

## HISTORIA DE MI VIDA

Nací el 5 de febrero de 1896 en la Ciudad de La Habana, en la calle Crespo No. 2. Se llamaban mis padres *Gustavo* y *Mariana*, ambos cubanos pertenecientes a una familia pequeño-burguesa de limitados recursos económicos. Éramos nueve hermanos: seis hembras y tres varones, pero la más pequeña de la familia pronto murió, así es que nuestro grupo de hermanos quedó reducido a ocho. Aunque en aquellos tiempos eran frecuentes los matrimonios con numerosos hijos, debe aquilatarse los sacrificios y privaciones en el orden económico que tan generosa prole imponía a nuestros progenitores. No obstante esa situación, tenemos que reconocer el mérito, llevado a alturas de heroicidad, que representó criarnos y educarnos a todos para hacer de cada uno un ciudadano honesto, debidamente preparado para la vida. Ya pasados los años, al evocar aquellos tiempos duros que caracterizaron el desarrollo de nuestra crianza y educación, no podemos menos que experimentar en nuestros corazones una honda gratitud a nuestros progenitores y reverentemente nos inclinamos ante su immaculado recuerdo.

La casa en la cual nací daba por el frente a la calle Crespo y constituía la primera de la acera de los pares. En la acera de enfrente se iniciaban las construcciones con un alto edificio de dos pisos todo fabricado en madera. El costado izquierdo de nuestra vivienda daba hacia el mar del cual la separaba una amplia faja de terreno arenoso que se extendía desde el Castillo de la Punta hasta el llamado “Torreón de San Lázaro”, del cual aún persiste una construcción cilíndrica de gruesa mampostería almenada y con una serie de aspilleras que caracterizaban aquellos fortines. Años después en el terreno frente al mar, se construyó el primer tramo del paseo llamado “El Malecón”. En ese litoral existían los edificios de madera que cubrían a los baños, de los que por módica cuota los usuarios podían gozar. Esos edificios eran tres: uno frente a la calle Cárcel, llamado “Los Campos Elíseos”, otro a nivel de la calle de Crespo que se denominaba “Baños de San Rafael” y el tercero, más hacia el oeste, al final del litoral, que se conocía con el nombre de “Baños de Carneado”.

De los años de mi niñez recuerdo las verbenas que se organizaban para festejar el 24 de junio, día de San Juan, en el terreno frente a los “Baños de San Rafael” obedeciendo a una vieja tradición. Afortunadamente, para nuestro máximo disfrute, esa zona en que se celebraban las festividades, estaba localizada al costado de nuestra casa y así podíamos disfrutar con plenitud del espectáculo. Había un gran júbilo popular con música, bailes, trovadores y otros atractivos propios de la alegría reinante.

Para garantizar la mayor brillantez al evento, se comenzaba a preparar el local días antes. Se arreglaba el terreno, sus entradas y salidas, se montaban quioscos para la venta de bebidas y refrescos, frituras y otros comestibles y se completaba de ambientar el escenario con diversos adornos, sin faltar los clásicos farolitos chinos. Lo más importante de esta preparación era la construcción, con desechos de madera de un local simulando una vivienda, que estaba destinada a ser destruida por el fuego en las últimas horas del día de San Juan, de acuerdo con la tradición. Recordamos la enorme fogata originada por el incendio que no tardaba en abrazar la “vivienda” que terminaba envuelta en largas y amplias llamaradas acompañadas por el estallido de la madera ardiente.

Las primeras letras las cursé en una escuelita privada cercana a nuestra casa. Su director y propietario era un viejo maestro que enseñaba a su pequeño grupo de 20 a 25 alumnos —varones y hembras. Cada uno llevaba su sillita que colocaba al lado de las otras en la sala de la vivienda despojada de sus muebles, que así se convertía en aula durante las clases. Después pasé al “Colegio de Mimó”, situado en la calle Concordia entre Aguila y Galiano, para continuar mis estudios a un nivel superior. Por aquel entonces y durante varios años compartían la docencia privada con este plantel, el de *Melitcm*, ambos laicos y varios como los de “Belén”, “Los Escolapios”, “La Salle” y “Los Maristas”, regidos por religiosos. En todos, dedicados a varones, se profesaba una buena docencia que incluía el bachillerato. El de *Meliton* tenía fama de regirse por una severa disciplina y no es de extrañar que a él se enviaran los jóvenes un tanto rebeldes.

Había también algunos colegios privados para señoritas que gozaban de bien merecido prestigio por la calidad de su cometido, como los de “María Luisa Dolz”, “Las Ursulinas”, “Las Dominicas”, “La Inmaculada”, “Las Oblatas” —éste para niñas de color—, “La Gran Antilla” y el “Colegio Francés”, situados en distintos barrios de la ciudad. Casi todos eran atendidos por órdenes religiosas.

De mis estudios en el “Colegio de Mimó” recuerdo una anécdota que me parece muy oportuno recordar hoy, dada la acentuación actual de la política expansionista de los Estados Unidos. Esa anécdota nos muestra que tal política en todo tiempo caracterizó al poderoso vecino. Estábamos en una clase de Geografía que nos impartía con singular acierto el profesor *Pablo Mimó*, director y propietario del colegio. Las lecciones eran muy amenas y con gran placer las escuchábamos. Al referirse a las fronteras entre México y los Estados Unidos, al hacer alusión a la expansión de éstos sobre el primero, chistosamente nos explicó cómo se realizaba la acción: “Procedían a pintar las casetas de los centinelas fronterizos, una vez terminado el costado que daba frente al terreno de México, acostaban la caseta sobre éste para al levantarla poder pintar la otra cara y así al terminar la pintura la línea fronteriza se había desplazado sobre el territorio vecino’. Este hecho que ahora evocamos corresponde al año 1908. Puede apreciarse por su contenido que el espíritu de rapiña siempre acompañó a la política internacional de los gobernantes norteamericanos. ¿Por qué la niegan algunos?

### Historia de mi vida y otros trabajos

Del “Colegio Mimó”, después de cursar la primera enseñanza y la preparatoria pasé al Instituto de Segunda Enseñanza en 1909 para estudiar el bachillerato. Desde luego podía haberlo realizado en el propio colegio pero la mensualidad que teníamos que pagar por esta enseñanza superior, en adelante, en el mismo, rebasaba nuestras posibilidades económicas. En el Instituto solamente había que pagar semestralmente el importe de las matrículas y este desembolso aun podía librarse si se alcanzaba la calificación de sobresaliente en los exámenes de las asignaturas. Esta fue nuestra aspiración y dedicamos todo nuestro interés a lograr tal ventaja. Nuestro esfuerzo fue premiado y pudimos cursar el bachillerato sin tener que abonar un solo plazo de matrícula.

El Instituto ocupaba un amplio caserón de dos pisos, situado en la calle Obispo entre San Ignacio y Mercaderes, que sirvió con anterioridad de sede al “Convento de los Padres Dominicos”. Tenía un espacioso patio central cuadrangular al que daban las aulas en las que se profesaban las distintas asignaturas. Al piso superior se ascendía por una monumental escalera en caracol hecha de madera con amplio pasamanos labrado sostenido por balaustres torneados. En los altos existían también algunas aulas y dos amplios salones dedicados uno a Museo de Historia Natural y el otro a Gabinetes de Física y Química. Además en ese piso estaban los locales correspondientes a la Dirección y a la Administración.

Antes de terminar estos gratos recuerdos del Instituto, deseo evocar, aunque someramente, a algunos de sus miembros integrantes. El director, doctor *Plá*, era un médico entrado en años, de estatura más bien baja, algo grueso, canoso, muy correcto en su trato con los alumnos. Sabía mantener el orden y disciplina en el plantel. Todos lo respetábamos.

El claustro de profesores estaba integrado por un grupo selecto de maestros como los doctores *Mazas*, *Rodríguez García*, *Jústiz*, *Alamilla*, *Muxó*, *Erbiti*, *Herrera*, *Jorrín*, *Lavastida* y *García Cañizares*. Todos muy competentes, tratables y cumplidores. Algunos por sus excepcionales dotes pedagógicas atraían a los alumnos de otros sectores que así colmaban su propia aula.

El traspaso de mis estudios al Instituto significó el recorrido “unas veces andando y otras caminando” desde mi casa hasta ese plantel. Cubría cuatro veces al día tal distancia y llegaron a serme muy familiares la calle de San Lázaro, el Paseo del Prado, la Manzana de Gómez, la Plaza de Albear y la calle de Obispo. Esta merece una mención especial pues entonces podía considerársela por su importancia comercial y social como la más destacada de la Capital. Las otras partes del recorrido, a excepción del pavimento y de algunas construcciones, no justificaban su mención especial.

Volviendo a la calle de Obispo, recordamos que por ella circulaba numeroso público protegido por amplias cortinas de colores que cubrían las aceras. Circulaban muchos estudiantes, sobre todo a la hora de la salida de clases, que formaban animosos grupos que invadían la calle con sus bromas y alegrías propias de la masa estudiantil. Para explicar esta afluencia estudiantil basta recordar que en

Cuadernos de Historia de la Salud

esa vía se encontraban distintos planteles de enseñanza como el Instituto, el “Colegio Francés” y “La Gran Antilla”. La estrechez de la calle, el recorrido de las guaguas y alguno que otro coche contribuía a aumentar la circulación. En los establecimientos radicados en Obispo se exhibían diversas mercancías de gran calidad importadas. Recordamos el “Bosque de Boloña” y otras tiendas que comerciaban con ropa de alta calidad como el “El Bazar Ingles, el almacén de paños “La Diana” y los dedicados a modas femeninas, sobre todo de tipo parisiense. Contaba también con varias sastrerías acreditadas. Era usual ver circular por sus aceras damas elegantes y señoras de aspecto distinguido.

En esa calle se exhibían los afamados pianos que representaba *Anselmo López* y era corriente encontrar allí a distinguidos músicos que solían reunirse formando su peña.

También, en amplio local teníamos la juguetería llamada “La Sección X”, abundantemente provista además de juguetes, de toda clase de artículos y perfumes. Había un comercio dedicado a la venta de semillas, plantas y bellas flores, además, lujosos búcaros. Las droguerías de “Johnson” y “Taquechel” reputadas como las principales de La Habana, se encontraban en Obispo. En esa calle también se imprimía la revista literaria “El Figaro”, muy apreciada por la sociedad.

“La Galería Literaria”, ofrecía selectos libros, que atraían a gente destacada de letras.

La peluquería “Dubie”, para ambos sexos pero preferida por las damas elegantes.

“La Casa Wilson”, que vendía libros escogidos, novelas conocidas y perfumes acreditados.

Extrañaría que no mencione a “La Moderna Poesía”, tan conocida por las generaciones posteriores, pero en aquellos años aún no había adquirido la importancia que más adelante conquistó. Entonces su comercio era sobre todo a base de libros de uso, semejante a la librería de “Canelo”, tan conocida por la población estudiantil.

En un amplio local, apropiado para ello, se mostraban y vendían óleos ejecutados por destacados artistas. Al contemplar aquellas obras admirábamos la calidad, belleza y arte que las caracterizaban. Siempre tuve predilección por las artes plásticas y años posteriores ejecuté algunos retratos de familiares que aún pueden verse en mi casa.

Para los que deseaban aunar a las compras y al paseo, un agradable refrigerio tenían la oportunidad de visitar el “Café Europa” en la esquina de Aguiar o si preferían consumir algún dulce, podían entrar en la “Dulcería del Ángel” frente al Instituto o si deseaban tomar —en un ambiente más modesto— un delicioso refresco tenían en el pequeño establecimiento llamado “La Cebada”, sito en la esquina de Bernaza, la oportunidad de disfrutar la exquisita bebida así nombrada. Varias veces tuve ese placer.

Y dejemos a la calle de Obispo. Creo que se habrá apreciado cuán diferente se nos ofrece hoy pasados más de 60 años, del ambiente que ofrecía entonces. La

Historia de mi vida y otros trabajos actividad y animación que entonces la caracterizaban ha pasado a otras zonas de la Capital y ella se ofrece hoy únicamente como testigo de lo que fue.

De aquellos años transcurridos mientras cursaba el bachillerato dos hechos destacados se produjeron: Uno referente al cometa Halley y otro el hundimiento mar afuera de los restos del acorazado “Maine” que permanecían sumergidos por más de 11 años en nuestra bahía. El primero conmovió a la humanidad. Se trataba de la amenaza que significaba la aproximación del cometa Halley a la Tierra en abril de 1910. Por entonces gran número de personas acudían —como hicimos nosotros— a la Glorieta del Malecón en horas de la madrugada para observar aquel astro. No se nos olvida el maravilloso espectáculo que ofrecía el cometa con su ancha y larga cola luminosa que se extendía desde su núcleo a nivel del horizonte hasta el lugar más alto del firmamento, abarcando la mitad del cielo. Después del día 20, fecha de su mayor aproximación, comenzó a alejarse el cometa y su imagen fue desvaneciéndose para desaparecer en pocos días.

Su recorrido alrededor del sol describe una larga elipse como señaló el propio astrónomo Halley que lo descubrió y está calculado su ciclo en 75 años. Así pues, les deseamos a los que lean estas líneas que tengan la oportunidad de apreciar para 1985 la grandiosa visión que disfrutamos en 1910.

La humanidad se atemorizó en aquellos días por la amenaza que representaba la aproximación del cometa a nuestro planeta.

Algunos científicos anunciaron la posibilidad de su choque con la Tierra y la destrucción consiguiente de la vida en ésta. No faltaron psicópatas que inclusive pensaron en el suicidio.

El otro evento como anunciamos, se refiere al acorazado de la marina de los Estados Unidos de Norteamérica, que el 15 de febrero de 1898 hizo explosión en la bahía de La Habana. A consecuencia de esta explosión murieron 266 tripulantes —la mayoría negros— de los 400 que constituían su dotación. El nefasto hecho ocurrió a las 9 y 30 de la noche cuando casi la totalidad de la marinería había regresado a bordo. Solamente se encontraban en esos momentos en el acorazado dos oficiales de graduación inferior. Damos estos detalles porque la causa de aquella catástrofe no se llegó a aclarar y dio lugar a numerosas interpretaciones y las circunstancias en que se produjo el hecho no arrojaron luz alguna. Una cosa sí pudo comprobarse por la Comisión Americana enviada por el gobierno de los Estados Unidos para investigar la causa de la explosión —recuérdense que algunos personajes americanos manifestaron su inconformidad a que se realizara tal investigación: “No se encontró prueba alguna que demostrase su origen externo.” Aquel grave accidente impresionó hondamente a la población norteamericana y fue imputado a España. Sirvió de pretexto a los Estados Unidos para justificar su guerra contra esa nación.

El papel que tuvo la explosión del acorazado “Maine” en nuestra historia, justifica el que dediquemos unos párrafos al “hundimiento” de sus restos, realizado 11 años después, a unas seis millas de nuestras costas. Sus componentes hasta ese momento estuvieron hundidos en el centro de nuestra bahía ofreciendo

su conocida imagen como testigo mudo de aquella catástrofe. La mayor parte de la proa sobresalía del agua con su grueso mástil enarbolando su espaciosa cofa.

Los ‘Barquitos de Regla’ -que así se llamaban a los que trasladaban al público desde el muelle de La Habana hacia aquella población- pasaban cerca de los restos del acorazado que llegaron a ser tan familiares que su contemplación perdió todo interés para la población. Pero la decisión del gobierno norteamericano de realizar la extracción de esos restos, para darles sepultura honrosa mar afuera, trajeron de nuevo al día la atención del público sobre el “Maine”.

Tuve la ocasión de ir varias veces a las cercanías de las obras que los ingenieros norteamericanos realizaban para poner a flote los restos del barco y poder remolcarlos mar afuera. Construyeron una ataguía circular alrededor del acorazado, eso les permitió una vez terminada bombear el agua que encerraba y poner en seco el casco y realizadas las reparaciones necesarias para garantizar el cierre hermético del mismo, lo pusieron a flote al llenar de nuevo la ataguía con el agua de la bahía. Días después se suprimió el cerco protector y quedaron los restos listos para ser remolcados fuera de la bahía y darles “sepultura” a seis millas de nuestras costas.

