo Navarro haya conocido la técnica durante su internado en los hospitales de París. Hasta la década del 20 no existen publicaciones sobre anestias raquídeas en nuestro país. Es posible que el gran predicamento de la anestesia inhalatoria por éter y por cloroformo según hemos visto en páginas anteriores haya disminuido el interés por aquel tipo de anestesia

regional.

En 1922 se publicó en los Anales de la Facultad de Medicina un trabajo de Alberto Roldán (33) sobre 165 casos llevados a cabo en el Hospital Galán y Rocha de Paysandú. Se considera a sí mismo "uno de los primeros divulgadores". Afirma que el método está al alcance de todo médico práctico. Utilizó la novocaína al 8% y su casuística incluye un caso de cáncer de ampolla de Vater. Como detalle curioso de este trabajo anotamos que se daba café a los pacientes antes de la operación y los hacían comer enseguida de finalizada salvo en caso de operaciones abdominales. Es interesante leer la discusión en la que el profesor Navarro y el doctor Pereyra apoyaban el método y su inocuidad, mientras que Lamas y Stajano, que preferían el éter, hablaban de muertes por Raquianestesia y la reservaban solo para casos especiales. Navarro solicitó que se hicieran conocer todos los accidentes mortales "en beneficio de todos". Es un gran mérito para la cirugía de un hospital del interior en una fecha tan alejada y la personalidad de Roldán no solo tuvo relieves locales sino que trascendió al ámbito nacional en mérito a su destacada actuación política. En el mismo año de 1922 Garibaldi Devicenzi (34) presentó a la Sociedad de Cirugía su trabajo "Observaciones sobre Raquianestesia" donde mencionó que "a raíz de la guerra (1914-1918) se empezó a señalar la frecuencia de los accidentes inmediatos y tardíos de la anestesia general por éter" y que la aplicación extensiva "de la anestesia general sería el resultado de la imposibilidad de aplicar la anestesia raquídea o local-regional". Otra mención curiosa de este trabajo es la que refiere a "los enfermos que van preocupados a la mesa de operaciones porque se los va a dormir". Esto quiere decir que los pacientes sentían terror al sueño anestésico y que "bastaba simular la anestesia general con la careta de un Ombredanne vacía o la máscara de Julliard sin éter, para obtener el silencio". Se utilizaba este miedo para aquietar a pacientes temerosos durante una raquianestesia y que confundían con "dolor la simple sensación de contacto o de tracción". Las anestесias fueron hechas con Novocaína y la técnica es de Le Filliâtre.

Los accidentes y las muertes anestésicas siempre fueron motivo de grandes preocupaciones pero, a pesar de las invocaciones en ese sentido, ni en esa época ni en las posteriores, fue objeto de rigurosos estudios estadísticos de frecuencia. El punto de vista médico-legal se planteó por primera vez en un trabajo de José May (35) sobre los peligros de los anestésicos generales. Refiere dos casos de muerte en sala de operaciones en pacientes intervenidos de urgencia por lesiones no mortales (una herida de abdomen y un corte del cuero cabelludo en un niño atropellado por un auto) y el estudio autopsico demostró muertes por obstrucción respiratoria con asfixia por pedazos de carne. Es indudable que todavía no se conocía el peligro de los estómagos llenos y la aspiración del vómito. May comentaba que "solo la omisión de un detalle en el acto operatorio ha sido bastante para terminar con la vida de dos personas". No obstante no hubo delito y los culpables fueron puestos en libertad porque las lesiones no eran mortales. "Por eso traigo a colación el peligro de las anestесias generales y a ustedes, los cirujanos, queda librada la manera de evitarlo".

Es interesante constatar que la primera referencia de la literatura nacional sobre anestesia endovenosa aparezca en un Hospital del interior: Galán y Rocha en Paysandú.

En 1925 el doctor A.B. Langon publicó en los Anales de la Facultad su experiencia sobre la utilización del Somnifeno por vía endovenosa en analgesia del parto (9 casos), cesárea (1 caso) y cirugía (1 caso de hernia). La hipnosis duraban 10 y más horas luego de finalizado el procedimiento (36).

Casi diez años habrían de transcurrir hasta la reactivación del interés por la anestesia endovenosa en nuestro medio provocado por la introducción del Evipan de Bayer. Si consideramos que Emil Fisher y Joseh Von Merinf introdujeron en 1901 el Veronal como primer miembro de la familia de los Barbitúricos y que en 1931 Hellmut Weese y W. Schraff emplearon por primera vez el Evipan de Bayer, los trabajos presentados por Manuel Rodríguez López (37), Américo Stabile (38) y Manuel Albo y P. Martinsich (39) son altamente significativos en cuanto a inquietud científica y espíritu de información por los adelantos de las grandes escuelas médicas de la época. Lejos estaba todavía la aparición de la orientación anestesiológica y los autores revelan sus experiencias en cirugía general y en pequeña cirugía ginecológica dando la impresión de que actuaban como cirujanos y "directores de anestesia". El estilo científico se caracterizaba por un profundo subjetivismo propio de la época y los trabajos carecían de documentación bibliográfica, salvo una cita de la "Presse Médicale" de ese mismo año aparece el trabajo de Rodríguez López que se refiere a la utilización del Evipan en la gran cirugía ginecológica. Esta referencia contiene el detalle técnico de la dosis inicial del barbitúrico y el agregado de nuevas y sucesivas dosis en "la luz de la goma" por donde corre suero glucosado hipertónico gota a gota. Este es el antecedente más lejano sobre anestesia endovenosa continua para procedimientos prolongados que existe en el Uruguay. Siguiendo los detalles de la técnica todos insistían en la inyección lenta advirtiendo sobre los peligros de la sobredosis y la insuficiencia de la relajación muscular. Aunque ninguno hizo notar el inconveniente de las excitaciones neuromusculares que podía desencadenar la droga, es interesante comprobar en el trabajo de Albo y Martincich la preocupación por la "disminución del shock psíquico", "la entrada en el sueño sin trastornos" y "la amnesia retrógrada casi constante". De esta forma comienza el proceso de supresión de la angustia de la inducción anestésica que se haría realidad años más tarde. Desde Langón hasta 1932 no hay referencias escritas sobre Analgesia Obstétrica. Ese año aparece la tesis de doctorado de Luis Sacco Ferraro (40) sobre el método de Gwathmey de introducción de éter y aceite por vía rectal.

