

EDITORIAL

El significado de la enseñanza de la historia de la medicina en las residencias de cirugía

Vicente Guarner*

De la importancia de enseñar Historia durante los estudios y las residencias de cirugía se ha hablado y se habla con frecuencia —podría incluso decirse que vive hoy un gran auge— por más que, en la práctica, si acaso se lleva a efecto, se suele hacer en forma poco apropiada por falta de comprensión en el significado del tema, en su aplicación a la enseñanza y por consiguiente en su rendimiento. Gran parte de los profesores de posgrado —existen, como en todo honrosas excepciones— subestiman los aspectos históricos por falta de conocimiento y de interés. Ni el problema es nuevo ni es privativo de nuestro medio. Lamentablemente lo he vivido en universidades norteamericanas y de suramérica y hasta en una oriental muy prestigiada en el quehacer quirúrgico. Bien que, a decir verdad, con poca frecuencia se llega a observar esta falta de interés en países europeos.¹

Ya en el año de 1905 cuando Karl Sudhoff fuera nombrado profesor de la cátedra de Historia de la Medicina en la Universidad de Leipzig y se adueñara del piso principal del edificio —que antes estaba destinado a estudios de matemáticas y mineralogía, con un total de 160 m²—, para convertirlo en el primer Instituto de Historia de la Medicina destinado a la enseñanza y la investigación,² se tropezó con el desinterés de muchos de sus colegas. En 1925,³ a su discípulo Henry Sigerist le tocó vivir una experiencia semejante. Y es que todavía en 1905 con Sudhoff, y más adelante con Sigerist, la afinidad por la historia de la medicina resultaba muy escasa, pese al destacado plantel de profesores con los que, en aquel momento contaba la Universidad de Leipzig como Erwin Payr en cirugía y el famoso anatomista Werner Spaltehoiz; y de que antes, a fines del siglo XIX, fuera profesor de cirugía Friederich Trendelenburg, fundador de la sociedad alemana de cirugía y un hombre que además de numerosas aportaciones a la práctica quirúrgica —como la posición de la mesa de operaciones para la cirugía pélvica— introdujera innovaciones en las intervenciones destinadas al tratamiento de la luxación congénita de la cadera y promoviera el estudio de la insuficiencia venosa en los miembros inferiores. Friederich Trendelenburg mostró siempre una innegable inclinación por la historia de su especialidad,⁴ la cirugía general.

Con toda intención, al tomar posesión de la cátedra, el 13 de enero de 1926 Sigerist tituló su conferencia inaugural "Aspectos históricos de la medicina", una disertación con un contenido semejante a la dictada después en Zurich con el título: "*Task and Aims of the History of Medicine* (Tarea y metas de la historia de la medicina).⁵ En esta última conferencia, Sigerist insistió en que la historia de la medicina puede ser un útil mediador entre el antiguo humanismo y la ciencia moderna; una idea que parece casi olvidada en nuestros días. En la expuesta en Leipzig, Sigerist colocó la historia de la medicina dentro de un marco con un mayor contexto cultural, y se pronunció por un programa de investigación.

Hoy, con más de tres cuartos de siglos de diferencia, resulta todavía mayor el desinterés hacia la Historia por parte de los profesores de pregrado y aún más en los programas de residencia, no sólo en la cirugía sino prácticamente de casi todas las especialidades. Primero, en general, el titular sólo suele mostrar una curiosidad superficial por el tema. En segundo término, se tiene la idea equivocada de que hablar de historia de la medicina consiste, simplemente, en estampar en la pantalla o en la pizarra una serie de fechas tomadas directamente de un texto y señalar en qué año se llevó a efecto, por primera vez, tal o cual operación, o la fecha en que se describió determinada enfermedad, con absoluto desconocimiento no digamos ya del contenido del texto original, sino del significado. Ello no sólo deja de ser productivo para la enseñanza sino que viene a representar una seudohistoria y la seudohistoria "*sensu stricto*" resulta destructiva.

Un ejemplo patente lo constituyen, en la actualidad, los malentendidos no sólo en nuestro medio sino, *urbi et orbi*, acerca de las operaciones destinadas al tratamiento del reflujo gastroesofágico, por falta de conocimiento y de la elemental lectura de las técnicas, como fueron descritas por sus autores, en los textos originales.⁶

El residente de cirugía, por ejemplo, y el de medicina interna o el de patología deben aprender a situar la historia en su justa ubicación dentro del contexto de la enfermedad y de su terapéutica. Ello representa la tarea del profesor desde el primer año de

*Académico titular.

Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Vicente Guarner, Camino Santa Teresa 1055, Consultorio 235. C.P.10700

residencia. Y es menester concientizar al alumno sobre el significado historia que quiere decir, en su etimología griega, indagación, es decir investigación documental y borrar la idea simplista de que bastan unas cuantas fechas tomadas de un libro de cualquiera de especialidad —que, además, no pocas veces o están equivocadas o son anecdóticas—, para apoyar un trabajo o una tesis.

La historia de la medicina es y ha sido siempre, en su definición, la lucha del hombre, a través del tiempo, por superar la enfermedad, aliviar el sufrimiento, preservar la salud y alargar la esperanza de vida. La historia de la medicina está integrada, como todos sabemos, dentro de un amplio contexto cultural en el que va incluida la filosofía y, dentro de ésta, la bioética. Por ello en nuestros planes de estudios los cursos llevan el nombre de Historia y Filosofía de la Medicina. Así también reza el título de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, fundada en 1957 por destacados y además idealistas (no encuentro un calificativo más idóneo) maestros de la medicina de aquel entonces.

La filosofía y la medicina han caminado de la mano durante siglos: los primeros médicos eran filósofos y los filósofos médicos, hasta el siglo V antes de Cristo; después han mantenido una relación indisoluble, intercambiando teorías y conocimientos. Prueba de ello es la aparición continua de nuevos textos de filosofía de la medicina. Y es que resultan infinitas las cuestiones que plantea el continuo desarrollo de la medicina. Sin ir muy lejos, haber quebrantado el ancestral diálogo médico-paciente; haber alargado la expectativa de vida con el peso social que entraña el crecimiento de una población lábil e improductiva. Hoy hemos reducido considerablemente la mortalidad, por más que, como un hecho aceptado tácitamente, incrementamos la morbilidad, al sustituir involuntariamente un padecimiento por otro. En muchas ocasiones los efectos iatrogénicos de una nueva operación o de un medicamento resultan impredecibles porque su daño no aparece hasta mucho tiempo después, como ocurrió con la talidomida. En su largo recorrido, la cirugía, igual que la medicina están vinculadas a un sinnúmero de disciplinas: economía, derecho, arte, sociología etcétera y la cirugía más, aún más que la propia medicina ha enriquecido su sapiencia con las contiendas bélicas. Para citar un ejemplo basta recordar la evolución histórica del conocimiento de la respuesta metabólica al traumatismo.⁷

Uno de los primeros libros editados por Sigerist en 1923, todavía durante su estancia en Zurich, fue: *La Cirugía de Hieronymus Brunschwig* que vio la luz en 1497. Sigerist acompañó su edición de un estudio acerca del autor de la obra.⁸ La razón que impulsó con toda probabilidad al historiador residió en que Brunschwig fue el primer escritor de un libro de cirugía en alemán.

Sigerist pone una vez más de manifiesto, su cualidad de investigador imparcial, al concluir en su estudio que el autor del texto es sólo un compilador con escasas contribuciones originales. Y la verdad sea dicha, ello viene a ser la esencia de la obra y la mayor aportación de Brunswig se refiere al tratamiento de las heridas por armas de fuego que cobró fundamento en la idea del envenenamiento por pólvora de Giovanni di Vigo, cirujano del Papa Julio II.

Por lo contrario, en el estudio del "Tratado de las heridas por arma de fuego" de Ambrosio Pare (1545), Sigerist⁹ no se mide en justos elogios a este cirujano renacentista e innovador, y se

apoya en estos calificativos como con anterioridad lo hiciera Malgaigne,¹⁰ en 1840, en voluminoso texto escrito en tres volúmenes. Y he aquí, precisamente, un ejemplo de la aplicación de la Historia a la enseñanza de la cirugía. Lo acaecido en la batalla de Turín en 1538, cuando Paré trata un grupo de heridos por pólvora bajo los preceptos de Giovanni di Vigo, al terminársele el aceite hirviendo y utilizar en otro grupo de heridos una mezcla de yema de huevo, aceite de rosas y terpentina lleva a efecto, sin pretenderlo el primer estudio prospectivo en cirugía.