Tuve la oportunidad de presenciar ese último viaje del acorazado. Recuerdo su casco herrumbroso reducido a la mitad de su eslora original, sin más arboladura que el mástil conocido con su cofa. Numerosas coronas adornaban sus costados e iba escoltado por varias unidades que lo acompañaban en aquel ceremonial.

“¿Quién dice que no se sepultaron con el “Maine” muchas cosas...?” escribió nuestro historiador costumbrista *Federico Villoch* en su conocida obra *Viejas Postales Descoloridas*, al narrar este episodio, haciendo alusión a la oscuridad que rodeó la explosión del acorazado en nuestra bahía.

Así terminó la trágica historia del acorazado “Maine” cuyos restos constituyeron durante años la atracción turística de los norteamericanos que nos visitaban.

En 1913 me gradué de bachiller y obedeciendo a mi inclinación desde niño, por la carrera de Medicina, decidí ingresar en la Universidad para cursar sus estudios. Como en el Instituto podía gozar de la matrícula gratuita a cambio de obtener la calificación de sobresaliente y premio en las distintas asignaturas. Desde luego me acogí a ese beneficio y al igual que en el bachillerato terminé mis estudios universitarios liberado del pago de matrículas. A este apreciable alivio económico pude agregar algunos ingresos modestos —pero muy necesarios— que obtenía dando repasos de Física a estudiantes que lo solicitaban y mecanografiando, por reducido precio, apuntes tomados en las clases.

Así salvé el obstáculo económico que se oponía a mis aspiraciones universitarias. Entonces tenía 17 años de edad y necesité gestionar la dispensa de edad para matricularme, pues en la Universidad se exigía haber cumplido 18 años para su ingreso.



Figura 2. *El profesor Eugenio Torroella en su época de estudiante. Caricatura realizada por Conrado W. Massaguer. Apareció en la Revista Asclepios. Vol. I. No. 4. Nov., 1915.*

Las clases del primer año de la carrera las cursamos en tres locales: la Escuela de Medicina, en la esquina de Belascoaín y Zanja; los Laboratorios Wood en Carlos III e Infanta y el aula de Física en la loma de la Universidad. Íbamos de un lado a otro caminando y formando grupos que espontáneamente se creaban al calor de las simpatías mutuas.

La Escuela, vetusto y amplio caserón, sede de la Guardia Civil en tiempos de la Colonia, representó para nosotros los estudiantes un amado recinto evocador de preciadas anécdotas. A su patio, nuestro compañero el doctor *Gonzalo Mazas Garbayo* dedicó unos versos que pasamos a copiar:

Rodeado de columnas, el patio de la escuela,  
tiene cuatro canteros con hierbas y sin flores;  
en el centro hay un árbol, en cuyas ramas vuela,  
un enjambre ruidoso de pájaros cantores.  
Con audacia sin límites, por la nariz se cuela  
el aire saturado de malsanos olores,  
que vienen de los tanques, donde la muerte vela,  
cadáveres que ignoran los postreros honores.  
Y un grupo de estudiantes, la inmensa algarabía,  
pone en el amplio patio la nota de alegría.  
Y de dos palmas reales a la propicia  
sombra, sueña con ser mañana, médico-  
cirujano, un estudiante nuevo que de  
todo se asombra, y tiene todavía el aire  
provinciano.

Practicábamos la disección de cadáveres en los bajos del edificio. Allí se encontraban los salones dedicados a esa actividad. En una mesa grande apropiada, los empleados técnicos preparaban el material anatómico para su estudio. Se habían construido además, unos espaciosos tanques que llenos de formol servían para la conservación de los cadáveres. Es de señalar que la más rigurosa limpieza se apreciaba en aquel recinto.

Es oportuno recordar ahora que antes del empleo del formol reinaba en estos locales un hedor insoportable a putrefacción y materia en descomposición y que el estado altamente séptico de las piezas anatómicas con las que tenían que trabajar estudiantes y empleados, provocaba en ocasiones infecciones gravísimas cuando alguno de ellos recibía una herida o rasguño en el curso de su trabajo. El doctor *Presno Bastiony*, Profesor de Anatomía, fue una víctima de este accidente en la época anterior al uso del formol. Restablecido de su infección, que estuvo a punto de costarle la vida, tomo la decisión de recomendar sin más demora el empleo del formol para la conservación de los cadáveres, que ya se empleaba en otras Universidades. Al implantarse su uso desapareció el peligro al contagio y la atmósfera malsana que imperaba en esos recintos.

En el piso alto del edificio se encontraban otros locales donde se profesaban teóricamente distintas asignaturas. También asentaban en él las oficinas adminis-

trativas y el Decanato. En este caserón, además de los trabajos de disección señalados, recibíamos en el Primer y Segundo Año las clases teóricas de Anatomía a cargo de los Profesores *Varela Zequeira* como Titular y *Presno Bastiony* como Auxiliar y las conferencias sobre Farmacología pronunciadas por el Profesor *Valdés Dapena*. De la escuela pasábamos a los Laboratorios Wood para asistir a la clase de Histología que profesaba el doctor *Salazar* como Titular y *Castañedo* como Auxiliar. En la Universidad recibíamos las lecciones de Física General que nos daban los Profesores *Biosca* y *Silverio* que adolecían de un contenido reducido y demasiado elemental.

Así sin pena ni gloria dejamos atrás el Primer Año de nuestra carrera.

Como esta narración tiene sobre todo un fondo anecdótico —que es lo que le da valor— quiero recordar los exámenes de Anatomía de fin de curso que cobraron fama indiscutible por su severidad. El tribunal lo constituían los Profesores *Domínguez Roldan* como presidente y los Profesores *Varela Zequeira* y *Presno Bastiony* como vocal y secretario respectivamente. *Domínguez Roldan* al que todos llamábamos “Panchón”, era muy exigente y bastaba que un examinando fallara una pregunta suya para que impusiera al tribunal la calificación de suspenso para el desafortunado joven. Podemos asegurar que no llegaba al 20 % el número de aprobados en esta asignatura.

Y ahora viene mi anécdota; tengo que retroceder a cuando estudiaba en el Instituto el idioma Inglés con el Profesor *Jorrín*. A él le gustaba ilustrar sus clases de Fonética con dibujos coloreados que representaban secciones del aparato de fonación con la posición que la porción fibrosa del velo del paladar tomaba con cada pronunciación. Esa porción fibrosa se inserta en la apófisis horizontal del hueso palatino. En ninguna otra fuente había yo aprendido aquel dato anatómico, ni siquiera cuando estudié la asignatura en la voluminosa *Anatomía Descriptiva* de *Testut* que era entonces la obra de texto. Pues bien, al sentarme en la silla situada frente a “Panchón” en el examen de la asignatura, éste después de mirarme fijamente me pide que le hable del hueso palatino. Comprendí enseguida que su intención hacia mí no era buena, pues dicho huesecillo es una pieza pequeña de relleno, digamos así, colocada entre el cráneo y la cara en el centro de la cabeza llenando los espacios que median entre distintos huesos y cavidades, como el etmoides, los maxilares superiores, la órbita y las fosas nasales. Después de describirle (a “Panchón”) el cuerpo del huesecillo y sus extremidades, me interrumpe y me espeta:

— ¿Dígame, qué se inserta en el borde posterior de su apófisis horizontal?

—El velo del paladar, contesté yo.

—El insiste: — ¿Qué parte del velo?

—La porción fibrosa —le respondo. Y para mi gran alivio da por terminado el examen con la feliz frase:

—Muy bien, puede retirarse.

En este caso me salvó el recuerdo de aquellas lecciones de Fonética del Profesor *Jorrín* en las que aprendí donde se inserta la porción fibrosa del velo del paladar.

En el Segundo Año de Medicina estudiamos Anatomía y Disección 2do. curso en los mismos locales, pero en lugar de *Varela Zequeira* fueron enseñadas por *Presno Bastiony*, ambos magníficos profesores. Se completaba el año con las asignaturas de Fisiología, a cargo del Profesor *Sánchez Toledo* en la segunda planta de la Escuela y con la Química General en cuya exposición se deleitaba el Profesor *Fernández Abréu* en la Universidad.

Los estudios del tercer año comprendían: la Anatomía Topográfica y operaciones a cargo del Profesor *Domínguez Roldan*; la Microscopía y Química Clínica que enseñaba el Profesor *Leonel Plasencia*; la Bacteriología cuya instrucción correspondía al Profesor *Aristides Agramonte*; la Anatomía e Histología Patológica que profesaba *Guillermo Salazar*; la Química Médica cuya enseñanza correspondía a los doctores *Johnson*, padre e hijo y la llamada Patología General que con singular acierto nos enseñaba el Profesor *Federico Grande Rossi*.

Con vivo interés recordamos nuestra experiencia en la cátedra de Química Médica en los Laboratorios Wood. Los conocimientos que en ella adquirí me fueron muy útiles pues me capacitaron sólidamente para abrirme paso fuera de la Universidad una vez terminados mis estudios. Pero no me fue fácil ese logro pues iba contra la costumbre establecida desde años anteriores por su profesor el doctor *Johnson* padre, de eximir a los estudiantes de Medicina de la obligación de asistir a las clases junto a los alumnos de Farmacia —*Johnson* era catedrático de la Escuela de Farmacia— por estimar que los conocimientos que él enseñaría a ese grupo de estudiantes de Medicina le serían de poca utilidad en el ejercicio de su futura profesión. Así, al concurrir el conjunto de jóvenes alumnos del tercer año de medicina a inscribirse en los Laboratorios Wood el primer día de clases en la asignatura del Profesor *Johnson*, éste tomaba el nombre de todos y los citaba para que concurrieran en el mes de junio el día y hora señalados para los exámenes de la asignatura, y que allí se les entregaría la calificación de aprobado sin el requisito del examen. No obstante esa costumbre —que no atino a explicarme cómo las autoridades universitarias toleraban—, solicité al doctor *Johnson* en representación de un pequeño grupo de estudiantes, que nos inscribiera como alumnos efectivos de su asignatura, pues deseábamos cursar sus estudios. Además, yo así tendría la oportunidad de lograr matrícula gratis si obtenía sobresaliente y premio en la asignatura, ventaja que no olvidaba. El profesor no opuso reparos y accedió a nuestros deseos. Tuvo la gentileza de hacerse cargo personalmente de complacer nuestros deseos y supo prepararnos para dominar en todos sus detalles la más rigurosa técnica en los trabajos de laboratorio. Y ahora viene la demostración de los beneficios que aquella situación reportó al desenvolvimiento de mis primeros pasos después de graduarme de médico. El primer hecho se refiere a la obtención del cargo de Ayudante Facultativo del Laboratorio de Química Clínica del Hospital “Mercedes”, que se sacó a oposición en diciembre

de 1919. Éramos dos los aspirantes al cargo y el Tribunal que presidía los ejercicios acordó poner como trabajo a los concursantes la preparación de una solución semidecinormal de nitrato de plata magnésico amoniacal, labor que exigía buena y cuidadosa técnica de laboratorio que no supo realizar mi contrincante por lo que fue eliminado, adjudicándoseme el cargo al realizar yo con éxito la preparación solicitada pero estuve a punto de no lograrlo pues en el material que se me facilitó para realizar el trabajo, el frasco que debía contener amoníaco necesario e imprescindible para la obtención del preparado, estaba lleno de ácido clorhídrico no obstante exhibiera un amplio rótulo con la palabra *Amoníaco*. No hay dudas que fue una sustitución criminal para hacerme fracasar y que únicamente descubrí gracias a las enseñanzas que sobre análisis de laboratorio nos transmitió el Profesor *Johnson*. Todo el material de cristalería que tenía que emplearse teníamos que someterlo antes de su empleo a un triple lavado con agua destilada para suprimir toda impureza y después probar con papel de tornasol la absoluta neutralidad de los recipientes, y he aquí, que al verter el líquido contenido en el frasco que tenía la etiqueta de *Amoníaco*, el pedacito de papel de tornasol inalterado que dejamos en el fondo del recipiente tomó, un intenso color rojo. Aquello no era amoníaco sino un fuerte ácido y pude determinar después de breve análisis que se trataba de ácido clorhídrico, lo que comuniqué inmediatamente al Tribunal haciendo constar mi protesta. Quiero eximir a los integrantes de ese Tribunal de tan baja acción, pues la moral de todos ellos gozaba de bien merecida reputación. El autor de esa felonía fue el sujeto subalterno que entregó el material para la preparación de la solución amoniacal, que deseaba ayudar a mi opositor. ¿Se imaginan los que lean estas líneas cómo hubiera podido yo preparar una solución amoniacal con ácido clorhídrico?

El segundo beneficio que me representó mis estudios en la práctica de análisis químico me lo brindó el propio doctor *Leonel Plasencia* al ofrecerme el cargo de Jefe de la Sección de Análisis Químico de su acreditado laboratorio. Aún puedo citar otro hecho cuando en marzo de 1920 al ingresar como teniente médico en el ejército, fui destinado al laboratorio clínico del Hospital Militar en Columbia por mis conocimientos en ese sector. Pero terminemos este paréntesis y volvamos a la época del tercer año de nuestros estudios universitarios.

Recordamos como dato más señalado el atractivo que significó para nosotros que en este año iniciamos nuestra asistencia a los hospitales. Nos familiarizamos con el ambiente propio de esos departamentos y con el trato directo a los enfermos. Venía a ser un anticipo de lo que constituiría el ejercicio de nuestra profesión.

Además, en este año nos enfrentamos por primera vez en la cátedra de Operaciones con ejercicios sobre seres vivos, los perros. Detrás quedaban los cadáveres y el olor a formol. Ahora experimentábamos la emoción de seccionar los tejidos palpitantes, de introducir la aguja a través de ellos, de ligar los vasos sangrantes, de atender y regular el ritmo respiratorio del animal en la anestesia durante el acto quirúrgico. Desde luego había algunos estudiantes que tenían

cierta práctica y experiencia en Cirugía, pues formaban parte de los grupos de ayudantes que trabajaban con acreditados cirujanos. Estos alumnos a su vez servían de mentores a sus compañeros de clase. La operación que realizábamos consistía en la resección de unos centímetros de intestino seguida de la anastomosis término-terminal para restablecer su continuidad. Así pasamos a la práctica de la Cirugía (experimentar en perros), con sus emociones, sus satisfacciones y sus fracasos... pues de todo había. ¡Cuántos cuidados dedicábamos a “nuestro cliente” en los días siguientes! Además del sentimiento de responsabilidad por la conservación de aquella vida que sin la autorización del propietario habíamos comprometido, teníamos la satisfacción y el orgullo de haber triunfado cuando las cosas marchaban bien. Recuerdo que conseguimos para operar un perrito lanudo de pelo negro y tuvimos el placer de atenderlo hasta su recuperación completa después de nuestra intervención. Debemos agregar que contra lo que debía esperarse, era frecuente esta evolución favorable.

En el cuarto año comencé mis actividades como Alumno Interno en el “Mercedes”. Esta plaza como todas las de Internos se obtenían por concurso. Mis nuevas obligaciones exigían la permanencia continuada en el Hospital, por tanto tuve que mudarme para él. Los médicos y alumnos internos, el personal profesional de guardia y el Jefe de Internos, nos alojábamos en unas habitaciones situadas en los altos que daban a la calle K, al fondo del hospital. Había un ambiente de franca camaradería entre nosotros que nos permitía pasar las horas de descanso en amenas charlas, en comentarios sobre diversos temas, como la guerra europea que entonces estaba en su apogeo; en la lectura de alguna obra interesante; algunos se reunían alrededor de una mesita a probar fortuna con las cartas o el dominó.