Once años después de las publicaciones de Roldán y Devicenzi el tema de la anestesia raquídea retoma actualidad con motivo de la aparición de un nuevo agente: la Percaína. En 1932 el doctor Luis Bottaro (41) publica un trabajo sobre Percaína intraraquídea. Durante su reciente viaje por Europa había visitado las clínicas del profesor Lastzko en Viena y la del profesor Pauchet en París. Le entusiasmaron los resultados que se obtenían en ambas clínicas con el nuevo agente y la Casa Ciba de Basilea le preparó la sustancia. Su trabajo comprende 158 casos y señala que la Percaína es diez veces más activa que la cocaína y veinte veces más que la novocaína pero su "toxicidad es mucho más elevada". Utiliza la técnica de las dos agujas (Dotner) y hace notar que obtiene un "excelente silencio abdominal". Esta curiosa expresión abunda en la literatura médica de esa época. Seguramente de origen francés se refiere a la resolución muscular abdominal en contraposición al empuje de las vísceras ritmado por el ruido de la respiración obstruida por los anestésicos generales. El silencio abdominal es el primer

antecedente histórico de la relajación muscular que con la evolución de las técnicas se transformó en una de las condiciones básicas de la moderna anestesia. Otro elemento importante que señala Bottaro en su trabajo se refiere a la sedación. Dice textualmente que "la tranquilidad de espíritu del operado es el primer factor para conseguir "una buena anestesia". Se refería más a la tranquilización psicológica que a la farmacológica.

Al año siguiente en una reunión conjunta de la Sociedad de Cirugía y de Ginecología Carlos Stajano (42) presentó una comunicación sobre la Percaína y "el fenómeno de la hipotensión". Discute la afirmación de su maestro Bottaro de que la Percaína no es hipotensora afirmando que lo es en forma extraordinaria. Reconoce que es un medicamento anestésico admirable que no debe administrarse "sin el anestesista que controle la hipotensión". Poco tiempo más tarde en 1935 Prudencio de Pena (43) publicó en los Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades un trabajo sobre Raquianestesia en el niño. Aunque carece de bibliografía el autor menciona la experiencia que en el problema tienen una serie de autores extranjeros. Toma del libro de Forgue y Basset (33) publicado en 1930 los datos históricos de la Raquianestesia. Elogia el sentido clínico de Bier y transcribe sus conclusiones afirmando que nada se le había escapado al cirujano alemán después de una serie tan corta de raquídeas de su experiencia inicial. Utilizó la Novocaína al 4% en 240 casos con excelentes resultados. En una parte del trabajo señala como ventaja "la supresión del ayudante de anestesia". En 1935 el Boletín de la Sociedad de Cirugía publicó una colaboración de Fernando Etchegorry (44) sobre una meningitis puriforme aséptica luego de una raquianestesia. En 1938 Américo Stabile (45) vuelve sobre el tema de Raquianestesia con Percaína insistiendo en "el silencio abdominal completo con relajación muscular". Por primera vez aparecen juntos los dos términos. Stabile señala "el peligro bulbar de la raquipercaínización" y reconoce que se trata de una inhibición por anemia secundaria a la hipotensión arterial

En una fecha tan posterior como 1947 Carlos Stajano, ahora con la colaboración de su practicante Conrado Nin vuelve al tema de la raquianestesia (46) presentando su experiencia en el asunto. Les preocupa el problema de la cefalea confesando que no lo tienen resuelto y aconsejan que debe seguirse estudiando. En 1948 Luis Sacco Ferraro (47) publicó un nuevo trabajo sobre raquianestesia con novocaína al 8% en cesáreas y dice seguir las normas de Silva en el sanatorio España. Encuentra como inconveniente que hay que quedar en silencio porque la paciente no está dormida y reproduce la frase de J.L. Faure de que "la enferma no debe hallarse presente durante el acto operatorio". El IV Congreso Uruguayo de Cirugía de 1953 dedica una seccional a la Anestesia Raquídea y el relator del tema Juan Carlos Scasso (48) presentó una excelente y completa puesta al día con abundantes datos técnicos y nutrida referencia bibliográfica. Contribuyeron los doctores E. Tarigo y L. Bottaro (49) con una estadística sobre 4.031 raquianestesis realizadas en el servicio del "Prof. Luis Bottaro" con una mortalidad del 1.48%. En los comentarios la estadística fue considerada "de valor mundial" por el Coordinador Alfredo Pernin.

Capítulo V

Etapa Moderna

La Historia de la Anestesia en nuestro país puede dividirse en varias etapas que se suceden y también, por momentos coinciden; comprendemos lo arbitrario de toda división en períodos pero, esencialmente se destacan; la etapa del descubrimiento, señalado por la osadía y espíritu de avanzada de quienes iniciaron ese camino no trillado; la segunda, caracterizada fundamentalmente por la estabilización de métodos y procedimiento, la adopción de rutinas, y la entrega de la especialidad a los idóneos, la búsqueda de drogas seguras, de fácil manejo, y de aparatos cuya manipulación pueda confiarse aún, a aquellos carentes de conocimientos científicos. Pero las drogas y los aparatos no lo son todo, ni en anestesiología ni en otras actividades médicas, y llegó necesariamente a comprenderse que el éxito o el fracaso están condicionados en último término, por la habilidad técnica y el juicio clínico.

Así llegamos al período que abre el resurgimiento, del espíritu de crítica y de investigación; análisis y evaluación de lo anteriormente realizado, nuevos planteos, adaptación a requerimientos que surgen. En esta etapa, la científica, aparece entre nosotros una brillante personalidad, el entonces doctor Eduardo Palma, que habría de

llegar al Profesorado de Clínica Quirúrgica. Basta citar algunos de sus trabajos para reconocer que no sólo marcan hitos en la especialidad, sino también despiertan inquietudes, hacen nacer vocaciones (50). Por el año 1935, a raíz de la visita de profesor Hug, de Toxicología, de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, al Instituto de Medicina Experimental que dirigía el profesor Héctor Rosello, se le significó a Palma la importancia creciente que la anestesiología tendría, necesariamente, si la cirugía había de seguir progresando. Aún cuando no pensaba dedicarse a la especialidad, juzgó de alto interés concurrir al Hospital San Carlos, de Casilda (Provincia de Santa Fe) donde actuaba el doctor Teófilo Meana y el anestesista especializado era Owen Elder. Allí Palma comienza a estudiar los problemas anestesiológicos, conjuntamente con R. Rocatagliata y J.A. Sugasti de Buenos Aires y Rosario, respectivamente.

La historia de la anestesia, en este período está estrechamente vinculada en ambos márgenes del Plata.