El papel de la historia en la enseñanza de la medicina y en la formación del médico ha sido abordado por un buen número de historiadores George Rosen,¹¹ Richard Shryock, Lago Gaidston,¹² y Owsei Temkin.¹³

En cirugía el tema se ha estudiado desde hace tiempo por algunos cirujanos, por más que de manera más bien informal en gran parte de ocasiones. Con profundidad lo hicieron en Francia, Malgaigne¹⁴ en el siglo XIX y Henri Mondor en el XX;¹⁵ en Estados Unidos Haldsted, el magnífico internista William Osler y el neurocirujano¹⁶ Harvey Cushing,^{17,18} y en nuestro tiempo, Owen Wagensteen,^{19,20} En Inglaterra Hamilton Bailey²¹ y Zacakry Cope²² entre algunos otros ejemplos. Todos ellos, en su momento, curiosamente, notables profesores de cirugía y autores de obras de investigación histórica.

Haldsted en su discurso anual, en 1904, en la universidad de Yale, titulado: "El adiestramiento del cirujano" (*The training of the surgeon*)¹⁶ lleva a efecto un relato de la historia de la cirugía de su tiempo, la segunda mitad del siglo XIX, enriquecido con experiencias personales; y al hacer referencia a su trato con muchos profesores europeos de la época le confiere un gran valor.

Existen un sinnúmero de ejemplos donde el aprendizaje de la medicina y de la cirugía obtiene provecho de la proyección de su análisis histórico, aún hoy, una época dominada por los adelantos tecnológicos. Voy a limitarme a citar cuatro ejemplos.

Para comprender la evolución en el conocimiento adquirido acerca de cualquier condición patológica. Un modelo que uso mucho con el alumno es el siguiente. Si se está ante un enfermo con apendicitis aguda, la única historia que el internista o el cirujano deben conocer es la historia clínica. Si desea uno comprender bien lo que es la apendicitis aguda y explicar su fisiopatología, resulta de gran valor saber la historia de la enfermedad. Durante siglos, a través de algunas intervenciones quirúrgicas y sobre todo de necropsias, se tenía el concepto de que la apendicitis era una tiflitis o una peritífilitis, y en algunos casos una paratífilitis con abscesos e inflamación en otras zonas del peritoneo. El diagnóstico era tardío. Lo observado representaba el episodio final de la enfermedad. La idea prevaleció durante siglos. En 1886, el patólogo de la Universidad de Harvard Reginald Fitz, ante la Asociación de Médicos Americanos (*Association of American Physicians*), apoyado en el estudio de 257 casos y 209 diagnosticados clínicamente de tiflitis o peritífilitis, enseñó que la apendicitis, como sabemos hoy, acontece más en hombres y mujeres jóvenes, sobre todo en los primeros, y apuntó que la idea antigua se apoyaba en un diagnóstico tardío y que la enfermedad se origina prácticamente en todos los casos, en la obstrucción inicial del apéndice vermicular.²³

El conocimiento histórico encuentra aplicación para entender, asimismo la fisiopatología de un padecimiento, a través de los errores pretéritos cometidos, por ignorancia, en el

tratamiento del mismo y seleccionar y justificar la intervención actual. Un excelente ejemplo lo representa la evolución histórica de la cirugía de la úlcera duodenal. Después de los primeros éxitos de Biliroth, con la gastrectomía, para el tratamiento del cáncer gástrico,²⁴ su ayudante Antón Wölfler practicó, a sugerencia de su colega, y también ayudante de Biliroth, Carl Nicoladoni, la primera gastroenterostomía destinada a buscar una paliación en un enfermo con un tumor antral irreseccable, en 1881.²⁵ Cuatro años después von Hacker introdujo dicha operación en el tratamiento de la úlcera péptica duodenal con estenosis pilórica.²⁶ La operación parecía muy lógica y se aplicó a todo paciente con úlcera péptica.²⁷⁻²⁹ Poco tiempo después comenzaron a aparecer un sinnúmero de informes acerca de la aparición de vómito biliar primero y después de úlcera de boca anastomótica. Los primeros eran consecuencia de que el asa aferente era larga y se colocaba en una posición errónea. Dos equivocaciones que el residente debe aprender. La aparición de úlceras en la anastomosis resultaban de que ésta se hacía con un estómago hipersecretor y el yeyuno es más vulnerable a la aceración péptica que el mismo duodeno.³⁰ Braun en 1892 y también Mayo en 1904 para evitar el vómito biliar introdujeron una entero entero latero-lateral entre las dos asas de la anastomosis, lo que convirtió a la operación en lo que más adelante resultaría un método experimental para provocar úlcera en perros (operación de Mann Williamson). En el seguimiento de los pacientes operados mediante dicha técnica la frecuencia de úlceras se incremento aún más.³¹ En vista de ello Hans Finsterer introdujo la resección de las tres cuartas partes del estómago con anastomosis gastro-yeyunal.³² con lo que se reducía el número de células (parietales) secretoras de ácido y la frecuencia de úlceras recurrentes resultaba menor a 4%, por más que se presentaban efectos colaterales indeseables: síndrome de vaciamiento rápido, pérdida de peso, anemia, osteomalacia.