Nuestras ocupaciones en las horas laborables comenzaban temprano; nos agregábamos al grupo que formaba el médico Jefe de Sala o el Profesor de la asignatura, con el Médico Interno, el Alumno y la Enfermera para el “pase de visita”. Escuchábamos los comentarios que se hacían sobre posible diagnóstico a determinado enfermo, las investigaciones necesarias, exámenes de laboratorio, radiografías, etcétera para llegar a su establecimiento, la acción de tal o cual medicamento, la evolución posible de determinado caso y otros tantos datos. Pero la máxima atención se dirigía sobre los pacientes nuevos que habían ingresado después del último pase de visita. Poníamos gran atención —y apreciábamos todo su valor— a las respuestas que el enfermo daba al hábil interrogatorio pesquisante del Jefe, que orientaban hacia el diagnóstico. Observábamos detenidamente la técnica de la exploración física a que era sometido. El provecho que obteníamos de aquellos pases de visitas era inapreciable y constituía una gran fuente de enseñanzas para el estudio de la clínica. Así esa actividad llegó a conquistar todo nuestro interés. Desde luego, las características del ambiente, las exploraciones y exámenes necesarios y el tratamiento que requerían los enfermos variaban con el servicio de que se trataba, ya fuera cirugía general, ginecología, partos o traumatología. Era obligatorio para el interno trabajar en cada uno de ellos durante algunos meses.

Terminado el pase de visita, que era colectivo por naturaleza, pasábamos a nuestras ocupaciones personales que consistían en confeccionar y tener al día las historias clínicas; realizar las curaciones requeridas, al principio como ayudante de un compañero más capacitado hasta obtener la competencia necesaria. Teníamos también que concurrir como ayudantes al Salón de Operaciones. Al principio nuestra labor en él se limitaba durante el acto quirúrgico a alcanzar instrumentos y a sujetar alguna valva y terminada la intervención, a vendar al enfermo. La asistencia directa al cirujano la realizaba únicamente el ayudante primero con el concurso del segundo y en ocasiones de otro u otros, según la importancia y exigencia de la intervención. A medida que aumentaba nuestra experiencia como ayudante, íbamos progresando en categoría hasta que lográbamos después de algunos meses el puesto de primer ayudante. Era conveniente que el cirujano depositara su confianza en éste, permitiéndole cerrar la herida operatoria. En ocasiones lo autorizaba a realizar pequeñas intervenciones. Así se formaba el nuevo artífice de la Cirugía.

Para los que teníamos gran afición por esa actividad, la asistencia a los Salones de Operaciones constituía nuestra ocupación predilecta. El ayudar en las operaciones durante años, primero como alumno y como graduado más tarde, nos permitió relacionarnos con reputados maestros de la Cirugía, de los que aprendimos la más depurada técnica. La influencia que esta actividad tuvo en el desarrollo de mi profesión explica, que aún con el riesgo de cansar a mis lectores, haya hecho referencia con tantos detalles a este período de mi formación quirúrgica.

En el “Mercedes” disfrutábamos de la enseñanza de la asignatura de partos en la Sala “Pinard”, bajo la responsabilidad del Profesor *Eusebio Hernández*, que agregaba a sus méritos de patriota —había ostentado el grado de General del Ejército Mambí— el de Maestro indiscutible en tocología, que había adquirido en los hospitales de París bajo la dirección del Profesor *Pinard*, en cuyo honor designó con su nombre la Sala de Partos de nuestro Hospital desde el cual impartía sus lecciones.

Recuerdo a este querido y respetado Maestro, de apuesta figura con su larga bata blanca haciendo atinadas observaciones sobre las distintas parturientas durante el pase de visita. Con el concurso del doctor *Domínguo Ramos*, su ayudante, nos enseñó objetivamente y con gran habilidad las maniobras obstétricas. Así conocimos y dominamos las diversas versiones y la aplicación de fórceps.

Hizo patente el amor a su patria y la concepción avanzada que tenía del futuro de la humanidad cuando un día charlando con nosotros nos expresó que Cuba sería un país muy feliz cuando todos sus habitantes fueran profesionales, concepción que englobaba a todos los ciudadanos en un plano igualitario y superior, sin ignorancia ni miseria.

En el recinto del hospital también teníamos como asignaturas del cuarto año las especialidades de Enfermedades de la Garganta, Nariz y Oídos que explicaba con carácter eminentemente práctico el Profesor *Emilio Martínez* y las

enfermedades de los ojos, bajo la docencia del Profesor *Carlos Finlay* -hijo del célebre descubridor del mosquito como agente transmisor de la fiebre amarilla. La labor del Alumno Interno en estas especialidades tenía poca importancia.

Aún quedaban tres asignaturas del cuarto año. Eran teóricas y se enseñaban fuera del hospital, en el viejo edificio de la Escuela de Medicina. Se trataba de la Terapéutica y de las Patologías Médica y Quirúrgica. La primera estaba a cargo del doctor *Pérez Miró*, de recia pronunciación castiza y de complexión robusta. Llenaba el tiempo de su clase dictando a los alumnos el contenido de un librito que sobre la materia de su asignatura portaba, sin omitir el señalar los puntos y comas.

Como es natural el ambiente que se creaba con ese proceder del maestro daba lugar a que los estudiantes, siempre dispuestos a la chanza, interrumpieran frecuentemente al profesor con preguntas como: si tal palabra se escribía con ge o con jota con hache o con i y otras. En ocasiones la respuesta del doctor *Pérez Miró* ya cansado de la chacota era de tal naturaleza que no podía evitarse que la carcajada general conmoviera el recinto..

Respecto a las Patologías Médica y Quirúrgica, su enseñanza estaba a cargo de los Profesores *Diego Tamayo* y *Enrique Fortún*. Ambos eran diametralmente opuestos en su actuación: *Tamayo* era puntual, lento, pausado, de dicción uniforme; *Fortún*, de andar rápido, expresivo, exponía en pocas palabras el contenido de su lección, daba la impresión de estar siempre apurado y llegaba a la clase en los últimos minutos. No obstante estas diferencias, ambos eran buenos profesores.

Con estas líneas terminamos nuestros recuerdos del cuarto año de medicina y llegamos al quinto y último curso de nuestros estudios.

Concurrimos a los Hospitales “Mercedes” y “Número Uno”, a la Escuela de Medicina y los Laboratorios Wood. En el “Mercedes” recibíamos las clases de Clínica Quirúrgica, Enfermedades de la Piel y Sífilis y de la Infancia. En el Hospital “Número Uno” —actualmente Hospital “Calixto García”— la enseñanza de la Clínica Médica y de las Enfermedades Nerviosas y Mentales. En la Escuela de Medicina asistimos a las asignaturas de Higiene y Medicina Legal y los Laboratorios Wood a la Patología Experimental.

La enseñanza de la Clínica Quirúrgica estuvo bajo la responsabilidad del Profesor *Raimundo Menocal*, modelo ejemplar de competencia, experiencia y laboriosidad. Fue una gran pérdida para nosotros que al año anterior de matricularnos en su asignatura, *Menocal* dejase la Universidad para hacerse cargo de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

Lo sustituyó el Profesor *Ferrán*, catedrático auxiliar de la asignatura, durante breve tiempo, para ser reemplazado por el doctor *Rafael Menocal*, hijo del Maestro, después de obtener el cargo por oposición.

*Rafael Menocal* a quien en el argot estudiantil llamábamos “Menocalito”, daba sus lecciones de Clínica Quirúrgica como mejor podía y gozaba de una

buena técnica operatoria. Tuvimos ocasión de beneficiarnos con su aprendizaje ayudándolo en múltiples operaciones.

La cátedra de Enfermedades de la Piel y Sífilis quedó vacante en 1917 por fallecimiento del Profesor *Raimundo Menocal*. Fue ocupada, después de vencer en las oposiciones, por el doctor *Braulio Saenz* como titular. En el “Calixto García” desempeñó su enseñanza como profesor auxiliar el doctor *Pardo Castelló*.

Las clases sobre Enfermedades de la Infancia estaban a cargo del joven Profesor *Angel Aballi*. Muy competente y estudioso, siempre al día de todo lo relacionado con su asignatura, aprovechaba el momento para hacer mención a lo último que había leído en la literatura extranjera referente al tema que explicaba.

Además de las lecciones de Clínica en la Sala del Hospital, acudía al Salón de Operaciones para practicar la intervención que fuese requerida. Tenía habilidad para realizarla, la que supo transmitir a sus ayudantes.

En el quinto año, además de las asignaturas clínicas que hemos mencionado, en el “Mercedes”, teníamos los Servicios de Urgencia y Traumatología que se atendían en la Sala “San Felipe”. Estaban a cargo del Profesor *Domínguez Roldan* y principalmente de su ayudante *Elpidio Stincer*. Aún no se había establecido en el *curriculum* universitario la asignatura de Ortopedia y su materia estaba comprendida dentro de la Patología y Clínica Quirúrgica.

En la Sala “San Felipe” aprendimos a tratar en el segundo año de alumno interno, fracturas y luxaciones, nos familiarizamos con la colocación de férulas, vendajes en cabestrillo, aparatos de suspensión y extensión para las fracturas, reducción de luxaciones e inmovilización con vendajes de yeso.

En el Salón de Operaciones ayudábamos a realizar amputaciones, enclavamientos y suturas óseas en los casos de grandes traumatismos, aunque era casi una costumbre el llevar a estos accidentados graves al Hospital “Calixto García”.

Vamos a recordar ahora nuestras actividades en el Hospital “Número Uno”. Asistíamos a las clases de Clínica Médica y de Enfermedades Nerviosas y Mentales. En Clínica Médica teníamos a los Profesores *Luis Ortega* y *Enrique Saladrigas*. *Ortega* fue un catedrático muy eficiente, sabía mantener el interés por el contenido de sus lecciones. Su expresión era fácil y a veces empleaba frases muy atinadas para resaltar un hecho. Recordamos a este respecto que en una ocasión para grabar en nosotros el significado del pronóstico grave de una afección nos señaló la frase que los gladiadores de la Roma Antigua en el Circo, antes de entrar en combate mortal, dirigiéndose al César decían: “Salve César, los que van a morir te saludan” (*Ave Cesar morituri te salutant.*) Con esta expresión el Profesor *Ortega* hacía referencia a un enfermo de su sala que padecía de cáncer avanzado en el estómago y cuyo final estaba próximo. Sus diagnósticos basados en sólida experiencia y en una elevada cultura médica, eran habitualmente ciertos. No sin razón, llegó a disfrutar de amplia estimación como profesor entre sus compañeros y alumnos, llegando a poseer una clientela muy numerosa. Personalmente me beneficié de su capacidad clínica cuando ya médico sufrí un síndrome

ictérico con intensa coloración amarilla de toda mi piel y mucosas, oliguria con orinas fuertemente teñidas y gran inapetencia. Por entonces estaba yo atendiendo al afamado cirujano *Rafael Nogueira*, el predilecto de la sociedad, que contrajo una gangrena gaseosa en su pierna izquierda y había que luchar para salvar su extremidad, pues amenazaba con privarse de la vida si nos veíamos obligados a amputarlo. Al final logré triunfar sobre los compañeros que opinaban que la amputación era inevitable, y obtuve la curación mediante amplias incisiones en la extremidad que dieron salida de gases con fuerte tensión y abundante exudado seroso turbio. Pero de algún modo aquella situación angustiosa a que me vi sometido con la atención al doctor *Nogueira*, altero mi salud y una intensa ictericia se apoderó de mí. Consulté a distintos compañeros y empezaron los colagogos y otras medidas, pero yo seguí cada vez más amarillo y más débil hasta que decidí ir a ver al Profesor *Ortega*, mi antiguo maestro. Enterado de mi situación me interrogó y examinó exhaustivamente y terminó su intervención con la gratisima noticia de que yo no tenía lesión orgánica alguna y dejara todas las medicinas y me fuese a pasar unas semanas a San Miguel de los Baños para someterme en él al tratamiento hidrotérmico. Así lo hice y a los pocos días de estar en el Balneario tomando las aguas de sus manantiales comencé a presentar abundante diuresis con orinas cada vez menos coloreadas, el apetito mejoró y mis ánimos y fuerzas fueron recuperándose. A los dos meses era otro hombre. Se trataba de una ictericia emotiva. El Maestro demostró una vez más su sagacidad y su sabiduría. Volvamos a nuestro quinto año.

El estudio de las Enfermedades Nerviosas y Mentales estaba a cargo de los Profesores *José Valdés Anciano* como Titular y *Armando de Córdova* como Auxiliar. Aunque las clases comenzaban temprano el doctor *Valdés Anciano* llegaba al Hospital siempre con adelanto y empleaba su tiempo de espera charlando con nosotros sus alumnos. Hacía, en esos ratos, gala de sus ocurrencias festivas, relatándonos cuentos y situaciones que nos hacían reír a veces estrepitosamente.

Las clases se limitaban a familiarizarnos con los términos contenidos en el glosario de neurología y a tratar algunos temas de la especialidad. Era un buen profesor y como gozaba de amplia cultura médica y amena expresión, sus conferencias eran interesantes.

Las asignaturas restantes del quinto año que se profesaban fuera de los hospitales eran: La Higiene y la Medicina Legal, en la Escuela de Medicina bajo la responsabilidad del doctor *Coronado* y la Patología Experimental en los Laboratorios Wood que enseñaba el doctor *Agramonte*, nuestro profesor de Bacteriología en el tercer curso. Las lecciones dedicadas a estas materias en su cotidiano desenvolvimiento no ofrecían nada digno de recordar. Sus programas eran limitados y de escaso interés.

Hemos recordado a grandes rasgos los acontecimientos más señalados que se produjeron durante nuestras actividades universitarias y no deseamos terminar esta narración sin expresar toda nuestra gratitud hacia aquellos maestros que con

su sabiduría y altas dotes espirituales supieron prepararnos para afrontar con éxito nuestro futuro. Tuvimos muy buenos profesores como *Varela Zequeira, Presno Bastiony, Domínguez Roldán, Federico Grande Rossi, Fernández Abréu, Luis Ortega y Angel Aballí*; otros fueron regulares y algunos pocos, deficientes. No mencionaremos ahora nombres, pues los que han leído estas líneas, sabrán discernir a quiénes nos referimos.

Con el último examen terminamos nuestra condición de estudiantes y entramos en el amplio y difícil campo del profesionalismo. A luchar sin qavidar a nuestros profesores ni a los compañeros que nos brindaron su amistad pura y sincera. Tal era nuestro ánimo al abandonar las aulas.

Al finalizar mis estudios había alcanzado el mejor expediente universitario de mi promoción, lo cual me capacitaba para merecer el galardón de alumno Eminente y aspirar a la Beca de Estudios en el extranjero. Pero razones económicas no me permitían pasar dos años, que era la duración de la beca, sin comenzar el ejercicio lucrativo de mi profesión. Necesitaba ingresos para equiparme y saldar algunas pequeñas deudas contraídas y comencé a trabajar de inmediato. Pasé de Alumno Interno a Médico Interno en el “Mercedes”. Mis responsabilidades eran mayores, pero también lo eran las oportunidades de ampliar mis conocimientos y prácticas en Cirugía.

Al año siguiente de graduarme se sacó a oposición la plaza de Ayudante Facultativo de Química Clínica en mi hospital y alentado por la experiencia que había adquirido en análisis químico con el Profesor *Johnson*, decidí participar en esas oposiciones y triunfé. En capítulos anteriores tuve ocasión, como recordarán los que han seguido estas páginas, de referirme a esas oposiciones. Desempeñé este cargo durante dos años, así como el de Jefe del Departamento de Química Clínica que me brindó el doctor *Leonel Plasencia* en su acreditado Laboratorio de Análisis. Estas actividades naturalmente aumentaron mis conocimientos y competencia en trabajos de laboratorio y como fruto de esa dedicación escribí entonces varios artículos relacionados con ellas que fueron publicados en diversas revistas de Medicina como: “Valoración del azúcar total, virtual e inmediato en la Sangre”; “Método rápido para examen histológico”; “Influencia del amboceptor natural en la sero-reacción de Wassermann y Determinación de la Urea en la sangre”.

En 1920 renuncié a estos cargos para ingresar en el Ejército (por oposición) como Primer Teniente Médico. Tuve que trasladarme a Santiago de Cuba para incorporarme al servicio de Sanidad Militar de Oriente. En el Hospital Civil había una sala destinada a la atención médica de los miembros del ejército y me hice cargo de ella. Se acostumbraba por los oficiales médicos que me precedieron, enviar a La Habana a los soldados que ingresaban con alguna afección quirúrgica para que fueran operados en el Hospital Militar de Columbia.