Al año siguiente Oscar Ivanissevich viajó a Norte América, se da cuenta de la importancia que tiene la estrecha relación entre cirujanos y anestesistas de carrera y, por consejo de Lundy, a la sazón jefe del Departamento de Anestesiología de la Mayo Clinic, obtiene del profesor José Arce, la contratación del doctor Vollbrechthausen, para dictar un cursillo de anestesia en el Instituto de Clínica Quirúrgica. A ese curso concurren, entre otros Miguel Márquez Miranda (51), Roberto Goyenechea que continúan luego, como anestesistas, en el Instituto citado. Allí concurre en 1938 el bachiller Ignacio Villar, que inició la especialidad en la Clínica del profesor Domingo Prat; trajo a Montevideo uno de los primeros aparatos de circuito cerrado para ciclopropano fabricado en la Rep. Argentina, el ADELIC (52). Eduardo Palma luego de una actividad laboral anestesiológica en diversos centros asistenciales públicos y privados, que abarca una década aproximadamente, imparte enseñanza y trasmite instrumental a los bachilleres Walter Fernández Oria, Antonio Cañellas y Juan Carlos Scasso a quienes se incorporará más tarde Trilla.

Los bachilleres Antonio Cañellas y Walter Fernández Oria, fueron luego alumnos de Owen Elder; el doctor Juan Carlos Scasso, de Juan A. Nesi; los doctores Osvaldo Lucas, Helmut Kasdorf, Conrado Nin y Julio Marotta, en el Hospital Británico de Buenos Aires de Leslie Cooper y Federico Wjustify; establecimiento donde también estuvo uno de los autores de este trabajo y el bachiller Saúl Caviglia Staricco.

Alfredo Pernin a instancias del profesor de bacteriología Estenio Ormaeche, una de las figuras de mayor relieve de la docencia médica de la época, viajó a Estados Unidos durante los años 1945 y 1946 e hizo una residencia en el Wisconsin General Hospital de Madison con el profesor Waters y allí adquirió una sólida formación anestesiológica. Allí maduraron las ideas que con el andar el tiempo constituyeron el fundamento sobre el que se estructuró la organización y la puesta en práctica de la Anestesiología en nuestro país. De regreso al Uruguay y a la clínica de Juan Carlos del Campo dio comienzo a la enseñanza teórico-práctica de la especialidad a nivel de la Facultad de Medicina. Pasarán, todavía, ocho años para dar iniciación al primer curso para postgraduados según veremos más adelante.

Se había producido, entonces, una gran innovación que comprendió, en primer término, la aparición en nuestro medio del médico especialista en anestesia. Los practicantes de medicina al alcanzar el título de médico prosiguieron en el ejercicio de la Anestesiología o abrazaron otras especialidades. Además y al mismo tiempo se producía una importante innovación tecnológica. Aparecieron los nuevos aparatos de anestesia con cilindros de ciclopropano, protóxido de nitrógeno, anhídrido carbónico, etileno e incluso helio. Cada gas tenía su correspondiente flujómetro y podían ser incorporados a un circuito cerrado circular con absorción de anhídrido carbónico por cal sodada. A este circuito era posible agregarle vapor de éter producido por un vaporizador o por un frasco gotero (Foregger). Aparecieron como instrumentos de la anestesia, el laringoscopio y las sondas endotraqueales de goma. Se adoptó la técnica de la intubación laríngea o naso-traqueal que había precisado Magill en Inglaterra en el año 1928. ¿Qué significado tuvieron las innovaciones? El circuito cerrado permitió el dominio manual de la respiración mediante el manejo de la bolsa y la intubación permitió que la vía de aire se mantuviera libre y permeable tornándose la anestesia de ruidosa en "silenciosa". Las inquietudes de los anesthesiólogos se extendieron a otros aspectos vinculados con la anestesia como el que se refiere a la sistematización de la medicación preanestésica (53) y a los problemas de limpieza de la vía de aire con estancación de secreciones (54) (56).

La bibliografía anestesiológica uruguaya es muy escasa en los otros tipos de anestesia raquídea: peridural y caudal. En 1939, Eduardo Palma (56) presentó su experiencia en anestesia peridural luego de visitar en Buenos Aires el Servicio de Alberto Gutiérrez que en ese momento contaba con 4.600 casos realizados. Gutiérrez seguía la orientación de Dogliotti y difundió en nuestro medio el "signo de la gota". Palma presentó 64 casos y utilizó la Novocaína al 1%. Destacó la importancia de la anestesia peridural que "tomaría las raíces y los nervios raquídeos, sin actuar sobre la médula, con lo que parecería tener las ventajas de la anestesia subaracnoidea, sin sus inconvenientes".

Lamentablemente no hemos podido encontrar la documentación sobre anestesia caudal de Samuel Rey Vercesi pero tenemos referencias verbales sobre la existencia de la misma. En materia de anestesia local Enrique Pouey publicó en 1925 un trabajo sobre Niketol (57) con una primera parte experimental escrita por Héctor Rosello y por el bachiller Diamante Bennati en Cobayos. La experiencia de Pouey comprende 100 casos y llega a las conclusiones de que se trata de un anestésico de acción inmediata, eficacia notable, anestesia tejidos inflamados y no tienen toxicidad. Se continúa investigando en procura de mejores drogas para las anestésicas de conducción. Hacía muchos años la cocaína, que tanto por vía raquídea como local provocaba, por sus efectos sistémicos, delirios y accidentes respiratorios había sido abandonada. La Novocaína o procaína aparecida en 1905 continuó hasta nuestros días. Hay que esperar hasta 1947 para que aparezca otra contribución sobre anestesia local. Le corresponde a Enzo Mourigan Canale (58) presentar a la Sociedad de Cirugía sus consideraciones sobre el método Bier de anestesia local por vía venosa. Simplifica la técnica primitiva y expone el resumen clínico de 55 casos de anestesia del miembro superior, usando Novocaína al 1/2% o al 1%. Es interesante reproducir el comentario del doctor Otero quien manifestó que no se trataba de la simple reactualización de un tema como lo decía modestamente Mourigan; "en cualquier medio, un procedimiento que haya sido inventado y estudiado en otro lado, cualquier persona que se preocupa en aplicarlo, hacerlo práctico y realizarlo, tiene un

mérito que está por encima de una actualización". En 1956 frente a la difusión de la moderna anestesia "por gases", M. Walterskirchen (59) trata de reivindicar la anestesia local siguiendo las directivas generales de su narcosis de la época, habla de venenos celulares, menciona los conceptos de Crile sobre "anoxiasociation" y de Stajano sobre "rebelión del neurovegetativo " y "fluxiones reflejas" y se extiende en consideraciones sobre psicología del dolor. Menciona como ejemplo de técnica: la gastrectomía, la colecistectomía y el ileo por estrangulación. Las anestésicas podían durar de 2 a 4 horas empleando de 1 ½ a 3 grs. de novocaína al ¼ o ½%. Entre quienes comentaron el trabajo Mourigan planteó dudas sobre la falta de accidentes mortales durante la anestesia, recalando que los enfermos mueren en el postoperatorio por fallas de suturas que no pudieron hacerse bien durante la operación por limitaciones e insuficiencia de la anestesia local.