Por último un fisiólogo convertido más adelante en cirujano Lester Dragstedt demostraría, en 1946, después de numerosas investigaciones en cirugía experimental (a las que no hago aquí referencia en función de espacio) puso de manifiesto que la sección de los nervios vagos con una piloroplastia resultaba el procedimiento con menor morbilidad y más efectivo.³³ Años más tarde en 1951, Drastedt informó de la hiperfunción del antro gástrico, como una glándula endocrina. Al aislar el estómago del resto del tracto digestivo y seccionar los nervios vagos resultaba escasísima la secreción de ácido. Cuando el antro era trasplantado al colon como un divertículo y se le distendía, el estómago remanente producía gran cantidad de ácido.³⁴

En cirugía, como en Medicina, existen conocimientos que guardamos perennemente desde la época galénica como el control de la fiebre mediante medios físicos o el de la deshidratación;³⁵ o los signos de la inflamación de Cornelio Ceiso del siglo I.³⁶ Otros son efímeros y sujetos a los cambios del tiempo, como la cirugía radical del cáncer mamario incipiente o el pretérito tratamiento del paciente politraumatizado.

Con la historia, el residente aprende que la cirugía, que es la primera tecnología en medicina, está en constante evolución y lo ha estado siempre. Lo estuvo con la introducción de la anestesia y de la asepsia. Lo vivió en la cirugía de cavidades, el abdomen primero; después el cráneo y finalmente el tórax.³⁷

Sorprendió a los médicos de los años cincuenta, cuando

todavía los de mi generación éramos estudiantes, la introducción de la anestesia peridural y los instrumentos flexibles de fibra de vidrio para las endoscopias y en los 70 el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos.

Todo ello entra dentro del capítulo de la inconmensurable ayuda que la historia de la medicina presta a la enseñanza de la medicina. En un mundo día a día más desbordante en tecnología, el acompañarlo con el entendimiento de la historia de nuestra profesión y el agujonear un poco el espíritu del estudiante y animarlo a incursionar por la investigación documental, harán del médico de mañana un profesional menos tecnócrata, más humanista, más tolerante con los errores humanos y, así mismo, le llevarán a comprender que existe mucho de temporal en el saber de hoy.