Como yo había adquirido experiencia en Cirugía y deseaba mantenerla y aun acrecentarla, decidí suspender esa costumbre y me dispuse a operar en el “Hospital de Santiago” a los soldados, que lo necesitaran. Esta actividad se tradujo en beneficio para los internados que se evitaron así las molestias del tras

lado y contribuyó además, a elevar el prestigio de la unidad correspondiente de la Sanidad Militar.

Este hecho comprueba el anhelo que siempre me impulsó a trabajar en medio hospitalario. Mi vocación verdadera era la Cirugía y cada vez que me desviaba de su campo por razones ajenas, no renunciaba a reincorporarme a sus predios. Ya se habrá podido apreciar, en el curso de esta narración, esa tuerza anímica que presionando mi voluntad, trataba de mantenerme ligado a la profesión quirúrgica.

De Santiago de Cuba volví a La Habana para hacerme cargo del laboratorio del Hospital Militar de Columbia. Allí realizaba los trabajos propios de esa dependencia, pero además, cuando el tiempo libre me lo permitía, actuaba como Ayudante de Cirugía del Comandante *Armando Guerrero*, Director del Hospital, porque mi nombramiento incluía a mi condición de Director del Laboratorio del Hospital Militar de Columbia el de Cirujano Auxiliar.

Cuando no había operación que realizar en el "Hospital Militar de Columbia", me trasladaba al "Mercedes" donde como profesor honorario de Clínica Quirúrgica atendía la Sala "San Joaquín" y acudía a los Salones de Operaciones para realizar intervenciones.

A fines de 1922 renuncié a mi cargo en el ejército al obtener (por concurso) el nombramiento de Cirujano Residente en el Hospital "Mercedes". Ya estaba de nuevo ubicado en el sitio por el que tanto me esforcé en ocupar, estaba dentro de la Universidad, en la cátedra de Clínica Quirúrgica.

En enero de 1925 obtuve, por concurso también, el nombramiento de Profesor Auxiliar Supernumerario de Clínica Quirúrgica, que afianzaba mi posición académica, pues mi designación anterior, era con carácter honorario. Dedicaba entonces mis actividades médicas al Hospital "Mercedes" y al Dispensario Tamayo, donde atendía con el Profesor de Urología, doctor *Casariégo*, una consulta de Enfermedades de las Vías Urinarias, por las que siempre tuve inclinación como lo evidencian los distintos trabajos y publicaciones que sobre ellas realicé a lo largo de mi actividad profesional.

En 1927 el Ejecutivo del Centro Castellano, sociedad mutualista, me ofreció la Dirección de su casa de salud que estaba vacante por sustitución del que la ocupaba. Como pude enterarme que se habían producido ciertos desacuerdos entre el médico que desempeñaba el cargo que se me ofrecía y la Directiva del Centro Castellano, antes de aceptar el nombramiento consulté al Colegio Médico sobre el caso. Al informárseme que no había impedimento alguno a que yo aceptara el cargo, di mi conformidad y fui designado Director del Sanatorio "Santa Teresa de Jesús" del Centro Castellano.

Reorganice los servicios médicos y lleve a formar parte de los mismos a algunos compañeros conocidos míos por su calidad profesional, entre ellos, un buen anestesista y competentes auxiliares.

Por aquellos tiempos, comenzaron a surgir antagonismos entre el Colegio Médico y los centros regionales mutualistas. Los compañeros que prestaban sus



*Figura 3. Grupo de alumnos del curso de 1917-1918 con los Profesores de Higiene y Medicina Legal doctores Tomás V. Coronado y Raimundo de Castro. El Profesor Torroella es el segundo de izquierda a derecha en las primeras filas sentadas.*

servicios en esos centros solicitaban mejores condiciones de trabajo y de remuneración. Al no llegar a un entendimiento ambas partes, el Colegio Médico decreto en 1932, la huelga de los profesionales que prestaban servicio en las sociedades mutualistas. Al cumplir nosotros, con esta disposición del Colegio Médico, la directiva del Centro Castellano acordó dar por terminados nuestros servicios en el mismo.

Nos envió para comunicarnos esa disposición, una amplia y sentida comunicación, extensiva a todo el cuerpo médico que laboraba en el Centro de lo que paso a copiar una parte:“. . . hacer presente a Ud. Sr. Director con el ruego encarecido de que lo haga llegar a conocimiento de sus admirables colaboradores, los médicos que fueron bajo su dirección defensores a la causa del Centro Castellano, el testimonio más sincero de agradecimiento por la cooperación prestada hasta el último momento y el tributo de gratitud por el invariable comportamiento en todos sus actos que ha caracterizado siempre con el título de nobleza a quiénes hasta el día 1 de septiembre, fueron nuestros eficientes cooperadores dejando en nuestros corazones, para el futuro, el sello indeleble de la amistad y de la veneración”.

Antes de terminar estos apuntes referentes a la huelga de los médicos mutualistas, deseo dejar constancia para alivio de nuestra conciencia y para conocimiento del público, que tan pronto recibimos la orden del paro médico, organizamos un servicio permanente en la Casa de Salud para atender a los casos de urgencia, lo que garantizaría la seguridad personal de los socios del Centro.

Llevaba entonces como cinco años trabajando en esa institución y durante ese lapso tuve la oportunidad de realizar en la misma, cientos de operaciones, que incluían diversas ramas de la Cirugía, pero entre ellas quiero hacer referencia a una muy interesante. Se trataba de un caso de herida incisa accidental que se produjo en el corazón un carnicero mientras deshuesaba la paletilla de un pernil. Al resbalar sobre el hueso el cuchillo con que trabaja, se le encajó en el vientre a nivel del epigastrio. Fue conducido inmediatamente a la Casa de Salud del Centro Castellano donde tuve la oportunidad de atenderlo a su llegada. Acababa yo de realizar una operación y estaba en el salón preparado para comenzar la siguiente —pues era sábado, día que dedicábamos a realizar las intervenciones programadas— y sin demoras se hizo posible pasar al herido de la ambulancia al quirófano. Su estado era muy grave, casi sin pulso, sin tensión arterial, con ruidos cardíacos no audibles.

Presentaba una herida lineal de unos tres centímetros de longitud por debajo del apéndice xifoide. Por la gravedad que ofrecía el lesionado pensamos en una herida de los grandes vasos, pero al abrir la cavidad abdominal nos sorprendió encontrar el campo libre de sangre contra lo que esperábamos y en cambio apreciamos en el diafragma a nivel de la cara inferior del corazón otra herida que nos indicaba que el cuchillo había alcanzado a este órgano. Ampliamos enseguida la incisión exploratoria hacia el tórax para poner al descubierto la región cardíaca. El pericardio estaba distendido por la sangre, de ahí los síntomas que ofrecía el

lesionado que correspondían a un hemopericardio. Al seccionar la serosa brotó un torrente de sangre, acto que se acompañó, según informe del anestesista, de una mejoría inmediata en la calidad del latido cardíaco y del pulso. La sangre acumulada a presión en el saco pericardio, oprimía el corazón interfiriendo sus contracciones y eficiencia.

Abierto el pericardio exploramos con el índice la cara inferior del corazón y encontramos en ella, que comunicaba con la herida del diafragma, otra que conducía al ventrículo derecho por la que corría sangre a cada sístole. Observamos que bastaba con hacer tracción hacia arriba del borde inferior de la incisión del pericardio para que cesara la salida de sangre. Procedimos pues a colocar unos puntos de sutura en la serosa que al comprimirla sobre el miocardio lograba la hemostasia. Así terminó la operación. El herido fue recuperándose en los días siguientes sin presentar complicaciones y fue dado de alta curado a las dos semanas del accidente.

Seguramente fue uno de los primeros, si no el primero, de los casos de herida del corazón curados por la Cirugía entre nosotros. Años después, al encontrarme con este feliz sujeto tuvimos ocasión de recordar aquel sábado dichoso en que al estar todo dispuesto al llegar el herido — presentes los cirujanos y anestesista, salón recién preparado y el personal auxiliar necesario— pudimos salvar su vida.

Desde luego, aunque muy interesante, éste no es el único que merece recordarse. Fuera del Centro Castellano tuve otros, porque en la larga vida de un cirujano se suceden casos y situaciones que por una u otra razón dejan en su mente una impresión indeleble.

Me parece ahora oportuno referirme a ellos.

Comenzamos por un joven de 16 años que me fue enviado por dos eminentes clínicos y un acreditado radiólogo^ con el diagnóstico de malformaciones congénitas del intestino, para que lo operara. Se encontraba muy delgado, desnutrido, con el antecedente que desde su nacimiento padecía crisis de cólicos intestinales con vómitos, interrumpidos sólo por cortos períodos de relativo bienestar. Su condición fue agravándose hasta llegar a constituir una seria amenaza para su vida. El estudio radiológico anunciaba ausencia de rotación del intestino y confirmamos que era necesaria la intervención.

Abierto el vientre pudimos observar que se trataba efectivamente de un caso de ausencia de rotación del intestino, pero con unas características propias, posiblemente no señaladas con anterioridad en la literatura médica. El duodeno, que es un órgano profundamente fijado a la pared posterior del abdomen, se encontraba en primer plano, muy superficial, en contacto con la pared anterior, cruzando el colon transversal de arriba abajo por delante de su porción media. Así, este intestino se encontraba comprimido por el duodeno sin posibilidad de liberarlos.

Esta disposición explicaba el historial de crisis frecuentes de obstrucción intestinal que padecía el enfermo. Decidí seccionar el duodeno para soltar al

colon, después de observar que ello era posible de realizarse sin riesgo alguno. Una vez dividido el duodeno pude levantar fácilmente al colon a su posición superficial normal, libre de compresión. Terminé el tratamiento restableciendo la continuidad intestinal con la sutura término-terminal del duodeno seccionado.

La evolución posoperatoria fue satisfactoria y pudimos dar de alta al paciente dentro del término usual en estos casos. El resultado feliz de la operación se hizo evidente: toleró bien sus alimentos, y se restableció rápidamente. Supe de él varios años después y me informaron que era un hombre saludable que trabajaba en un renombrado cabaret en Marianao.

Vamos a referirnos a otro caso. Su relación con la Cirugía no es tan directa, diríamos que más bien su interés se concreta en la vida social, con participación dominante en la psiquis. Estábamos en la década del 50. Una tarde se presentó en mi consulta una joven de 32 años. La remitía un distinguido compañero para su tratamiento quirúrgico. Ella padecía un cáncer del recto —que yo creía ignoraba. Como es natural en esta situación, después que el examen clínico a que la sometí confirmó ese aciago diagnóstico, comencé a quitarle importancia a la afección que padecía, empleando eufemismos y expresiones intencionadamente poco precisas. ¡Cuál no sería mi sorpresa y desconcierto!, cuando ella interrumpió mi perorata diciéndome:

— Mire doctor, evítese rodeos. Yo sé que tengo un cáncer en el intestino, poseo la biopsia que lo afirma y he venido para que usted me opere, pero ha de ser si me asegura que no me fijará el intestino a la pared del vientre. Si al salir de la anestesia me encuentro con un ano abdominal, le aseguro que me suicidaré.

¿Qué hacer? No era posible iniciar una discusión embarazosa. Guardé silencio unos instantes, mientras en mente repasaba en apretado y rápido análisis, si había encontrado factores favorables en la exploración a que la había sometido, que me permitieran acceder a su exigencia. En efecto, no había apreciado adenopatías regionales evidentes, ni nudosidades hepáticas, el tacto vaginal se mostró completamente libre de alteraciones y el examen del recto me permitió comprobar que el mal no había traspasado los límites del órgano. Ante estas realidades le contesté dándole la mano:

— Cuento con mi promesa. ¿Qué otra actitud podía tomar? ¿Hubiera estado justificada mi negativa?

Días después la operé y pude realizar la intervención con relativa facilidad, comprobando en el curso de la misma que el cáncer permanecía localizado en la extremidad inferior de la ampolla rectal sin haberse extendido hacia los tejidos vecinos. Descendí el colon sigmoides al periné sin dificultad. Así quedaron complacidos los deseos de mi denta.

Tuvo una evolución posoperatoria favorable y salió de alta muy agradecida.

Tuve ocasión de verla años después gozando de perfecta salud.

Continuaba ejerciendo su profesión de maestra en Matanzas, su ciudad natal y, algo más señalado, contrajo matrimonio.

¿Hubiera sido posible esta vida social portando un ano abdominal con las limitaciones que ello imponía?

Considerando este aspecto de la situación, dije al principio de la exposición de este caso, que su interés más que quirúrgico era de naturaleza social, con gran repercusión psíquica. Entonces era muy generalizada la tendencia a practicar operaciones con exéresis muy amplias, terminadas obligatoriamente por una colostomía abdominal. No hay dudas que supervivencias más prolongadas se obtenían con esa cirugía amplia.

¿Pero es que todos los casos necesitaban tan amplias resecciones que obligaran a realizar la colostomía? Esta enferma demuestra lo contrario. Afortunadamente hoy se practican en todo el mundo más resecciones del recto por cáncer, sin necesidad de colostomía definitiva que anteriormente, cuando naturalmente las condiciones del caso permiten hacerlo. Cada caso debe recibir su tratamiento individual y dejar de lado las generalizaciones.

Además, aun en presencia de metástasis lejanas, ¿qué se gana con el ano artificial una vez suprimido el recto canceroso? Es preferible prolongar la vida confortable del desdichado enfermo evitándole molestias de la colostomía abdominal no necesaria. ¿Quién puede asegurar que la amplitud exagerada de la operación en el mejor de los casos, evitará la recidiva? ¡Cuántos años abdominales se han establecido sin necesidad! Es asunto de meditar.

Aún tenemos algunos otros casos dignos de recordar, ya sea por su poca frecuencia, ya por sus características somáticas.

Los que a continuación voy a ofrecer presentan ambos atractivos. El primero se refiere a una mujer de mediana edad, bien portada, complexión robusta, exponiendo signos de virilismo. La región de la barba sombreada, testimoniando un crecimiento del pelo exagerado en ella.

Con voz fuerte y grave se presenta manifestándome que la envía un compañero endocrinólogo, pues presenta hirsutismo generalizado y opina que le convendría someterse a una operación para curarse de su afección. Me entrega, de parte de él, un resumen de su historia clínica con algunos exámenes, entre ellos, uno con valoración elevada de 17 hidrocorticoides y una tomografía muy demostrativa que expone la cápsula suprarrenal derecha muy voluminosa, que rechazaba el riñón hacia abajo. Al interrogarla sobre su afección, me manifiesta que comenzó a observar en los últimos meses una tendencia cada vez más señalada al desarrollo del pelo en la barba, en el labio superior y pecho y un acento grave en la voz. Por distintas recomendaciones comenzó a emplear ungüentos depilatorios en esas regiones, y llegó inclusive a recurrir a afeitarse periódicamente.

Pero ante la rebeldía del padecimiento consultó a un médico de la familia —le daba pena recurrir a otro— el cual conocedor seguramente de lo que se trataba,

la envié al Profesor de Endocrinología *Mateo de Acosta*, el cual al comprobar que se trataba de un síndrome adrenogenital con virilismo, determinado por la presencia de un tumor suprarrenal, como mostraba la tomografía que le había ordenado a la enferma, me la envió.

Aunque ese síndrome puede desarrollarse por simple hiperplasia glandular, la presencia de este tumor adrenal precisaba su origen neoplásico.

Conforme en todo con el diagnóstico y con la indicación terapéutica del Profesor *Mateo de Acosta*, procedí a operar a la paciente. Le extirpé el grueso neoplasma suprarrenal —que resultó ser un adenoma. Después de una evolución libre de complicaciones (había comprobado la presencia en el lado opuesto de una glándula normal) le di de alta a la operada, ya restablecida de su intervención. Esa comprobación de la adrenal izquierda era imprescindible en aquella época, hay que recordar que entonces aún no se había establecido la terapéutica sustitutiva y que si se privaba a un enfermo de la única glándula adrenal que poseía, moriría por insuficiencia suprarrenal aguda, como ya había acontecido.