El 28 de mayo de 1947 la Sociedad de Cirugía dedicó una sesión a celebrar el Centenario de la primera anestesia realizada en el Uruguay. Transcurrían cien años desde la anestesia de Patricio Ramos. El Boletín en su tomo XVIII contiene aportes fundamentales que consolidan la especialidad y marcan el comienzo de su moderna evolución. Alfredo Pernin (60) luego de su residencia en el Departamento de Anestesia de Wisconsin General Hospital con Waters, se refiere a la existencia de la Cátedra de Anestesiología y a la enseñanza impartida por el jefe del Departamento como asociado al Profesor de Cirugía. Menciona la enseñanza de postgraduados que luego son controlados por el "Board of Anesthesiology" que les otorga el título o diploma. También habla de trabajos de investigación, cursos teórico-prácticos para estudiantes de medicina o nurses e información general sobre Oxígeno-terapia, Nebulizaciones y Reanimación. Finaliza mencionando la información bibliográfica y las reuniones periódicas de tipo científico que realizaba el departamento dirigido por Waters.

Años antes se había asistido a la instalación de los barbitúricos como agentes de inducción con la introducción en el mercado del Pentotal Sódico de Abbott. Ello significó la eliminación de la sensación angustiosa del comienzo del sueño que provocaban los agentes inhalatorios como el éter, el ciclopropano y el protóxido. No hay documentación escrita en el Uruguay sobre el hecho pero debemos mencionar dos contribuciones presentadas en la reunión del Centenario. Una pertenece a los bachilleres Ignacio Villar y Atilio García Güelfi (61) sobre anestésicas de larga duración con Pentotal para neurocirugía de 3 horas y un caso de 6 horas. Utilizaban un aparato par inyección intermitente del barbitúrico que había sido ideado por Italo Nunziatta de Buenos Aires y que ellos "habían logrado con pequeños implementos". Aparece por primera vez la técnica de intubación de los enfermos despiertos con anestesia tópica de Tetracaína al 1% "para ahorrar anestésico, evitar espasmos y anestésicas profundas innecesarias". Las dosificaciones alcanzaban hasta 4 ½ grs. por operación. Al final inyectaban analépticos y hacían aspiración de secreciones. El otro trabajo pertenece a los también bachilleres Walter Fernández Oria y Antonio Cañellas (62) sobre enema de Pentotal en niños. Se hace una recopilación histórica del método de las anestésicas rectales mencionando a Gwathemey sin citar la bibliografía nacional (Sacco Ferraro). Presentan 16 casos y señalan que el procedimiento "evita la aprensión operatoria, tan manifiesta en niños, en quienes el simple hecho de ser transportados a un sala de operaciones o ser sometidos a una inyección produce, frecuentemente, una ansiedad o un

terror inmensos".

El trabajo de Larghero, Kasdorf, Cardeza y Lucas (63) sobre dos casos de resucitación tiene una gran importancia porque por primera vez en la literatura médica nacional aparecen los conceptos sobre lo que más tarde iba a transformarse en el otro gran aspecto de la especialidad: la Reanimación. Presentan dos casos de detención cardíaca brusca durante la anestesia tratados con masajes cardíacos, uno con muerte a las pocas horas y otro con recuperación completa. Comenta la presentación Stajano trayendo a colación un caso de masaje cardíaco que había practicado con éxito en 1919. Pero los comentarios más significativos estuvieron a cargo de Ricardo Yannicelli. Era evidente que el comienzo resultaba azaroso como ocurre, en general, con la instalación de nuevas técnicas. Yannicelli afirmaba que "estaríamos frente al acrecentamiento de estos accidentes con detención cardíaca..." y que " con el mejoramiento de la técnica de la anestesia, asistimos a un mayor número de estos accidentes, sin que pueda imputársela a ella". Se le contestó que ahora trascenderían más que antes los accidentes y que el progreso de la anestesia había permitido una cirugía más compleja y de mayor riesgo. Como se había generalizado el uso del laringoscopio y de los tubos oro-traqueales la práctica de la intubación era exitosa luego de una impregnación anestésica abundante, pero con relativa frecuencia ocurría el accidente del laringo-espasmo que creaba una expectativa muy especial en la sala de operaciones. Yannicelli comentaba que "tenemos un momento de suspenso, que no estamos acostumbrado del todo a pasar tranquilo, mientras el anestesista hace la intubación". No obstante las vicisitudes del comienzo, la evolución técnica de la anestesia se había puesto en marcha aquí como en todos los países de la América Latina.

En la reunión del Centenario hubo dos nuevas contribuciones de gran interés. Correspondió a Fernández Oria, Scasso y Cañellas (64) documentar por primera vez en nuestro medio la introducción de los relajantes musculares en la técnica anestésica. La experiencia inicial de Griffith y Johnson se había llevado a cabo en 1942 y constituyó en la historia general de la anestesia un acontecimiento fundamental. Los autores presentan 89 casos utilizando la intocostrina. Hacia 1945 llegó el curare al Uruguay, Intocostrin (d-tubocurarina Squibb). (extracto purificado de curare). Las observaciones de tipo clínico comprendían "la posibilidad de obtener inmejorables condiciones del punto de vista de la relajación y silencio abdominal y la posibilidad de ser sometido a un procedimiento anestesiológico muy poco agresivo, por la superficialidad del plano, por la gran cantidad de oxígeno que se administra..." Facilitó la intubación laringo-traqueal eliminando los riesgosos espasmos, cambió la tensión muscular en la cirugía abdomino-pelviana. En 1947 aparece el primer trabajo sobre curare y tórax abierto y otro en 1948 por Walter Fernández Oria, J.C. Scasso y A Cañellas, bajo los títulos de "Curare y tórax abierto" y "Curare en cirugía general" (1)

Los mismos autores (65) introducen y documentan un nuevo concepto técnico de importancia fundamental. En la anestesia para tórax abierto aparece el concepto de respiración controlada. El circuito cerrado había permitido el dominio del anestesista sobre la respiración. La aplicación del curare permitió la inmovilidad respiratoria con alivio de los trastornos mecánicos que produce la apertura del tórax: respiración paradójal y balanceo mediastinal.