Referencias

1. Guarner V, Pacheco C, Guzmán West H. La importancia del conocimiento de la Historia de la Cirugía en la formación del cirujano. Simposio Gaceta. Médica de México 1978; 114: 207.
2. Making Medical History. The Life and Times of Henry E. Sigerist. Ed. Elizabeth Fee and Theodore M. Brown. Johns Hopkins University Press. 1997.
3. Nora Sigerist Beeson, ed. Henry Sigerist: Autobiographical Writings (Montreal: McGill University Press, 1966) Diary.
4. Llan Entralgo P. Historia de la Medicina. Salvat Ed. 1978.
5. Fee. E. Brown T. Making Medical History. The life and times of Henry Sigerist. Johns Hopkins University Press. Baltimore London 1997.
6. Guarner V, Barragán R. An approach to the historical evolution of surgical operations for the treatment of gastroesophageal reflux. Diseases of the Esophagus. 1998;11:79-88.
7. Guarner V. Las contiendas bélicas y su aportación al conocimiento de la respuesta metabólica al trauma. Grupo Angeles Acta Médica 2003;1:53-58.
8. Sigerist H. The book of *Cirugia* by Hieronymus Brunschwig. Strasburg, Joham Güninger, 1497. UIT A study on Hieronymus Brunschwig and his work. Milan R. Lier & Co (1923).
9. Sigerist H. Ambroise Paré. Die Behandlung der Schusswunden (1545). Leipzig Verlag Ambrosius Brarth 1923.
10. Malgaigne Joseph Francois. Oeuvres complètes d'Ambroise Paré vues et collectionnées sur toute les éditions. précédées d'une introduction sur 1 «origine et les progrès de la chirurgie en occident et sur la vie et les ouvrages d'Ambroise Paré. Paris. J.B. Baillere 1840-41. 3 vol.
11. Rosen G. "The place of history in medical education" and "Partial Abstract and discussion" Bulletin of the History of Medicine 1948;22:594-629.
12. Shryock R, Galdstone I, Temkin O. "Committee on the Teaching of Medical History" Bulletin of the History of Medicine 1951;25:577-577.
13. Temkin O. An essay of the usefulness of Medical History for Medicine. Bull of the History of Med 1946;19:9-47.
14. Malgaigne JF. Études statistiques sur les résultats des grandes opérations dans les hôpitaux de Paris. Paris: Arch Gén de Med 1842;(3)13:398.
15. Mondor H. Anatomistes et chirurgiens. Editions Frangance. Paris 1949.
16. Haidstedt WS. The training of a surgeon. Bull Johns Hopkins Hosp 1904;15:267.
17. Cushing H. The Medical Career. Boston Little Brown and Company. 1940.
18. Cushing H. From a Surgeon Journal. 1915-1918. Boston. Little Brown and Company. 1937.
19. Wangenstein O. Has medical history importance for surgeons? Surg Gynec & Obs 1975;140:434-442.
20. Wangenstein O. In and out of academic arena. Surg Gynec & Obst 1979;149:408-416.
21. Bailey Hamilton. Notables Names in Medicine and Surgery. London H.K. Lewis & Co. Ltd 1959.
22. Cope Zachary. A History of the acute abdomen. London University Press. 1965.
23. Fitz R. Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sc 1886;2:321.
24. Billroth T. General surgical pathology and therapeutics, in fifty lectures, translated by C.E. Hackey, New York, D Appleton & Co., 1890. Wölfler A. Gastroenterostomie, Zentralbl. Chir 1881;8:705.
25. Wölfler A. Gastro-Enterostomie Zentralbl. Chir 1881;8:705-708.
26. Von Hacker V. Zur casuistik und statistic der Magenresektionen und gastroenterostomiceen. Arch Klin Chir 1885;32:616.
27. Doyen E. Traitement chirurgical des affections de l'estomac et de l'estomac et du duodenum. Paris, Rueiff & Cie 1895.
28. Mikulicz RJ. Zur operativen Behandlung des stenosirenden Magengeschwürs. Arch Klin Chir 1888;37:79.
29. Mayo WJ. The technique of gastrojejunostomy. Ann Surg 1906;43:537.
30. Braun H. Ubre die Entero-anastomose als Ersatz der circulanr Darmnaht

- (Verh) Deutsche Gesellsch. Chir 1892;21:504.
31. **Mayo WJ.** Chronic ulcers of the stomach and duodenum. Ann Surg 1914;60:220.
32. **Finsterer H.** Ubre die bedeutung der magereresektion beim ulcus duodeni. Zentraibi Chir 1918;45:954.
33. **Dragstedt LR.** Section of the vagus nerves to the stomach in the treatment of peptic ulcer. Surg Gynec & Obst. 1946; 83:547-549.
34. **Dragstedt LR, Oberhelman HH, Smith CA.** Experimental perfunction of the gastric antrum with ulcer formation. Ann Surg 1951;134:332-345.
35. **Galen.** On the usefulness of the parts of the body. (translated from the Greek with an introduction and commentary by Margaret Talimadge May. Cornell University Press New York 1968.
36. **Celso Cornelio los Ocho Libros "De Medicina".** Traducción directa del latín prólogo y notas Agustín Blánquez 1966.
37. **Guarner V.** Cien años de cirugía abdominal, la evolución de su proceso creativo. Naturaleza 1977;8:169-180.