Andando el tiempo, un día me abordó en el Hospital “Fajardo”, donde yo a la sazón trabajaba, una señora que a través de su afable semblante al dirigirse a mí, expresaba su alegría al verme. Avanzando a mi encuentro me saluda con estas palabras:

—Yo soy la mujer barbuda que hace años me operó usted.

¿Recuerda?

¡Cómo iba a olvidar aquél caso! Era otro ser, su voz tenía la dulzura y las características atractivas de la feminidad, su expresión risueña y agradable correspondía a la de una mujer feliz que había dejado atrás su infortunio. No aparecía en su semblante sombra alguna provocada por la hipertricosis contra la que tanto luchó inútilmente.

Otro caso interesante de esta serie se refiere a un paciente de 30 años que me fue enviado para que lo operase por padecer miastenia grave, producida por el desarrollo en él de un timoma, según el criterio del compañero que me lo dirigió.

Estábamos en 1935, época en que la timectomía por miastenia grave se practicaba sobre una base empírica. La utilidad de esta operación en esos casos no tenía una justificación, pues se señalaban pocos éxitos y muchos fracasos. El empeoramiento de nuestro enfermo y la rebeldía al tratamiento, nos impuso, no obstante la intervención como única solución posible.

Ya hoy con el mayor conocimiento del proceso y los grandes adelantos en la cirugía torácica y la anestesia, los triunfos obtenidos en diversas series, han justificado la aceptación por la mayoría de los autores de la timectomía como tratamiento de la miastenia grave. Sabemos actualmente que el timo produce una inmunoglobulina, la tímica, que depositada en la placa motriz provoca un bloqueo neuromuscular miasténico y al suprimir este órgano, se elimina ese factor causal. Para explicar los casos en que a pesar de la timectomía persiste la miaste-

Historia de mi vida y otros trabajos nia, se admite que además del timo normal, existe tejido tímico aberrante no extirpado en la timectomía capaz de elaborar timina con sus consecuencias. (Goldsteon y Mackay, 1972).

Lo interesante del caso que estamos recordando, estriba en que realizamos la intervención varios años con antelación a la aceptación del tratamiento quirúrgico de la miastenia grave y al éxito alcanzado con dicho proceder, pues el operado evolucionó sin accidente, y se logró reducir rápidamente las dosis de prostigmina en el posoperatorio hasta dar de alta al paciente libre de su afección.

El año 1935 fue pródigo en ofrecernos enfermos con afecciones excepcionales. Tal es el caso de una joven de 16 años que nos envió el doctor *N. Puente Duany*, Director del Instituto de Radium del Hospital "Mercedes", para que la operase por presentar un grueso tumor abdominolumbar.

Refiere la enferma, que como un año antes de vernos sintió un fuerte dolor en la porción derecha del vientre y que días más tarde se le presentó una discreta hematuria. Ese episodio le repitió en dos ocasiones. Durante ese tiempo comenzó a desarrollarse el tumor que la aquejaba, el cual aumentando continuamente de volumen llegó a alcanzar el tamaño que presentaba en el momento de nuestro examen.

Al explorar a la enferma pudimos apreciar que se trataba de una joven delgada que presentaba en su abdomen derecho un marcado abultamiento, que a la palpación bimanual hacía contacto por detrás con la región lumbar y se extendía hacia adelante y a la derecha para invadir parte de la cavidad abdominal. Su consistencia era firme, no fluctuante y podía comunicársele cierto peloteo, como a los tumores renales.

Al examen cistoscópico y cateterismo uretral pudimos apreciar ausencia de diseminación por el uréter derecho. El catéter izquierdo drenaba normalmente y la orina que eliminaba sometida a examen químico y citológico no mostró alteraciones.

Se practicó una pielografía ascendente y una urografía descendente. El uréter derecho aparecía bloqueado y no pudo obtenerse imagen de la pelvis correspondiente, no así en el lado izquierdo, en el que la sustancia radioopaca penetró fácilmente mostrando una pelvis y cálices normales. La urografía descendente indicó una función renal normal a la izquierda y nula en el lado derecho.

La prueba funcional del riñón izquierdo mediante la eliminación del fenol- sulfonaftaleína se mostró normal.

Estos diversos exámenes confirmaron el diagnóstico de neoplasia del riñón derecho y no habiendo contraindicación a la nefrectomía procedimos a realizarla.

El voluminoso tamaño del tumor que invadía con exceso la cavidad peritoneal, nos llevó a prejuzgar las dificultades que podía ofrecer el aislamiento del pedículo renal, con seguridad situado profundamente en este caso y los riesgos de herir la vena cava en el curso de una disección en campo tan estrecho. Esta consideración nos indujo a abordar el proceso por su cara anterior, a través de la

cavidad peritoneal, así pudimos disponer de una visión del campo mucho más amplia. Esta vía de acceso no era nueva y tenía una buena justificación en nuestro caso. Abrimos el vientre mediante una amplia incisión longitudinal a lo largo del borde externo del músculo recto anterior del abdomen, que se extendía desde el reborde costal hasta cerca del arco crural. Pudimos observar una vez hecha la laparotomía que el tumor aparecía cubierto por el íleon, ciego, colon ascendente y su mesenterio. Fue fácil separarlo de estas estructuras después de seccionar el peritoneo parietal a lo largo del borde externo del colon. Liberado el tumor de los tejidos que lo cubrían se pudo separar hacia afuera su borde interno mostrándose con esta maniobra el hilio, lo que permite realizar con facilidad la ligadura y sección de los vasos. Quedaba únicamente por cortar los tractus serosos y conjuntivos que unían el riñón al tejido que lo rodeaba. Extirpado el neo se terminó la operación reponiendo el peritoneo con el colon e íleon a él unidos, a su localización anatómica normal.

La evolución posoperatoria se desarrolló sin inconvenientes.

El estudio histológico del tumor demostró que estaba constituido en su totalidad por tejido muscular estriado y como el riñón carece de este tipo de células, hay que considerar esta neoplasia como de origen embrionario. Se trataba de un rabdomioma puro, tumor de extrema rareza y son muchos los patólogos con gran experiencia según hemos leído, que no han tenido la oportunidad de ver este tipo de neoplasia. Tal es la razón de incluir este caso en nuestra lista de procesos interesantes.

Continuando esta serie de casos interesantes, voy a exponer en forma resumida, algunos artículos publicados en diversas revistas médicas por mí, que por un motivo u otro merecen recordarse.

Empecemos por la cistectomía total como tratamiento del cáncer de la vejiga.

El artículo dedicado a esta operación apareció en 1938 en la *Revista de Ciencias Médicas*. Tres años antes, en febrero de 1935 leímos en la Sociedad Cubana de Cancerología un trabajo sobre cistectomías parciales realizadas por nosotros como tratamiento del carcinoma situado en la pared libre de la vejiga y consideramos como no tratable quirúrgicamente —al igual que la mayoría de los cirujanos- los desarrollados en el bajo fondo, trigono o cercanos al cuello. En estas situaciones nos limitábamos a la electrocoagulación de la lesión e implantación de semillas de radio. Pero con esta terapéutica nunca obtuvimos resultados alentadores, nos dispusimos a oponer un medio heroico en tales casos y practicamos nuestra primera cistectomía total.

El éxito alcanzado coronó nuestro esfuerzo y es por ello que traigo el caso con el sano propósito de comunicar a mis compañeros algo de mi entusiasmo, con la esperanza que en no lejano día podamos ofrecer una estadística provechosa.

Por nuestra parte podemos decir que posteriormente al enfermo que motiva esta comunicación hemos realizado otras cistectomías totales con éxito y cono-

ceмос de otras realizadas por nuestros urólogos. Desde entonces se han repetido los éxitos en todas partes, pero tenemos la satisfacción de ser los primeros que en nuestro medio logramos tal triunfo.

No vamos a extendernos en relatar detalles de técnica quirúrgica. Diremos únicamente que la cistectomía total —cuando está indicada— se ha ido imponiendo como método efectivo de tratamiento y que todos los tratados de urología actualmente recomiendan esta operación.

En 1937 tuve la ocasión de atender a dos enfermos que padecían un tumor del corpúsculo carotídeo, afección que si no excepcional tampoco es un proceso evidente. Además de estos dos haré referencia a otro caso atendido por un compañero en aquellos días.

En relación con este último recordamos que el cirujano que lo atendió por dificultades en la operación, pues se trataba de un tumor voluminoso y adherente, no pudo extirpar la totalidad del mismo. La evolución posoperatoria fue desafortunada como era de esperarse, la herida no cicatrizó y el neo que era de naturaleza maligna, se extendió hasta el hueco supraclavicular. En el *post* se le sometió a terapia profunda sin resultado.

Citamos este caso porque representa un argumento contrario a la política de abstención recomendada frente a estos tumores cuando son pequeños, basada en la naturaleza generalmente benigna de ellos unida a los riesgos inherentes a la extirpación quirúrgica. Este proceso evolucionó durante varios meses antes de hacerse inoperable y su sintomatología desde los comienzos manifestó la tendencia infiltrativa del tumor mediante neurologías y adenopatías vecinas.

La extirpación del neo no hubiera presentado inconvenientes cuando era pequeño y aún no presentaba síntomas de extensión local. Además hay que considerar que algunas neoplasias benignas en su origen, pueden evolucionar hacia la malignidad con el transcurso del tiempo.

El segundo caso de esta serie corresponde a una señora de 33 años. Refería que desde tres años antes de nuestra consulta comenzó a notar en la región cervical izquierda la presencia de un pequeño tumor no doloroso y movable. Al examinarla compruebo la presencia de un nódulo del tamaño de un huevo de paloma, con las características señaladas por la enferma. Con el diagnóstico de aneurisma basado en su localización, latidos y expansión, decidimos recomendar su extirpación que días después realizamos.

En el curso de la intervención pudimos comprobar que no se trataba de un aneurisma sino de un tumor del corpúsculo carotídeo. Entonces comenzó la dificultad pues estábamos preparados para hacer una endomenmorrafía, o una plicatura del saco, e inclusive una resección de la bolsa con sutura de la carótida a nivel de su implantación, pero tratándose de un tumor intercarotídeo teníamos que afrontar la ligadura de la arteria. En efecto me fue imposible extirpar el proceso sin sacrificar los vasos carotídeos que aparecían íntimamente unidos a él. Como consecuencia de la ligadura de esos vasos está enferma presentó, horas después de la operación, el inicio de una hemiplejía con fiebre elevada, se agravó

rápidamente su estado general y falleció en un cuadro comatoso antes de las 48 horas.

El examen anatomopatológico practicado por el doctor *Fuste* en la pieza reseçada, corroboró nuestro diagnóstico operatorio. Se trataba de un paraganglioma del cuerpo intercarotídeo, constituido en su mayor parte por células epiteliales con carácter de malignidad.

Este caso nos enseñó mucho y nos puso en guardia sobre las consecuencias gravísimas a que conduce la supresión brusca de la circulación cerebral. Es necesario previamente establecer una circulación colateral eficiente, de lo contrario sobreviene el edema y la necrosis del hemisferio correspondiente con las mortales manifestaciones que presenciamos. Pero en cambio, si procedemos a estrechar lentamente antes de la operación la luz arterial, se irá estableciendo una circulación colateral eficiente a través de las arterias vertebrales del tronco basilar y del polígono de Willis.

El crecimiento del tumor comprimiendo lentamente la carótida, puede provocar espontáneamente esa circulación colateral y así se explican algunos éxitos obtenidos al enuclear estos tumores sin la previa oclusión progresiva intencional de la arteria.

El sacrificio de la carótida sin esta preparación conduce a un alto porcentaje de mortalidad que llegaba al 30% en las mejores clínicas, incluyendo la de los hermanos *Mayo, Rochester*. Consideramos que estamos refiriéndonos a la Cirugía de 1942, cuando aún no se habían establecido los injertos vasculares.

En el tercer caso ya pudimos aplicar la experiencia que nos brindaron los dos anteriores y resolvimos con éxito su tratamiento quirúrgico.

Recordemos: se trataba de una mujer de 49 años, casada, que ingresó con un tumor del corpúsculo intercarotídeo del tamaño de una nuez. Manifestó su comienzo unos 14 años antes de consultarnos. Al principio desarrolló lentamente, sin molestias, pero en los últimos seis meses su crecimiento se hace más rápido, duplicando su tamaño y comienza a padecer desvanecimiento y tos persistente con voz algo afónica. Al examinar a la paciente comprobamos que se trataba de un tumor del corpúsculo intercarotídeo y había que extirparlo.

Ya sabiendo que tendríamos que enfrentarnos con la ligadura de la carótida, preparamos nuestra clientela con la finalidad de que desarrollase una circulación colateral carotídea que le permitiera tolerar sin isquemia cerebral la oclusión de esa arteria.

*Harrington*, de la "Clínica Mayo", recomendaba la compresión digital de esa arteria contra la apófisis transversa de la sexta vértebra cervical, varias veces al día por breves momentos, hasta lograr con esta maniobra suprimir la circulación por la carótida sin provocar desvanecimientos y otras molestias. Nosotros elegimos un procedimiento más seguro y práctico: procedimos en un primer tiempo operatorio a poner al descubierto la arteria en su parte proximal con la finalidad de pasar por su cara profunda una seda gruesa, a la que después de cerrada la herida cutánea, anudábamos sobre una torunda.

Todos los días apretábamos algo la seda tratando de no provocar síntomas de anemia cerebral, así llegamos al cabo de varios días a lograr la oclusión completa del vaso con absoluta tolerancia de la paciente. Se había conseguido establecer una circulación colateral eficiente y pudimos extirpar el tumor con una porción de los vasos carotídeos sin contratiempos. La enferma fue dada de alta curada. Con el título “Nuevo enfoque para el tratamiento de las fistulas vesicorectales” publiqué en 1962 en la *Revista Cubana de Cirugía* un caso que merece recordarse porque apliqué con éxito para su curación, una técnica quirúrgica recomendada por su autor para el tratamiento de otra enfermedad distinta a la que deseábamos curar.

Se trataba de la operación descrita por *Bevan*, para curar el carcinoma del recto mediante la excisión local (Surg Clin North Am 1917). Vamos a exponer el historial del caso que motiva esta crónica y así se comprenderá nuestra conducta y las razones que nos llevaron a escoger una técnica operatoria propuesta para el tratamiento de una afección distinta.

Vamos a referirnos a un paciente de 65 años al que habían realizado una prostatectomía transvesical un año antes en otros hospitales. A consecuencia de aquella intervención se le había producido una amplia fistula vesicorrectal de casi 2 centímetros de diámetro, que estableció una comunicación libre entre estos órganos y un drenaje continuo por la herida operatoria del hipogastrio, se vertía por ella un líquido sucio, mal oliente, mezcla de orina, pus y materias fecales.

Fuimos llamados en consulta a los pocos días del posoperatorio y comprobamos en la base de la vejiga la perforación señalada a unos seis centímetros del ano. Nos hicimos cargo del operado y comenzamos a practicarle una colostomía transversa como indicación inaplazable e imprescindible. Con esta desviación del contenido intestinal mejoró ostensiblemente el estado del paciente, las orinas se hicieron más limpias y el proceso inflamatorio comenzó a desaparecer. Dos meses después con el enfermo bastante recuperado intentamos el cierre de la fistula por vía perineal. No tuvimos éxito y la fistula volvió a establecerse en el posoperatorio inmediato.

No nos sorprendió el fracaso pues el campo operatorio perineal era reducido, no permitía amplias disecciones y la altura de la fistula no facilitaba la ejecución de una técnica correcta. No nos desconcertó el revés y nos pusimos a consultar la literatura médica para ver si hallábamos algún procedimiento operatorio que brindase más garantías para resolver estos casos y en esta búsqueda, dimos con la operación recomendada por *Bevan* para el tratamiento local de los cánceres de la cara anterior del recto. En la ilustración de su técnica aparecía un neo situado exactamente al nivel que se encontraba la fistula de nuestro enfermo. La vía de acceso no podía ser más apropiada para resolver nuestro caso. *Bevan* practicaba previa extirpación del cóccix, la sección longitudinal de la cara posterior del recto desde el extremo inferior del sacro hasta el ano, incluyendo el margen

posterior del esfínter. Al separar los bordes de la sección rectal hacia la derecha y la izquierda, queda expuesta la zona operatoria situada frente al operador.