Capítulo VI

Fundación de la Sociedad

En 1948 ocurre la fundación de la Sociedad de Anestesiología cuyos objetivos fundamentales eran el desarrollo y perfeccionamiento de la Anestesiología, el reconocimiento de la especialidad y la defensa de los intereses gremiales de sus asociados. El acto de la fundación se llevó a cabo en la casa de la calle Colonia No. 1171.

El primer presidente fue el doctor Alfredo Pernin y como secretario actuó el doctor Dardo Vega. Las primeras reuniones científicas se hicieron en el anfiteatro de la clínica quirúrgica del profesor Domingo Prat en el Hospital Maciel, después en los consultorios de la antigua calle Médanos y luego fue admitida como integrante del Club Médico y de la agrupación Universitaria. En 1951 se logró la publicación del primer número de su Boletín con un trabajo de Pernin y Vega (66) sobre Arritmias Respiratorias durante la anestesia general. En el mismo año por intermedio del Consejo Británico se consiguió contratar al profesor Randolph Woolmes quien dictó un curso sobre anestesia en la Facultad de Medicina y actuó en diversos centros asistenciales impartiendo enseñanza.

1954 es un año muy importante en cuanto al desarrollo histórico de la anestesia uruguaya. Ese año ocurrió un brote de poliomielitis en la ciudad de San José que se extendió rápidamente a Montevideo. Se trataba de una epidemia con parálisis respiratoria grave que produjo una gran mortalidad infantil. Para hacer frente a tal terrible emergencia el cuerpo médico nacional carecía de experiencia en el tratamiento y los niños morían con cuadros de asfixia desesperante. Existían en el país antiguos "pulmones de acero" que por su complejidad e inoperancia resultaron completamente inútiles. Con motivo de esa catástrofe se importaron una serie de aparatos de respiración mecánica marca Engström de procedencia sueca. Años antes había ocurrido en los países escandinavos una epidemia de parálisis infantil y allí se había utilizado la experiencia de los anestesiólogos para tratar los pacientes en insuficiencia respiratoria. Aunque desde 1952 se conocía y utilizaba el Spiro-pulsator de AGA, correspondió a otros aparatos la etapa de la respiración automática en anestesia mediante aparatos mecánicos. Por ser aparatos grandes y estables no se generalizó su uso. Este mérito le correspondió al aparato de Takaoka, pequeño y portátil que permitió la realización de la ventilación controlada en cualquier lugar donde hubiera un cilindro de oxígeno y un manómetro reductor. De este modo se completó una modificación substancial en la ventilación

durante la anestesia. Desde la respiración espontánea frecuentemente obstruida los hechos fueron evolucionando hasta la respiración apoyada o asistida respetando la iniciativa del paciente. Pero llegó el momento en que la utilización intensiva de los relajantes musculares y la aplicación también intensiva de la intubación laringotraqueal, abrieron el camino a la eliminación completa del ritmo respiratorio y la aplicación de valores de ventilación que el propio anestesista selecciona y ajusta gracias al empleo de los ventiladores automáticos.

1954 marca un hito en el proceso de reconocimiento de la especialidad. Durante ese año se dictó el primer curso para anestesistas de postgrado. Junto a la Gastroenterología (Profesor Varela Fuentes), la otorrinolaringología (Profesor Regules), la Tisiología (Profesor Fernando Gómez), la Anestesiología con el doctor Pernin fueron las cuatro primeras disciplinas que iniciaron la actividad de la reciente creada Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina. Los primeros egresados fueron los doctores Luis Bengochea y Luis Recine.

También en 1954 se produjo un acontecimiento importante en el aspecto científico de la anestesia uruguaya, el profesor Henri Laborit visitó Montevideo y pronunció una conferencia en la Sociedad de Anestesiología sobre el tema de la "Hibernación artificial". Los conceptos de Laborit vinieron a dar un impulso nuevo a la anestesia endovenosa que estaba relegada a la realización de lo que dio en llamarse "Penthotal-curare" siendo la galamina el agente de mayor utilización; ya en 1961 Dardo Vega había presentado su experiencia con "Toxiferina I" de Roche, Galamina.

El mismo Laborit había difundido sus conceptos sobre anestesia potencializada o sinergia medicamentosa, Isidro Porta (67) publicó un trabajo sobre el tema donde reprodujo las ideas de Hans Selye sobre el "stress" y preconizó la técnica anestésica con Diparcol como gangliopléjico, Fenergán como anti-histamínico, la atropina como vagolítico, la Petidina como analgésico y el Penthotal como "starter". Completaba con "agentes inhalantes en concentraciones muy por debajo de las requeridas en condiciones no potencializadas". Tal fue el entusiasmo por las técnicas preconocidas por Laborit que parecía que en adelante la anestesia se iba a reducir a administrar drogas que disminuyeran el metabolismo y la temperatura corporal. Poco tiempo duró el entusiasmo; rápidamente se abandonaron las "mezclas líticas" y los conceptos de reposo del sistema neurovegetativo y de lobotomías farmacológicas. Existía mucha imaginación y mucha concepción literaria en las ideas de Laborit. Sin embargo la "hibernación artificial" dejó una importante consecuencia. Dio una gran impulso a la realización de anestésias por vía endovenosa y le abrió el camino a las modernas técnicas de Neuroleptoanalgesia. Los circuitos rigurosamente cerrados fueron perdiendo la universalidad de su aplicación y se inició la etapa de la apertura de los mismos. Al incorporarse las válvulas unidireccionales empezó a eliminarse la cal sodada para la absorción del anhídrido carbónico. La fuente de provisión de oxígeno pasó a ser el cilindro grande que se encontraba en todos lados y los aparatos de anestesia más livianos y más portátiles se adaptaron a ellos. Se abandonaron así los pequeños cilindros de oxígeno que se rellenaban mediante transvasadores. La posibilidad de crear una presión positiva intratraqueal se facilitó gracias al manguito insuflable de la sonda traqueal que en cierto modo vino a sustituir la

máscara facial cuya adaptabilidad a la cara creaba tantos problemas.