Terminada la intervención con el cierre por separado de las perforaciones de la vejiga y del recto, se procedía con facilidad, a la sutura en dos planos de la pared posterior del recto y del esfínter.

A la facilidad de la operación se unió un posoperatorio sin accidente y a las dos semanas después de comprobar que el cierre de la fistula se mantenía una vez suprimida la sonda uretral, procedimos a la supresión de la colostomía. Dimos de alta un mes más tarde completamente curado a nuestro operado.

Este éxito que se alcanzó con tan poco esfuerzo mediante una operación de técnica fácil, no laboriosa y libre de peligros, impresionó a algunos compañeros que no tardaron en aplicarla con igual fortuna en casos de fistulas del recto a la vejiga o a la vagina.

En relación con mi actividad quirúrgica en la década del 50 quiero dedicar unos párrafos a la prostatectomía perineal, operación que entre nosotros no ha tenido aceptación.

Siempre me pareció que esta intervención estaba basada en un fundamento anatómico indiscutible y que por ello se prestaba para desarrollar una técnica operatoria segura, a cubierto de complicaciones como hemorrágicas y perforaciones cuando se realizaba sin precipitaciones, respetando las estructuras de la región. Además, su campo de acción en el periné lejos del abdomen y del peritoneo, protegía al paciente de posibles reflejos nocivos y de la contaminación peritoneal. Estas ventajas tienen gran importancia cuando se trata de enfermos seniles y debilitados que son precisamente los sujetos que forman la mayoría de los candidatos a la prostatectomía.

Recuerdo que para recalcar la tolerancia a esta operación solía pedirle a mis compañeros del hospital que cuando tuvieran un prostático en el límite de sus fuerzas lo enviaran a mi servicio para operarlo por vía perineal, seguro de que soportaría sin inconvenientes la operación. Nunca tuve que arrepentirme de la seguridad que expresaban mis palabras.

Es bien conocida la anatomía topográfica del periné y en todos los enfermos se destacan con precisión los límites de sus distintas estructuras por lo que al cirujano le es fácil conducirse a través de ellas y paso a paso ir abriendo camino mediante una cuidadosa disección y cortes precisos, en determinados sitios, sin producir desgarros desafortunados.

¿Por qué entre nosotros esta técnica, que en algunos países adelantados que gozan de bien merecido crédito, no logro su difusión? Sólo hay una explicación. Nuestros profesores no la enseñaron por ignorarla: Había que estudiarla y de hecho hacerse un especialista, un perinealista. Y yo, ya en posesión de ella, traté de popularizarla ejecutando varias veces la prostatectomía perineal ante mis compañeros y la presenté en la Convención de Cirujanos de Cuba en 1949, ilustrada con una película en colores muy bien lograda. Pero tropecé con que la prostatectomía retropúbica, fácil de ejecutar, estaba al alcance de cualquier urólogo

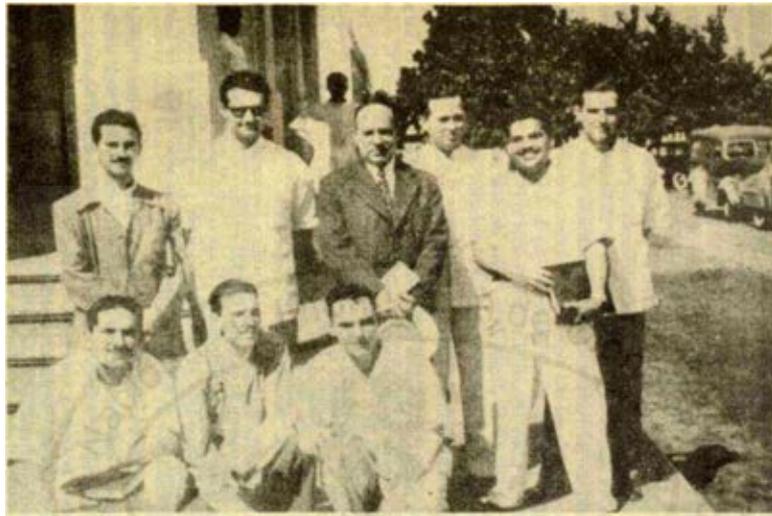


Figura 4. *El Profesor Torroella con un grupo de sus alumnos a la entrada del demolido Hospital Docente "Nuestra Señora de las Mercedes".*

Cuadernos de Historia de la Salud

medianamente preparado. Nadie puede restarle su mérito y sus amplias indicaciones, pero no todos los prostáticos la soportan por igual.

No deseo que se interprete mal el alcance de mis palabras, no pretendo recomendar la prostatectomía perineal en todos los casos en sustitución a la vía alta. Sólo señalo que en casos determinados, ante enfermos depauperados, se debe recurrir a la perineal que ofrece más garantías. Es sin dudas mejor tolerada.

En 1924 desempeñaba yo el cargo de Cirujano Residente del Hospital “Mercedes” y como tal tenía la obligación de atender a los casos de Cirugía de Urgencia, debido a esa circunstancia tuve que tratar a un joven que padecía un aneurisma de la arteria axilar. Este enfermo por el ambiente dramático que rodeo su ingreso —como suele suceder en el campo de la Cirugía de Urgencia— motiva el que hoy lo unamos a la serie de casos interesantes que venimos recordando. Se trataba de un español de 30 años que el 31 de diciembre, último día del año, 1924, fecha en que tradicionalmente la ciudadanía joven, alegre y bulliciosa, celebra la despedida del año viejo y el advenimiento del nuevo con sus alentadoras promesas y triunfo, a este emigrante lejos de sus familiares y de su patria pocos alientos podía ofrecerle el futuro. Acudió al Hospital “Mercedes” solicitando su ingreso por ser víctima de una grave afección. Se trataba de un grueso aneurisma de la arteria axilar derecha que le provocaba intensos dolores que lo obligaban a mantenerse fuertemente encorvado con el brazo colgante en ligera abducción.

Había tratado un mes antes de ingresar en un hospital en Miami en el cual se limitaron a ponerle una inyección de morfina para aliviar sus dolores y lo enviaron a otro hospital de la Unión, pero decepcionado, él decidió venir a Cuba para buscar auxilio en una Quinta de Salud de un Centro Regional. En ese establecimiento no le daban ingreso y le manifestaban que no se podía operar y le recomiendan morfina otra vez para combatir sus dolores. Desconsolado se dirige entonces al Hospital “Mercedes” donde lo ingresamos.

Nos refiere que en 1912 contrajo la sífilis y fue tratado con una inyección de 606 y 40 de cianuro de mercurio. En 1923 empezó a notar sensaciones parestésicas en la mano derecha al tiempo que le apareció un tumor pequeño, pulsátil, en la axila del mismo lado, el tumor fue creciendo y las parestesias se convirtieron en dolores, que al principio podía suprimir elevando el brazo en fuerte abducción.

Al examinarlo a su ingreso apreciamos en la axila un grueso tumor rodeado de consistencia dura impulsado por latidos con expansión y *thrill*, soplo sistólico y retardo y debilidad del pulso radial en ese lado con respecto al izquierdo. Los síntomas son evidentes y nos conducen al diagnóstico de aneurisma de la arteria axilar, probablemente de naturaleza sífilítica dado los antecedentes del caso. El crecimiento rapidísimo del mismo en los últimos días nos hacen sentar un pronóstico mortal en breve plazo si se abandona a su propia evolución. Comprendemos la seria amenaza que para la conservación de su brazo representa la operación, dadas la localización y tamaño del proceso y así se lo hacemos conocer al enfermo. Aceptada por él la operación, procedimos a su realización inmediata.

#### Historia de mi vida y otros trabajos

Decidí la ligadura previa de la subclavia en su tercio extremo por fuera del escápulo anterior. Este tiempo de la operación —escribimos entonces— es emocionante, lo confesamos: la arteria desviada por el aneurisma que así se extiende hasta ella, se hace difícil de alcanzar, trabajamos en la profundidad, sobre el vértice pleural, de un accidente desagradable. Terminada la ligadura cerramos la herida supraclavicular y pasamos a la axila para abordar el aneurisma. Ahora ya tenemos asegurada la hemostasia que evitará una hemorragia gravísima en caso de que en las maniobras para la disección del saco se produzca accidentalmente un desgarro del mismo. Apreciamos que el proceso está fuertemente unido a los tejidos vecinos y temíamos que pudieran lesionarse los nervios que lo rodeaban, si insistíamos en aislarlo. Esta consideración nos lleva a cambiar la técnica y procedemos a abrir el saco aneurismático para realizar una endoaneurismografía obliterante de Matas. Hemos respetado todas las ramas arteriales colaterales —escribí entonces al describir la operación— y posiblemente esto garantizó la circulación del miembro.

Con el tratamiento de soporte, incluyendo una transfusión que benefició apreciablemente la evolución del operado, éste se recuperó libre de dolores y parestesias. El edema del brazo que se desarrolló en los dos primeros días en el posoperatorio, desapareció y el paciente, que conservó su miembro, fue dado de alta.

Hoy con los adelantos en la cirugía vascular podíamos haber realizado en este caso la extirpación del aneurisma y la sustitución de la arteria enferma por un injerto para restablecer la circulación. De todos modos nuestra labor en aquellos lejanos años fue muy provechosa para este paciente y en vez de seguir la política de abstención a su tratamiento con que tropezó en otras partes, tuvimos el coraje de afrontar los hechos y nos cabe la satisfacción de haber cumplido nuestro deber, ofreciendo a este enfermo el tratamiento que para estos casos aconsejaban los maestros más destacados del extranjero como la más adelantada adquisición.

Vamos a recordar como último ejemplo de los casos que veníamos relatando uno que atendimos en la década del 60. Se trataba de un cubano de mediana edad, flaco, que padecía una afección consuntiva. Refiere como hecho más destacado de su historia clínica el padecimiento de dolores epigástricos en forma de cólicos desde hace meses espaciados en las horas del día y más frecuentes por las noches. Estos dolores se le propagaban hasta el dorso. Algunas veces se acentuaban y se acompañaban de vómitos y en ocasiones de diarreas.

Su apetito era bueno y sus digestiones parecían normales. El gastroquimograma arrojaba hipercloridria.

Se pensó que el enfermo padecía una úlcera gástrica o duodenal, pero el examen radiográfico que se le practicó, negó esta posibilidad. En cambio, señaló la presencia de múltiples sombras con concreciones densas de tamaño variable, aunque predominaban las pequeñas, esparcidas transversalmente a la altura de la I y II vértebras lumbares, que rebasaban sus límites a derecha e izquierda. Esta imagen radiológica correspondía a la de una litiasis pancreática difusa.

Anteriormente a su ingreso en el Hospital “Comandante Manuel Fajardo” donde lo atendimos estuvo bajo tratamiento en distintos dispensarios en los que le recetaron antiespasmódicos, analgésicos y el plan dietético que sólo atenuaban sus dolores pero no lograban suprimirlos. Al explorar al enfermo sólo confirmamos su delgadez y la presencia en la base del epigastrio de un abultamiento horizontal ligeramente doloroso a la presión. Sus exámenes de laboratorio estaban dentro de las cifras y características normales. Frente a la rebeldía al tratamiento y la persistencia y agudización cada vez mayor de dolores — que lo incapacitaban para el trabajo— decidimos poner al paciente el tratamiento quirúrgico de su litiasis pancreática. Aceptado por él, nuestro consejo, procedimos a su realización.

Había que practicar una pancreatectomía total, pues la litiasis de la glándula, la afectaba por entero. Esta operación era excepcional. En Cuba no se había realizado con anterioridad y sabíamos la intensa labor y los riesgos que ella significaba. Pero era la única solución pues aquel enfermo había llegado al límite de su tolerancia física y mental.

La intervención que consistió en una pancreaticoduodenectomía con pilorrectomía, gastroyeyunostomía y colecistoyeyunostomía consumió varias horas. Sin embargo, bien atendida por el competente anestesista doctor *Fernando Polanco* y asistido por eficientes ayudantes encabezados por el doctor *Mariano Sánchez*, todo se realizó sin contrariedades. El enfermo toleró perfectamente la cirugía y el posoperatorio transcurrió sin accidentes, los dolores y espasmos desaparecieron y el operado con la asistencia obligada del internista —debido al sacrificio de su páncreas— fue dado de alta libre de sus padecimientos.

Tiempo después lo vi gozando de salud y apto para la vida.

Probablemente es la primera pancreatectomía total, que se realizó en Cuba con éxito por esa enfermedad.

Después de referirnos individualmente a los casos que hemos señalado, vamos a exponer en conjunto tres intervenciones sobre el pulmón que realizamos por los años 1931, 1938 y 1939 respectivamente.

Con estas tres lobectomías iniciamos entre nosotros la cirugía de exéresis amplia de este órgano: el neumotorax artificial, la simple pleurotomía y el drenaje postural, debían ceder el paso.

Según la naturaleza de la afección a tratar nuestra intervención consistiría en la ablación de una porción del tejido pulmonar o de un lóbulo, empleando para ello el cauterio por el método de Graham en el primer caso o la lobectomía en el segundo, con el empleo del torniquete alrededor del hilio y la ligadura del pedículo con seda gruesa.

Con uno u otro método se lograba suprimir al enfermo el tejido pulmonar alterado por la piosclerosis que de otra manera lo condenaría a una neumonitis crónica incurable que aliviaría sus días. Estamos refiriéndonos a cuarenta años atrás, no lo olvidemos, nuestra contribución entonces fue valiosa no obstante su

Historia de mi vida y otros trabajos modestia. Hoy los adelantos alcanzados con aquellos sencillos comienzos, han logrado brillantes triunfos con la colaboración de la anestesia, de la profilaxis y de la terapéutica intensiva. Las lobectomías, las resecciones segmentarias pulmonares y las neumectomías totales de un pulmón se practican con toda garantía actualmente.

Terminaremos estas narraciones de casos destacados señalando uno «uyo interés no radicaba precisamente en su aspecto científico.

Se refiere a la actuación profesional muy censurable, que ejerció un compañero nuestro.

Estaba atendiendo a una señora en un parto difícil, con feto muerto en posición transversa. Trató de resolver la situación realizando una versión manual y lo hizo con demasiada violencia al extremo que le produjo a la paciente un amplio desgarro de la matriz, pero ahí no pararon sus infortunios. Al tratar de extraer el feto haciendo tracción por sus extremidades inferiores, usó de más fuerza que maña y llegó a separar la cabeza fetal del tronco, al no reparar que ésta se encontraba enclavada en el estrecho superior de la pelvis materna. Esa cabeza libre en la cavidad uterina, se deslizó por el desgarro señalado y vino a situarse debajo del hígado. En este estado estaban las cosas cuando fue requerida mi presencia. Puesto al corriente de todo por el propio compañero que apenado y nervioso pedía mi ayuda, decidí intervenir inmediatamente para salvar a la madre. Después de rápida preparación y mediante amplia laparotomía, extraje la cabeza fetal que se había alojado en el hipogastrio derecho y realicé la histerectomía sin pérdida de tiempo como la medida más efectiva para evitar una nueva hemorragia, que posiblemente hubiera terminado con la vida de la enferma en caso de producirse.

Bien atendida en el posoperatorio, abandonó nuestro hospital restablecida y sin nuevos accidentes.

Los hechos aquí relatados con toda veracidad, nos indican que para evitar males mayores cuando surge alguna dificultad en el curso del ejercicio de nuestra carrera, debe analizarse serenamente la situación y la posible causa que condujo a complicarla y sobre todo buscar el consejo y la ayuda de otros compañeros, especialmente cuando las dificultades presentadas atestigüen que la solución correcta del problema supera nuestra capacidad profesional.

#### ARTICULOS PUBLICADOS EN REVISTAS MEDICAS DESDE 1920

Con excepción de los cuatro primeros artículos dedicados a trabajos de Laboratorio de Química y que por su contenido muy especializado, ajeno a la Cirugía, son de escaso interés para ser incluidos en esta recopilación de casos y hechos relacionados con mi persona, pasamos a analizar brevemente los restantes artículos de nuestra producción.

Tenemos en primer lugar un trabajo sobre el beriberi que apareció en la *Revista Médica Cubana* en septiembre de 1920, número 9, tomo XXXI. Lo escribí en Santiago de Cuba cuando como teniente médico fui trasladado a esa

ciudad. Me llamó la atención el número crecido de soldados afectados por esta enfermedad y me di a la tarea de estudiar los casos.

Entonces se creía que era un padecimiento contagioso, de origen infeccioso. Hoy se sabe que el beriberi es un proceso ligado a la mala nutrición y especialmente al déficit de tiamina por consumo limitado de vitamina B<sub>1</sub>. Eso explica su diseminación amplia por el Oriente donde la alimentación en general es muy pobre, aunque últimamente se puede apreciar según los autores una extensión progresiva de la enfermedad por Occidente.

Su tratamiento basado en la deficiencia nutricional de vitamina B<sub>1</sub> consiste en la administración de tiamina y dieta con alimentación completa, en cantidad suficiente. Desde luego habrá que administrar digital, en caso de que se complique el cuadro con deficiencia cardíaca.

En abril de 1922 en la *Revista Sanidad Militar*, número 7, tomo I publiqué una observación clínica sobre la coexistencia de herpes zoster y varicela que mereció la atención y el comentario favorable del Profesor *Pardo Castelló*, Catedrático de Enfermedades de la Piel de nuestra Escuela de Medicina.

Se había discutido con amplitud si estas dos afecciones eran producidas por el mismo virus o se debían a distintos agentes. Autores en todo el mundo habían señalado la asociación en un mismo enfermo de ambos cuadros y además se había observado que podían aparecer simultáneamente en la población epidemias de herpes zoster y de varicela.

Un hecho que debe destacarse es que cuando surge un brote de una de estas afecciones a continuación de la otra el paciente no sufre los síntomas que caracterizan la invasión como fiebre y malestar general, parece como si la primera hubiera provocado en el enfermo cierto grado de inmunidad. ¿Se tratará del mismo virus, como algunos piensan o estaremos frente a un caso como el de la vacuna contra la viruela, en que se obtiene la inmunidad del virus que produce la mastitis (*coropose*) de la ubre de la vaca? Pudiera tratarse de virus muy semejantes.

En la *Revista Médica Cubana* de enero de 1923, número 1, tomo XXXIV, publiqué un trabajo con el título: “Dos casos interesantes de litiasis uretral”, que había leído en la Sociedad de Estudios Clínicos.

El primer caso se trataba de una española de 26 años que arrastraba una historia de cistitis rebelde. En 1920 fue operada por padecer litiasis vesical y le extrajeron un cálculo que según sus propias palabras tenía la forma y tamaño de una semilla de mamey, pero no encontró la mejoría que esperaba después de su operación. Continuaron sus dolores, la polaquiuria, el tenesmo, la piuria y fiebre. Su estado general reflejaba gran agotamiento. Sólo encontraba algún alivio al mantenerse en cuclillas.

En este estado desesperado ingresó en el Hospital “Mercedes” donde la atendimos.

La sensibilidad extrema de su vejiga hacía imposible practicarle una cistoscopia. El tacto vaginal permitía apreciar a la derecha del fondo de saco posterior la

presencia de un cuerpo duro alargado que al comprimirlo originaba un roce pétreo.

No había dudas de que allí se encontraban cálculos, Pero al introducir el explorador vesical de Guyon en la vejiga y golpear con él ese cuerpo no se producía el sonido metálico característico; esos cálculos indudablemente estaban cubiertos por la mucosa. ¿Se encontrarían en un divertículo? La indicación de extraerlos se imponía y procedimos a realizar la talla vesical sin más demora. La intervención nos permitió apreciar la vejiga de mucosa normal libre de concreciones con el meato uretral izquierdo eyaculando periódicamente orina incolora y transparente. Pero por el derecho, congestionado y edematoso no brotaba orina. El roce de la extremidad de una sonda acanalada introducida por este meato provocaba la sensación de tropezar contra una piedra. Este hallazgo confirmó que allí en la porción inferior del uréter se encontraban alojados cálculos.

Mediante la incisión suficiente del meato y de parte de la pared del uréter que atraviesa el espesor de la vejiga pude extraer 21 cálculos facetados que se encontraban en esa porción dilatada del conducto.

Esta afortunada y sencilla intervención liberó a la pobre mujer de los sufrimientos que la atormentaron por tres años y que agotaban su resistencia.

Este caso nos ofrece dos hechos: primero, su rareza, pues la litiasis uretral múltiple no es frecuente según atestiguan las encuestas al objeto y segundo, que se pone en evidencia una vez más, la necesidad de agotar los exámenes en cada caso para evitar que se repitan hechos tan desafortunados como el presente, pues no caben dudas que esta pobre mujer ya tenía estos cálculos del uréter cuando fue operada por su litiasis vesical como lo demuestra que sus molestias y síntomas persistieron sin alivio después de su intervención y además la cantidad y solidez de los cálculos por mí extraídos del uréter, probaban su antigüedad.

El otro enfermo con litiasis ureteral de que se trata en esta comunicación, se refiere a una paciente de 40 años, cubana que ingresó en el "Mercedes" en 1923 con el antecedente de violentos cólicos nefríticos en el lado izquierdo. En el riñón derecho la radiografía mostró un cálculo coraliforme que ocupaba la peí vis y los cálices del órgano.

A petición del doctor *Soto* que la atendía, nos responsabilizamos con la extracción de los cálculos del uréter como paso previo a la nefrolitotomía que ese compañero iba a realizarle. Logramos nuestra ayuda con una serie de cateterismo del uréter calculoso asociado a la inyección de aceite en ese conducto a través del catéter. El cálculo más inferior descendió en los días siguientes y fue expulsado. El otro, algo mayor, no logró rebasar el meato uretral y se detuvo en él.

Al examen cistoscópico practicado entonces, el meato aparecía edematoso y congestionado, umblicado en la cavidad vesical. Bastó un corte con la tijera endoscópica utilizando el cistoscopio operador de Brown Berger para resolver la situación. Al día siguiente la enferma expulsó el cálculo.

Este segundo caso nos enfrentaba con la coexistencia de litiasis renal de un lado y cálculos en el uréter opuesto. En esta situación siempre debe comenzarse por la liberación del uréter para garantizar el flujo de la orina a través de él, una vez desbloqueado. Esta regla mantiene toda su vigencia tanto si las litiasis renal y ureteral están localizadas en el mismo lado como en opuestos. Debe pensarse el problema que nos crearía si por un accidente surgido en una nefrolitotomía nos viéramos obligados a sacrificar el riñón —hemorragia incontrolable— estando bloqueado el uréter opuesto y si se trataba de cálculos situados del lado donde practicamos la nefrotomía, el bloque causado por los cálculos favorecería indiscutiblemente el establecimiento de una fistula urinaria lumbar.

Este caso, además, nos muestra que la vía endoscópica para la extracción de los cálculos del uréter nos ofrece un procedimiento incruento fácil de ejecutar.

El teína que ahora vamos a comentar con el título “Pielitis de la Infancia” fue presentado por mí en opción al “Premio Extraordinario Dr. Federico Grande Rossi” de la Sociedad de Estudios Clínicos y tuve la satisfacción de obtener con él dicho galardón.

Se publicó en octubre de 1923 en la *Revista Médica Cubana*, número 10, tomo XXXIV. Para su desarrollo revisé y tomé notas de diversos artículos y obras referentes a esa afección, procurando agotar el contenido de cada capítulo y terminé el tema con una extensa bibliografía con los últimos aportes aparecidos en la literatura médica universal.

Comencé mi publicación exponiendo la historia detallada de la pielitis en la infancia, aunque no obstante hiciera una ligera referencia a otros trabajos dedicados a la pielitis en el adulto. Entre nosotros en 1921, el doctor G. *García Montes* leyó en la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana con el título “La pielitis en la Infancia” un estudio clínico de la enfermedad y en el V Congreso Médico Nacional el Profesor francés *Maurice Heitz-Bayer*, que concurrió a él, pronunció una conferencia sobre el síndrome enterorrenal aplicable a ese objetivo.

Como resumen al contenido histórico del tema podemos decir, que la participación de la medicina americana en ese terreno superó con creces a la europea en aquellos años.

Traté después los distintos capítulos de la monografía, como la Etiología, la Patogenia, la Anatomía Patológica, la Sintomatología con sus formas clínicas, el Diagnóstico, el Pronóstico y la Evolución y el Tratamiento.

Como este trabajo no tiene por objeto el análisis de casos clínicos como en los otros hasta ahora comentados, limitaremos esta exposición a señalar que la materia de los distintos sectores de que consta esta monografía ha sido agotada de acuerdo con el desarrollo de la ciencia médica de su época.

Antes de terminar estas líneas debemos recordar, que fueron escritas en 1923 hace más de 50 años y por tanto que algunos tópicos sobre todo referentes al tratamiento resultan obsoletos, pues las sulfas, los antibióticos y otros métodos terapéuticos actualmente en boga, entonces no se conocían, ni se habían popularizado.

Todos los cirujanos llevamos en nuestra mente una tendencia creadora y cuando al practicar alguna operación apreciamos que podía mejorarse su técnica con alguna innovación propia, nos damos a la tarea de ensayarla y ponerla en ejecución en lo sucesivo, si resulta provechosa. Nosotros no podíamos constituir una excepción. Vamos a continuación a dedicarle unas breves líneas a ese objetivo. Me refiero a una modificación que sugerimos al método de nefropexia de Rovsing, que publicamos en marzo de 1925 en la *Revista de Medicina y Cirugía de La Habana*. No vamos a señalar detalles de técnica operatoria que no tienen lugar ahora. En cambio, es oportuno señalar que hoy con los progresos de la medicina en el decurso de los años transcurridos, la importancia que se daba a las ptosis viscerales ha ido perdiendo interés y actualmente sólo se someten al tratamiento quirúrgico contados casos cuando la fijación operatoria es perentoria.

En la *Revista Médico Quirúrgica de la Policlínica Nacional Cubana*, en abril de 1925, publiqué un caso al que atendí y operé por padecer un aneurisma de la arteria axilar.

Como en páginas anteriores me referí con amplitud a ese enfermo, ahora me limito a mencionarlo.

Ese mismo año y mes, en la *Revista Médica Cubana* expuse nuestra experiencia en raquianestesia. A pesar de los años transcurridos, en general no ha variado la técnica, las indicaciones y el producto anestésico que se emplea hoy, que es la novocaína. Las observaciones que entonces hicimos sobre la raquianestesia mantienen todo su valor, únicamente agregamos que con los progresos actuales en la narcosis general, ésta se emplea con tanta garantía y seguridad actualmente, que las indicaciones de la raquídea se han limitado en favor de ésta. En la Sección de Cirugía del VI Congreso Médico Cubano, en diciembre de 1924, di lectura a un detallado estudio sobre el tema.

En marzo de 1926 en la misma revista hice publicar un trabajo sobre la resección del adenoma prostático por vía endoscópica transuretral empleando el *punch* de Young.

Este tipo de intervención para combatir esa afección, ha alcanzado un desarrollo apreciable con el perfeccionamiento de la técnica y del instrumental. Se trata de un procedimiento que exige para su ejecución correcta poseer una técnica depurada, sale por tanto del terreno de la cirugía urológica no especializada. Nos limitamos ahora a recordar sus inicios entre nosotros.

Digamos que aunque en marcos experimentados puede resolver aun casos de gruesos adenomas, su principal indicación es para reseca medianos y pequeños tumores, sobre todo limitados al lóbulo medio.

En la *Revista de Medicina y Cirugía de La Habana*, de mayo de 1927, apareció un trabajo mío sobre un caso de riñón en herradura que intervine, por presentar un cálculo en la pelvis derecha. Hice un detallado estudio que incluía los distintos capítulos de esa anomalía congénita y terminé mi comunicación señalando la técnica quirúrgica que seguí para la extracción del cálculo.

No hubo dificultades operatorias y como evolucionó sin accidentes me limito a mencionarlo.

En el Instituto de Radium en el Hospital "Mercedes" operé en 1942 a una enferma que padecía de bocio tóxico. Ello no tendría particular interés si no se tratara de que la paciente presentaba una anomalía congénita de su tiroides, el cual carecía de lóbulo izquierdo, alteración muy poco frecuente al extremo de no ser citada por muchos autores bien documentados. En esa carencia estriba el interés quirúrgico de publicar el caso, al considerar que si según la teoría embriológica aceptada por la mayoría, el tiroides y las paratiroides tienen un origen común, hay que dar por sentado que esa ausencia del lóbulo del tiroides en un lado, significa también la de la glándula paratiroides y por tanto que debe extremarse el cuidado en la disección para respetar la única paratiroides existente y no privar accidentalmente al sujeto de ella, que lo llevaría a sufrir un síndrome paratimoprivo.

En mayo de 1945 presenté en la Sociedad Nacional de Cirugía un trabajo en relación con tres enfermos que padecían de fistula biliar externa. El primero había sido operado por litiasis del colédoco meses antes y se estableció una fistula biliar externa al quedar bloqueado el paso de las bilis al duodeno al desarrollarse una estenosis cicatricial en el conducto. Afortunadamente, un poco más arriba, en contacto con la pared duodenal, el diámetro del colédoco se mantenía normal y me fue fácil el establecer una comunicación coledocoduodenal que suprimió la fistula.

El segundo caso se refiere a un enfermo que padecía litiasis biliar con cálculo enclavado en la posición terminal del colédoco. Padecía gran íctero, con vesícula muy distendida, acolia fecal, orinas intensamente teñidas por la bilis y fiebre de 40 °C. Su estado general se hallaba muy comprometido por lo que decidimos como medida de urgencia realizar con anestesia local una colectomía.

Esta desviación externa de la bilis se tradujo en inmediata mejoría desapareciendo la fiebre, la turgencia y dolor abdominal, la ictericia disminuyó rápidamente. Ya restablecido y libre de los efectos de la retención biliar, a las dos semanas pudimos con anestesia general extraer el cálculo enclavado en la ampolla de Vater. Realizamos fácilmente la intervención seccionando, previa duodenotomía, dicha ampolla a nivel del esfínter de Oddi.

La evolución posoperatoria transcurrió sin accidentes y la fistula externa hecha por nosotros, al principio para salvar aquella situación de bloqueo biliar, no tardó en desaparecer.

El tercer enfermo constituye un caso poco corriente pues nos obligó a emplear una prótesis de goma en sustitución temporal del colédoco. El paciente sufría una fistula biliar externa que se estableció como consecuencia de una estrechez infranqueable cicatricial del conducto, provocada por operaciones anteriores sobre él.

Esa estenosis comprendía la totalidad del colédoco que se encontraba envuelto por tejido conectivo de cicatrización, que se convirtió en un cordón impermeable y toda la bilis se vertía al exterior por una fistula que se originaba a nivel del conducto hepático derecho.

Afortunadamente, el extremo inferior del colédoco a nivel del borde del duodeno se encontraba libre del proceso estenosante. Así se nos brindó la oportunidad de restablecer la continuidad del flujo biliar conectando el hepático con el extremo distal del colédoco. Para ello nos servimos de una sonda de Nélaton número 16, cuyo extremo superior desprovisto de su pabellón, introdujimos en el hepático fijándolo a él con un punto, para evitar su desplazamiento temporario, de una pequeña herida que realizamos en la parte inferior permeable del colédoco hacia el duodeno, haciéndolo progresar por su luz y terminamos la operación cubriendo totalmente la sonda con el tejido celuloconectivo vecino. Dejamos como garantía un drenaje al exterior.

En vez de emplear una sonda en T como se recomienda en estos casos, preferimos usar en su lugar un simple catéter uretral por considerar que su forma lineal sin la presencia de la rama lateral se prestaba mejor para facilitar la formación del nuevo conducto; además no se expulsaría espontáneamente sino que para retirarlo había que tirar de la rama externa, maniobra que podía dañar al nuevo conducto.