El primer evento de carácter internacional que realizó la Sociedad de Anestesiología fueron las Jornadas Rioplatenses de 1956. Una numerosa delegación integrada por anestesistas de Buenos Aires, Córdoba y Rosario concurrió a Montevideo presidida por el Presidente de la Asociación Argentina, José Catterberg. La comisión organizadora estuvo presidida por Antonio Cañellas actuando en la secretaría Dardo Vega. Tanto en el aspecto científico como el social la reunión tuvo un éxito completo marcando un verdadero jalón para la época en que se realizó. En una de las sesiones se presentó un trabajo que lleva el título de "Anestesia General por procaína y Succinilcolina Endovenosas" (68) que constituye la primera publicación sobre el tema. La exposición desencadenó una ardorosa polémica científica. A partir de ese momento "la técnica del PS" como dio en llamársele tuvo defensores entusiastas y enconados detractores. De todos modos la experiencia se mantuvo y con el correr del tiempo ha constituido uno de los rasgos más típicos y originales de la práctica anestésica uruguaya (69). En 1964 correspondió al Uruguay la organización del VII Congreso Latinoamericano de Anestesia y con tal motivo el I Congreso Uruguayo. La presidencia fue ejercida por Alfredo Pernin y la Secretaría por la doctora María Julia Salsamendi y por Homero Peri Sosa.

Hay que anotar que Kempis Vidal Beretervide en los primeros años de la década de los 50s obtuvo la síntesis de la succinilcolina en el laboratorio de investigación que Galien tenía montado en la calle Arroyo Grande de Montevideo y que salió al comercio con el nombre de "Taquiflaxin". Publicó en 1955 en el British Journal of Pharmacology el trabajo "Actions of Succinylcholine on Circulation". tres años antes con José Villar y Atilio García Güelfi habían publicado en la revista uruguaya "Anestesia" un trabajo intitulado "Estudio Farmacológico y Clínico de un nuevo curarizante: Succinilcolina" (1)

Paralelamente a la actividad científica la Sociedad de Anestesiología desarrolló una intensa actividad gremial. Defendió los intereses profesionales de sus asociados en los diversos Consejos de Salarios de la época y propició ante las autoridades nacionales el reconocimiento y la reglamentación del ejercicio de la especialidad. Habiendo partido de una situación de hecho en que la mayoría de los anestesistas eran estudiantes de medicina, la Sociedad de Anestesiología se preocupó por cambiar esa situación propiciando la enseñanza a médicos graduados y prohibiéndola a no graduados. En nota dirigida al Decano de la Facultad de Medicina Julio C. García Otero y con la firma del Presidente de la Sociedad, Antonio Cañellas y de su secretario, Julio Castiglioni, se registró una documentada solicitud de "obligación, para toda persona que ejerza la anestesiología, de inscribirse en las Oficinas del Ministerio de Salud Pública". Según dicha nota se autorizaría a inscribirse en el Registro solo a médicos con actuación reconocida o con cursos realizados. Simultáneamente se reconocería el derecho a inscribirse a los estudiantes de medicina que hasta el momento venían ejerciendo la especialidad. Ante las autoridades de la Sociedad estos estudiantes adquirieron el compromiso de rendir exámenes y obtener el título de médico. En 1963 el Poder Ejecutivo aprobó un decreto de Reglamento de ejercicio de la Anestesiología en que se creó un Registro de Anestesistas. En 1965 el doctor Washington Beltrán presentó al

entonces Consejo de Gobierno un proyecto destinado a reglamentar el ejercicio de la Anestesiología derogando el decreto de 1963. En los considerandos de dicho proyecto se establecía que la Anestesiología es una especialidad médica y que el decreto de febrero de 1963 es gravemente riesgoso porque permitía la actividad de un grupo que el mismo decreto calificaba como "idóneos" y a los cuales no se controló nunca debidamente. Reconocía, sin embargo, que ese decreto inició el camino hacia la reglamentación que ahora continúa con el proyecto presentado por el Consejero Beltrán. El proyecto creaba un nuevo registro que comprendía a los médicos con cursos o capacitación reconocida, a los estudiantes de medicina que presentaran un certificado de un Tribunal de Admisión integrado por un miembro de la Facultad de Medicina, otro de Ministerio y otro de la Sociedad de Anestesiología. Este certificado debería ser renovado anualmente por ese mismo tribunal. Se prohibía la realización de todo acto anestésico a toda persona que no figurara en el Registro salvo el caso de aquellos sitios en que en un radio de 10 kilómetros no hubiere tal persona.

Por otra parte, dado el problema de la escasez de médicos anestésicos que afectaba no solo al Uruguay sino al mundo entero, se propiciaba la solución de capacitar técnicos anestésicos no médicos (nurses) a fin de que los anestesiólogos pudieran dirigir y supervisar la administración de anestésicos que no pudieran hacer personalmente. Se obtuvo en un momento dado donaciones para establecer una Escuela de Anestesia por parte de un profesor de cirugía de la Facultad. La Sociedad siempre se opuso a esa política insistiendo en el desarrollo de la especialidad y en la justa remuneración de sus tareas.

Probablemente no se cumpliera en todos sus términos las directivas y las inquietudes de la Sociedad pero el hecho es que tras una evolución constante siguiendo los requerimientos quirúrgicos y el perfeccionamiento que exige esfuerzos y sacrificios, llega finalmente el momento de la consagración definitiva de la especialidad primero con la incorporación de Profesores Agregados y luego la creación de la Cátedra de Anestesiología de la Facultad de Medicina. El primer catedrático fue el doctor Antonio Cañellas en 1984.

Capítulo VII

Conclusión

Los anestesiólogos uruguayos recorrimos, con avances rápidos a veces, con sorteos tediosos de dificultades otras, el camino cuya crónica presentamos. Siempre sostenidos por la convicción de contribuir al bien de nuestra medicina, y la voluntad de mejorar la suerte de los pacientes que confiaron en nosotros. Creemos firmemente que el balance de ese largo período es netamente positivo.

Las etapas programadas se fueron cumpliendo. Primero obtener una básica instrucción en la especialidad que se perfeccionó a través de cursos, reuniones científicas, ateneos, jornadas y congresos, becas y viajes de perfeccionamiento. También, paralelamente, hubo que actualizar los conocimientos y práctica de quienes ya estaban ejerciendo la disciplina. Enseguida se comenzaron a formular presupuestos en reparticiones del estado (Salud Pública, Hospital Militar, Facultad de Medicina) y en instituciones privadas. El principio que sirvió de guía es que vale muy poco formar especialistas si estos no encuentran campos remunerados donde desempeñarse y, mutandis, tener cargos y no disponer de personal preparado para llenarlos.