Una radiografía tomada días después indicaba la presencia de la sonda en la posición en que la habíamos fijado.

Esta enferma siguió un posoperatorio sin accidentes y salió alta con su fistula externa cerrada.

Supimos por ella, algún tiempo después, que había expulsado normalmente el catéter plástico y que continuaba bien, únicamente de tiempo en tiempo se quejaba de algunos *pusses* febriles pasajeros, pero que no ha vuelto a presentar ictero ni trastorno alguno en relación con su operación.

Voy a terminar este breve comentario sobre los artículos médicos por mí escritos para cerrar su ciclo con el trabajo titulado "Tratamiento Quirúrgico de las Esplenomegalias Crónicas" que leí como tesis de mi ingreso a Académico de Número de la Academia de Ciencias Físicas y Médicas de La Habana en sesión solemne en el anfiteatro de la misma en 1949.

El objetivo de esta disertación era brindar los medios que permitían conocer las esplenomegalias crónicas que se beneficiaban con la ectomía, las que ningún beneficio recibían con ella y algunas en las cuales está formalmente contraindicada. No pretendemos ofrecer conceptos nuevos que no fueran ya conocidos por la selecta concurrencia, sino exponer sencillamente nuestra experiencia en 26 casos atendidos por nosotros y la enseñanza que nos brindaron. Sobre el conocimiento de las funciones del bazo se ha progresado mucho, despojándolo de su condición de órgano misterioso como lo consideraba *Galeno*, ni que tuviera que ver con la risa como creía *Plinio*, que consideraba que los reidores impenitentes eran grandes pecadores porque tenían voluminosos bazos, sin que fuera un



Figura 5. Junto a la cama del enfermo, el Profesor Torroella Mata, enseñando Clínica Quirúrgica en la Sala "San Joaquín" del antiguo Hospital "Nuestra Señora de las Mercedes".

Historia de mi vida y otros trabajos órgano inútil, que podía extirparse impunemente en el hombre sano. Ya en nuestros días *William T. Mayo* acabó con aquellas peregrinas afirmaciones basadas en fábulas. Al mismo tiempo que reconocía que aún mucho se ignoraba, llegó a afirmar que es un órgano más importante en Patología que en Fisiología, ya hoy no se niega su función endocrina, se acepta su condición de órgano linfoide rico en tejido reticuloendotelial, su influencia sobre Fisiología y Patología de la sangre y de la médula ósea y que puede ser afectado por procesos que interesan a estos sistemas para constituir esplenopatías secundarias, además de sus enfermedades propias, entre éstas principalmente se encuentran las tributarias a la esplenectomía, porque el bazo con hiperesplenismo perturba las funciones propias de la médula ósea de la sangre y del hígado.

No voy a referirme en particular a las distintas afecciones de que hablé en aquella ocasión, ni a la técnica operatoria de la esplenectomía por constituir materias que rebasan el contenido de éstos resúmenes. Terminaré, pues, exponiendo mis conclusiones, que establecían que no debe indicarse la esplenectomía sin establecerse el diagnóstico preciso, que permita catalogar si el caso en estudio está comprendido entre aquéllos en los cuales la operación es beneficiosa y buscar la autorización de la ectomía en el medulograma.

Paso ahora a transcribir párrafos que recogen las actividades más señaladas de mi vida universitaria. Se refieren a las correspondientes con el origen del texto de Cirugía que edité durante mis actividades de profesor, cómo surgió y se desarrolló a través de los años.

Acostumbraba pasar visita a los enfermos de la Sala “San Joaquín” en el Hospital “Mercedes” donde daba mis clases acompañado por los alumnos de la asignatura. Me detenía en cada cama para exponerle a los estudiantes los aspectos más destacados e importantes que ofrecían en relación con su enfermedad, tratando de hacer lo más objetivas mis explicaciones. El interés de mis comentarios promovieron a dos de los discípulos, *Armando Fernández* y *Jesús Comides* a tomar nota de cuanto yo decía en las conferencias con objeto de publicarlas en un tomo y me pidieron que contribuyera a su labor encargándome de revisarlas y así lo hice gustosamente y halagado. Tal fue en 1926 el inicio del texto de *Lecciones de Clínica Quirúrgica* uno de cuyos ejemplares conservo como preciado recuerdo de aquella época.

En los primeros cursos otros alumnos, los hermanos *Mariano* y *Angel Sánchez Vicente*, *Ramírez Capote*, *Ignacio Suárez* y mi hijo *Eugenio* se dieron a la tarea de ampliar con nuevos capítulos el texto, según aparecían afecciones de las que aún no había tratado.

Durante años fui enriqueciendo su contenido y actualizándolo de acuerdo con los progresos que ofrecían la Cirugía y sus ciencias auxiliares. Así llegué a imprimir hasta la 3ra edición en 1957, en la cual mi hijo *Eugenio Torroella Martínez-Fortún*, ya Profesor, contribuyó con su valioso aporte.

Esta última edición con más de 1 200 páginas, en las que se estudian 66 afecciones, profundamente documentada contenía cientos de ilustraciones constituidas por fotografías, radiografías, dibujos variados, algunos en colores.

Estuvo de texto en algunas repúblicas latinoamericanas según pudimos conocer por testimonio de distintos médicos de esos países, con los cuales nos encontramos en diversas visitas que realizamos a hospitales en los Estados Unidos de América. Nos sorprendió esta noticia, que ignorábamos. Atribuimos el hecho a las gestiones que podía haber ejercido la casa editora "Cultural de La Habana" que había adquirido el derecho a su impresión.

En 1956 la empresa editora "Cultural" dejó la publicación de nuestro libro y en 1958 entramos en trato con una empresa mexicana para continuar su edición en ese país. Dificultades políticas indudablemente, interrumpieron el curso de la impresión.

Al principio del triunfo de la Revolución surgieron nuevas orientaciones en la organización de los distintos departamentos del Estado a fin de lograr una mejor utilización de sus recursos y desde luego, la Universidad recibió especial atención.

Se han creado nuevos capítulos y logrado adquisiciones que expresan los adelantos que ha experimentado la Medicina en casi todas sus ramas.

Esta realidad nos lleva a mantener una constante evaluación del texto para evitar que resulte obsoleto. Esto nos obliga a actualizarlo periódicamente como hemos realizado con el tomo I, que recientemente entregamos al Instituto del Libro para su reimpresión, después de revisarlo en su totalidad.

Antes de terminar estos comentarios, sobre los libros dedicados a la enseñanza de la Cirugía, queremos exponer algunos datos referentes al nuestro, que con el título *de Lecciones de Clínica Quirúrgica*, nos sirvió con provecho durante años como vehículo para la docencia de nuestra asignatura. Su confección y mantenimiento fue objeto constante de atención por nuestra parte y únicamente condiciones ajenas a nuestros deseos nos impidieron continuar ininterrumpidamente sus impresiones sucesivas. La cuarta edición estaba terminada y representaba el esfuerzo de meses dedicados al estudio y actualización de su amplio contenido. No perdemos la esperanza de que llegue a realizarse su provechosa publicación.

En 1960 junto con otros profesores, entre ellos los doctores *Ramírez Corría* y *Ramírez Olivella* fui jubilado de mis funciones de Catedrático, Titular de Clínica Quirúrgica y pasé al retiro cuando estaba realizando la más escogida cirugía. A los pocos meses fui reincorporado a la Universidad con el cargo de Profesor Consultante, pero sin funciones asistenciales ni docentes obligadas.

Desde entonces dejé de atender enfermos y de practicar operaciones. Sin desearlo me mantuve alejado del ejercicio de mi profesión y del magisterio. Debo dejar aclarado que con esta acción injusta que se nos infirió sin motivo que la justificase y que resultó contraria al interés del país, no intervino la Revolución ni se realizó con conocimiento y aceptación de sus dirigentes, fue obra de personas

irresponsables dominadas por radicalismos extremos que nos hicieron mucho daño. Afortunadamente el ambiente político se depuró, muchos de los responsables de aquellos actos emigraron víctimas de su error y algunos-fueron a la cárcel sancionados por su labor contrarrevolucionaria.

Terminada con este desdichado accidente la etapa de mi actividad docente universitaria, que considero la más interesante y provechosa de mi vida, tanto para mí como para mi Patria, voy a dedicar el resto de estas memorias a mis ocupaciones extrauniversitarias.

Escribí diversos artículos en revistas médicas en relación con las actividades que desarrollé en cada momento, la mayor parte de los cuales aparecen resumidos en páginas anteriores.

En 1921 actué como Vicesecretario del Comité Ejecutivo del VI Congreso Médico Nacional y en febrero del año siguiente como Secretario de la 7ma Sección del Congreso Médico Latino-Americano.

Obtuve la plaza de Cirujano Residente del Hospital "Mercedes" por concurso en 1922 y fui premiado en 1923 con el Premio Extraordinario "Federico Grande Rossi" de la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana con la monografía titulada "Pielitis".

En 1924 ingresé en la Sociedad de Estudios Clínicos y desempeñé el cargo de Vicetesorero de la misma hasta 1926. En esta década entré en la Sociedad Internacional de Cirugía y ocupé la Vicepresidencia de la Sociedad de Urología y pasé a formar parte como socio fundador de la Sociedad Nacional de Cirugía.

En 1945 tuve el honor de leer en esta Sociedad una semblanza sobre el Profesor *José Varela Zequeira* en el homenaje que esta prestigiosa Sociedad dedicó a su memoria.

No voy a ofrecer ahora a mis lectores una crónica de aquel homenaje por estar fuera de lugar, bástame expresar mis impresiones sobre la personalidad del Profesor *José Varela Zequeira*, a quien todos considerábamos como un excepcional representante de nuestra intelectualidad.

Su actividad cerebral abarcó amplio campo como mostró la diversidad y profundidad de sus producciones científicas, filosóficas, sociales y literarias. Sólo citaré algunas de sus obras como *La Gula*, *Los Estados Intersexuales en la Especie Humana*, *El Tema de la Felicidad*, *El Problema Social*, *Psicología de la Conducta*, *La Rebelión de los Instintos*, *En Tomo al Cerebro* y otras en las que se mostró como filósofo, psicólogo, literato, poeta.

Se preocupó por los problemas del estudiantado y calorizó y compartió la gesta magnífica de rebeldía estudiantil contra Machado.

Laboró por una Universidad mejor. Pronunció una conferencia en el Lyceum de La Habana, en 1933, que constituyó por su fondo un valioso aporte hacia la superación de ese alto centro docente.

Tampoco fue ajeno a los problemas de la clase médica y actuó como Presidente del Colegio Médico de Cuba y miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Médica.

En su honor podemos repetir que no odió ni envidió a nadie, no solicitó honores, ni ambicionó riquezas, no ostentó otra condecoración que la plena conciencia del deber cumplido.

Tenemos el alto honor de encontrarnos entre sus exdiscípulos de Anatomía.

El año 1948 tuvo una significación especial para mi vida profesional, pues ingresé como Miembro de Número en la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, nuestra prestigiosa institución científica. Leí como trabajo de ingreso el tema, "Tratamiento quirúrgico de las Esplenomegalias Crónicas". En él expuse mi experiencia personal en 26 casos, haciendo un estudio exhaustivo de la confección y sentando las conclusiones que se derivaron de su estudio y práctica, las cuales a pesar de los años transcurridos, mantienen su valor.

Participé en 1949 en la conmemoración del octogésimo octavo aniversario de la fundación de la Academia, correspondiéndome el honor de pronunciar el discurso ceremonial alusivo a esa fecha. Comencé con el siguiente párrafo que precisa el nacimiento de la Academia.

Se cumplen hoy ochenta y ocho años desde aquel día en que por Real Orden de noviembre 6 de 1860 de su Majestad *Isabel II*, el Gobernador de la siempre fiel Isla de Cuba, don *Francisco Serrano*, inauguró esta Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, plasmándose así en realidad el anhelo de la intelectualidad cubana, que ya desde 1826 con *Nicolás Gutiérrez y Romay* empezó a laborar con esa finalidad.

A continuación hice referencia a varios sabios cubanos y extranjeros que la honraron con su presencia y contribución. Mencioné al académico *Fernández de Castro* que en 1864 presentó la evidencia de la unión de nuestra Isla con el continente basado en el hallazgo de fósiles de grandes mamíferos en Cuba, como el perezoso antediluviano, el hipopótamo y el caballo, los cuales por su gran tamaño no podían haber llegado a nuestras costas sino a través de tierra firme.

También precisó la antigüedad de nuestro suelo que se remonta hasta la "edad secundaria", por la presencia en él de ammonites.

En estos trabajos recibí más tarde el apoyo y la colaboración del sabio *Carlos de la Torre*.

Me referí luego a la gloria de *Carlos J. Finlay*, que con su descubrimiento salvó a la humanidad del azote de la fiebre amarilla, que sacrificaba millones de vidas.

Llegamos al año 1950. El 3 de diciembre en sesión especial tengo el honor de pronunciar el discurso reglamentario en memoria de *Finlay* desde la tribuna de la Academia de Ciencias. En este día se celebra su natalicio y se dedica a la Medicina Americana, en su honor, y por acuerdo del IV Congreso de la Asociación Médica Pan Americana celebrada en Dallas, en marzo de 1933.

En aquel acto presenté una breve biografía de nuestro compatriota: sus estudios en Europa y en Estados Unidos, sus viajes por América Latina y la Isla Trinidad y su incansable lucha en defensa de su tesis que señalaba al mosquito *Culex*

Historia de mi vida y otros trabajos como el responsable de la transmisión de la fiebre amarilla. No vamos a repetir ahora su contenido.

Cuando fijó su residencia en La Habana en 1870, las condiciones sanitarias y la higiene pública yacían en un estado total de abandono: no había alcantarillado, las calles mal pavimentadas ofrecían numerosas depresiones donde se acumulaban aguas de albañal, propias a la pululación de toda clase de insectos y sabandijas.

En tales condiciones se desarrollaban con facilidad las epidemias pronto a convertirse en epidemias. La fiebre amarilla encontrábalas condiciones más propicias para su persistencia y propagación. Este ambiente estimuló el interés de *Finlay* en su lucha contra esa enfermedad que implacablemente mermaba la población.

No existían entonces laboratorios acreditados que pudieran brindarle la ayuda necesaria en sus investigaciones, pero afortunadamente había adquirido conocimientos básicos en las ciencias naturales y en las técnicas de análisis que le permitieron el estudio del mosquito, sus hábitos y pudo comprobar que los brotes de la enfermedad se desarrollaban de acuerdo con las condiciones que favorecían la vida del insecto y llegó a establecer los tres postulados que regían el origen y la evolución de la fiebre amarilla: 1 °. La existencia de un enfermo activo; 2 °. La presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad y 3 °. La presencia de un agente capaz de transmitirla del enfermo al sano.

## VIAJES AL EXTRANJERO

Mis actividades extrauniversitarias incluyeron, además, viajes al exterior que realicé con la doble finalidad de aumentar mis conocimientos médicos al visitar a centros de reconocida fama en el campo de nuestra profesión y también satisfacer un interés turístico. Por la naturaleza de estos apuntes me limitaré a señalar con breves comentarios los países y las ciudades que visité.

Comenzaré por México, al cual visité acompañado por mi esposa *Esperanza Valcárcel*.

Estuve dos veces en la década del 40 y pude apreciar en su capital y diversas regiones de su territorio, las características que señalan sus etapas históricas, principalmente representadas por sus construcciones que precedieron a *Cortés*, como templos de manipostería labrada; las pirámides consagradas al Sol y a la Luna, edificios dedicados a sacrificios humanos de carácter religioso y palacios levantados por los mayas y aztecas —que representaban las razas indígenas más adelantadas. Estas reliquias arquitectónicas se cuidan y conservan con celo ejemplar.

Pude apreciar las extensas y floridas avenidas, los hermosos parques y los bellos monumentos que recuerdan hechos y figuras que mucho significaron en la historia del país hermano.

Penetré en la Catedral, construida por los españoles en el mismo lugar que ocupaba una pirámide levantada por los aztecas, en honor a sus creencias. Esta