Poco a poco se fueron formulando las características de los cargos y las funciones de la especialidad en general. Hubo que convencer, en largos debates, a colegas y autoridades, que la anestesiología desborda el cuadro del anestesista en la sala de operaciones administrando una narcosis. Vigilancia de la pre y post anestesia; evaluación de los pacientes, policlínica anestesiológica; salas de recuperación y reanimación respiratoria; terapia del dolor; inhaloterapia. Todo lo cual concurre a demostrar que son necesarios más anestesistas de los meramente indispensables para la realización pura y simple de las anestias. Como corolario lógico de esas premisas, se llegó a la convicción que debían establecerse Departamentos de Anestesiología; se comenzó en la órbita del Ministerio de Salud Pública, luego en el Hospital de Clínicas, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, en la Asociación Española, en el Casmu.

El desarrollo gradual de esos departamentos trajo escalafones jerárquicos, técnicos de formación y experiencia más acabada y completa que pudieron convertirse, paulatinamente, en los anestesiólogos consultantes, estos, como en las demás especialidades, están disponibles para aconsejar y colaborar con sus colegas en la labor que se desarrolla.

Puede establecerse como fórmula comprensiva de toda la actividad de la anestesia y la reanimación que, un especialista, por más conocimientos que posea y más empeño que ponga en desempeñar sus tareas, se ve limitado para brindar lo mejor de su habilidad a la comunidad de pacientes y colegas. Lo que realmente cuenta es un grupo de anestesiólogos, de formación lo más homogénea posible y estrechamente vinculados

para colaborar entre sí, sustituirse y apoyarse. De esa manera, por distintos derroteros, llegamos al concepto del equipo de salud, que rodea al enfermo, diagnostica sus dolencias y desviaciones patológicas, y trata o corrige unas y otras.

Hace menos de cuarenta años que ejercen en nuestro país médicos anestesistas, con derecho a ostentar la condición de especialistas de dedicación integral. Para conservar el alto grado de desarrollo alcanzado por nuestra especialidad, todos debemos empeñarnos, siguiendo los pasos de las demás disciplinas para que, incorporando armoniosamente la asistencia, la docencia y la investigación se alcance siempre la formación plena, moral, científica y técnica de nuestros colegas.

Bibliografía

1. BARRIOS PINTOS, ANIBAL "Camino de la ciencia histórica". - *El Día* suplemento; No. 2346; Montevideo (Nov.1978).
2. FERNANDEZ SALDAÑA.J.M. "La introducción de la anestesia en los Hospitales de Montevideo sitiado". *La Prensa*- No. 24570; sec. III; Buenos Aires (Junio 1937).
3. PERNIN.A "El éter como agente anestésico". Relato oficial al 1er.Congreso Argentino de Anestesiología - Buenos Aires (oct. 1947).
4. BIGELOW. HENRY. "Insensibility during surgical operations". *The Boston Medical and Surgical Journal*; XXXV; No. 16; (Nov. 18, 1846).
5. HOLMES, OLIVER WENDELL. Cit. en "The Encyclopedia Americana"; 1978.
6. *Boston Medical Journal* - XXXV; No. 15 (Oct. 1846).
7. *The Lancet* - Londres; 2º semestre, 1846.

8. Boletín de la Academia de Medicina de Francia. Cit. Por *Comercio del Plata*.
9. *Comercio del Plata*. Montevideo. Varios artículos (1847 y 1848).
10. FUENTES O.A. y VENTURIN. A.H. "Historia de la Anestesia en la República Argentina". *Rev Arg Anest* Buenos Aires. 1970.
11. DUMAS, ALEJANDRO "Montevideo o una nueva Troya". París 1850. Trad. española. Montevideo (1892).
12. SCHULKIN. AUGUSTO. "El doctor Antonio Pereira. Médico del General Rivera" *El Día* Suplemento; XLVII No. 2366. Montevideo (Feb. 1979).
13. PEREZ FONTANA. VELARDE. "Notas para el tomo de Biografías de la Historia de la Medicina Uruguaya"; no publicado.
14. Codex Medicamentarius Gallicus. Ed. 1851.
15. MONTERO BUSTAMANTE, RAUL. "Conversación sobre Historia Médica Nacional" Suplemento de *Anales de la Facultad de Medicina*. Montevideo (1917).
16. DE MARIA, ISIDORO. "Anales de la Defensa de Montevideo"; Imp. Del Ferrocarril; Montevideo (1884).
17. United States Dispensatory (U.S. Pharmacopea; XII revisión; 1946).
18. STANLEY SYKES, W. "Essays on the first hundred years of anesthesia"; Livingstone, ed. Edimburgo y Londres (1960).
19. BERT. PAUL. "Anesthesie par les melanges titrés". *La Nature* No. 616 - París (Marzo 1885).
20. WATERS, RALPH M, y col. "Chloroform. A Study after 100 years". The University of Wisconsin Press. (1951).
21. PERNIN, A. "Maestros de la Cirugía Uruguaya: Prof. Luis Mondino. *Rev. Cir. Uruguay* 36:91-93; 1966.
22. MONDINO, LUIS "Asepsia y Antisepsia en Cirugía". Tesis de doctorado; Montevideo,(1894).
23. Libro de Oro. Prof. Alfonso Lamas. Rosgal; Montevideo (1944).
24. TURENNE, AUGUSTO. "Obstetricia Clínica y Obstetricia Social". Tomo 1°.

- Montevideo, (1930).
25. MAISSONET.J. "Petite Chirurgie". 2da ed. G. Doin; París (1933).
 26. Don Domingo "El Hospital Maciel en su sesquicentenario". *Día Med. Urug.* XXXI- No. 375; Montevideo (julio 1964).
 27. COOPER, LESLIE. "Anestesia General" tomo 3º. del Tratado de Técnica Quirúrgica - Finochietto) -Buenos Aires (1946).
 28. TISON, H.- Tesis París (1970).-
 29. COTT, PIERRE. "L'usage del l'acide carbonique pendant l' anesthesie par l'ether". *Presse Médicale*; Paris (marzo 1930).
 30. PERNIN, A. "Procedimientos anestesiológicos"- Cuadernos de Anestesiología Abbott; No.1 - Montevideo (1973).
 31. SILVA, J.M. Para la divulgación de la raquianestesia. *Anales de la Facultad de Medicina.* X: 909 -1925.
 32. FORGUE, E. Et BASSET, A. La Raquianesthésie. La valeur et sa place actuelle dans la pratique. MASSON et cie. Editeurs. 1930.
 33. ROLDAN. A. Raquianestesia. *Anales de la Facultad de Medicina.* VI: 758-765, 1921.
 34. DEVINCENZI G. J. Observaciones sobre raquianestesia. *Anales de la Facultad de Medicina.* VII: 228-237, 1921.
 35. MAY. J. Los peligros de los anestésicos generales bajo el punto de vista médico-legal. *Anales de la Facultad de Medicina.* 6: 917-22 (1921).
 36. LANGON, A.B. "El somnífero " como anestésico en Obstetricia y Cirugía. *Anales de la Fac. de Med.* 10:464-8, (1925).
 37. RODRIGUEZ LOPEZ, M.B. El empleo del Evipán Sódico en Obstetricia. Trabajo presentado a la Sociedad de Ginecología y Obstetricia en la sesión del 14 de junio de 1934.
 38. STABILE, A. La anestesia por el Evipán sódico en ginecología. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades.* V: 235-245, 1934.
 39. ALBO, M. y MARTINCICH, P. Experiencias de narcosis con Evipan Sódico. *Anales de la Fac. de Med.* 19: 298-302 (1934).

40. SACCO FERRARO, L. Analgesia obstétrica-método de Gwathmey. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. V: 235-245, 1934.
41. BOTTARO, L.P. Anestesia Raquídea por Percaína. *Anales de la Facultad de Medicina* XVII: 897 (1932).
42. STAJANO, C. y PARRILLO, H. La curva de la presión arterial en la raquípercaína. Trabajo presentado en la reunión conjunta de la Sociedad de Cirugía y Ginecología de Montevideo el día 10 de mayo de 1933.
43. DE PENA, P. La Raquianestesia en el niño. *Archivos Uruguayos de Medicina. Cirugía y Especialidades*. Enero 1935: 89-114.
44. ETCHEGORRY, F. Accidente por raquianestesia. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. VI: 177-1935.
45. STABILE, A. La hipotensión arterial y el accidente bulbar en la anestesia raquídea por Percaina. Comunicación presentada a las jornadas Sud-Americanas Médico-Quirúrgicas de 1938. Montevideo.
46. STAJANO, C. Y NIN, C. (Br.) Nuestra experiencia en raquianestesia. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*., XVIII: 256-1947.
47. SACCO FERRARO, L. Raquianestesia en la operación cesárea. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. VII: 57-73, 1948.
48. SCASSO, J.C. Anestesia Raquídea. IV Congreso Uruguayo de Cirugía. 30 de Nov. A 5 de Dic. (1953).
49. TARIGO, E y BOTTARO, L.D. Resumen General de Anestias. IV Congreso Uruguayo de Cirugía. 20 de nov. A 5 de dic. (1953).
50. PALMA, E.C. Etileno, Ciclopropano, nuevos gases para la anestesia quirúrgica. Tesis de doctorado. *Anales de la Facultad de Medicina* XXVI: 1-131,1939. PALMA, E.C. Consideraciones sobre la analgesia y anestesia obstétrica con gases. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. XI: 190-223, 1937. PALMA, E.C. Analgesia obstétrica con ciclopropano. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. IX, 185-190, 1936.
51. MARQUEZ MIRANDA. J.M. "La anestesia general. Gases Anestésicos" *Bol. Inst. Clin. Quir.* Buenos Aires XVII: 322-373, (Julio 1941).
52. ARCE. JOSE. "Adelic. Aparato de Anestesia en circuito cerrado con ciclorpropano". *Bol. Inst. Clin. Quir.* Buenos Aires XVII: 107-114 (Marzo 1941).

53. RAVERA de BENGOCHEA, D y BENGOCHEA, L. Medicación. Preanestésica *Anestesia* Vol. II No. 3, 13-20 (1955).
54. PERNIN, A y XIMENEZ, A. Toilet tráqueo-brónquica. *Anestesia* Vol. I No. 3,37-39 (1952).
55. PIAGGIO BLANCO, R y Vega, D. Aspiración tráqueo-brónquica. *Anales de Facultad de Medicina* 38, 397-401 (1952).
56. PALMA, E.C. ALONSO, J y PEREZ FONTANA, M. Anestesia peridural segmentaria. Comunicación a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 22 de noviembre de 1939.
57. POUHEY, E. Anestesia Local por Niketol (clorhidrato de paraminobenzofaltmato de etilo) 10: *Anales de la Fac. de Med.* 817-41 (1925).
58. MOURIGAN CANALE, E. Nuestra experiencia en anestesia local por vía intravenosa (nota previa) *Bol. de la Soc. de Cirug. del Uruguay.* XVIII, 234-246 (1947)
59. WALTERKIRSKEN. M. De la Anestesia Local. *Bol. Soc. de Cirug. del Uruguay.* XXVII: 627-643 (1956).
60. PERNIN. A. Enseñanza de la Anestesiología en Estados Unidos. *Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay.* XVIII, 231-233 (1947).
61. VILLAR, J.I. y GARCIA GUELFY, A. Técnica de anestesia endovenosa en intervenciones de larga duración. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.* XVIII. 248-255,1947.
62. FERNANDEZ O y CANELLA A. Enema de Penthotal como anestesia de base en niños. *Bol. de la Soc. Cirug. del Uruguay.* XVIII, 271-278 (1947).
63. LARGUERO IBARZ, P., KASDORF, H., CARDEZA, H y LUCAS, O. Dos casos de Resucitación. *Bol. de la Soc. de Cirug. del Uruguay.* XVIII, 280-291 (1947).
64. FERNANDEZ ORIA. W., SCASSO, J.C. y CAÑELLAS, A. Curare en Cirugía General. *Bol. de la Soc. de Cirug del Uruguay.* XVIII, 298-307 (1947).
65. FERNANDEZ ORIA. W., SCASSO J.C. y CAÑELLAS, A. Curare y Tórax abierto (Nota previa). *Bol de la. Soc. de Cirug. del Uruguay* XVIII, 308-318 (1947).
66. PERNIN, A y VEGA D. Arritmias Respiratorias durante la Anestesia General.

Bol. de la Soc. de Anest. del Uruguay. Vol. No. 1 (1951).

67. PORTA. I, Anestesia general potencializada. *Rev Bras Anest.* III: 91-96 1953.
68. VEGA, D. Anestesia General por Procaína y Succinilcolina Endovenosas *Anestesia. Rev. Uruguay* Vol. II. No. 4, 134-(1956).
69. VEGA. D. Anestesia Endovenosa en el Uruguay. Montevideo (1974).

* * *