

HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

El inicio del manejo del traumatismo en la Ciudad de México (1847-1914)

Rosa María Carreón-Bringas,* Carlos Agustín Rodríguez-Paz*

Resumen

Describimos el inicio del manejo de las urgencias en la ciudad de México desde las afanaduras de las demarcaciones de policía donde se dejaba morir al paciente bajo un manejo mínimo (por considerársele al paciente objeto del crimen), hasta los procedimientos radicales como el traumatismo de abdomen propuesto desde 1874 y realizado en 1898. También describimos la variedad de técnicas y los principales padecimientos (con estadísticas de la época), de los problemas más relevantes del traumatismo ocurrido en nuestra capital desde 1847 a 1912, que se centraban en las lesiones abdominales, fracturas y heridas por arma cortante, hasta el cambio radical de la patología por las heridas de arma de fuego, y de una actitud más radical que daría surgimiento a los puestos de socorro de la Cruz Verde y a la atención en ferrocarril de los revolucionarios.

Palabras clave: Traumatismo, ciudad de México, historia

Summary

We describe how surgical trauma was managed in Mexico City from 1847 to 1912. Management included minimal interventions, generally ending with the patient's death. Other more radical procedures such as abdomen trauma proposed in 1874 and performed in 1898 are also described. A variety of techniques employed and type of trauma cases registered that yielded more radical attitudes that brought about the creation of public emergency rooms (the Cruz Verde) and military surgical rooms in railroad cars that oversaw the care of soldiers during the revolutionary period are discussed.

Key words: History, trauma management, Mexico City

El inicio del concepto "urgencia"

En la República Mexicana, en la primera mitad del siglo XIX, diversos grupos se levantaron contra el gobierno y cientos de personas murieron por los proyectiles de los contendientes;¹ pues no se brindaba atención médica por tres motivos: no existía un concepto de atención inmediata, por no existir las instalaciones para este manejo y no existían los medios de transporte. Los habitantes se conformaban con dar los auxilios religiosos y tras largas agonías morían sin atención médica como lo ejemplifica la lesión de esófago cervical de un soldado realista en 1811 en Valle del Maíz San Luis Potosí, donde el herido por bayoneta, vivió a la mala puntería de sus adversarios por los cuidados de un noble franciscano sin que se derivara a un sistema de atención y fue finalmente atendido por un cirujano una semana después de curada la lesión con su consecuente fístula.²

El inicio del manejo del traumatismo, surgió en el Ejército Mexicano, posterior a la reorganización que diseñó Pedro Vander Linden en 1834,³ al implantar un sistema de eva-

cación de heridos similar al del Barón Larrey, consistente en la estabilización de las fracturas, limitación del efecto agresor, atención inmediata de las heridas y, fuera de las líneas de combate (En hospitales locales) se realizaban los procedimientos quirúrgicos mayores (Amputaciones casi siempre). La segunda innovación fue desarrollar un sistema de ambulancias denominado belga-mexicano, que permitía la atención y evacuación de los heridos, librando terrenos accidentados.⁴ Esta actitud de atención inmediata se difundió de ciudad en ciudad acostumbrando a la población a un nuevo concepto de atención médica entre 1836 a 1847.

Epidemiología del traumatismo

Nuestro país, tanto por la idiosincrasia del mexicano de reñir en las calles navaja en mano,⁵ así como de las constantes guerras entre facciones políticas, el trauma era un acontecimiento cotidiano.¹ Para finales del siglo XIX la mortalidad por

*Hospital Rural 41 Cerritos, San Luis Potosí; Programa IMSS-Oportunidades.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Rosa María Carreón-Bringas. Av. De los Montes 33. Col. Miravalle. México D.F. c.p. 03570. Tel: 5674-0633, 5682-7782, fax 5652-9664. rosyagustin@msn.com, ticitlhuasteco@msn.com

eventos traumáticos era considerada de primera importancia ya que varió entre 40 a 70% de los casos atendidos en el Hospital Juárez.⁶ Soriano describió que de 50 pacientes atendidos en 1890 en la Cuarta Demarcación de Policía, en 1894 se incrementó a 200 por mes, siendo en su mayoría hombres (91%); por edades, el grupo más afectado estaba entre los 20 a 25 años con 34% del total.⁷ La mortalidad se centró en la hemorragia no controlada⁸ hasta 18%,⁷ cuando eran por lesión abdominal, la mortalidad llegaba 42%, 30% de las heridas penetrantes, y 85% con compromiso intestinal fallecía, y 100% de las heridas de arma de fuego no vivían.⁹

El primer hospital de traumatismo

Al acercarse el ejército norteamericano a la Ciudad de México, el Ayuntamiento local propuso en 1847 se constituyeran dos hospitales de sangre para la atención de los heridos de los combates contra los invasores;⁶ éstos fueron uno en la garita de San Lázaro y el otro en el Convento de San Pablo. Desde el 23 de agosto fueron atendidos los primeros heridos de las batallas de Padierna y Churubusco en estos nosocomios.¹⁰ Al concluir las hostilidades, los heridos por traumatismo continuaron siendo atendidos en el ahora Hospital Juárez;¹¹ contaban con varios médicos que brindaban atención por las mañanas y por las noches cubrían guardias siempre dos practicantes de medicina, quienes brindaban los primeros auxilios; en caso de no poder controlar el caso, se le avisaba a alguno, de los cirujanos del nosocomio que vivían cerca. Como ejemplo citamos el accidente en el tramo de Chalco en 1864 del que sería ferrocarril México – Veracruz, donde varios trabajadores fueron trasladados al Hospital de San Pablo de la Ciudad de México para su atención, sin pérdidas que lamentar; este acontecimiento hubiera sido uno más de la larga lista que manejó este hospital, de no ser porque llegó la noticia a oídos del Emperador Maximiliano quien fue a dar condolencias a los accidentados, encontrándose con la sorpresa que no había mas que un practicante de guardia y dos enfermeras; esto motivó a que se hiciera la recomendación de tener equipado de médicos y material suficiente en el Hospital para este tipo de lesionados, lo cual nunca se realizó.¹²

Limitaciones en la atención de urgencia

Cuando una persona era lesionada en la calle, inmediatamente se notificaba a la policía quien llevaba al herido en calidad de “elemento del crimen” (No como paciente) a una de las demarcaciones de policía, y se esperaba a que las autoridades dictaran fallo contra el agresor y deslindaran responsabilidades.¹³ En cada local de éstos, existía un cuarto (sin las condiciones higiénicas ni el material quirúrgico adecuado) conocido como afanaduría,⁸ donde se mantenía al agredido, y era atendido por un practicante de medicina mismo que daba limpieza a las heridas y estabilizaba las fracturas, pero siempre sin alterar los indicios del crimen; aunque pareciera increíble, no se daba el manejo completo, porque de hacerlo se alteraba los elementos condenatorios, y el médico podría hacerse cómplice del crimen,¹⁴ por lo cual heridas como las de arma de fuego en tórax y abdomen, siempre resultaban mortales y el agredido podría esperar en total agonía

o como cadáver el fallo del juez para poder recibir algún tipo de manejo.¹³ Si el paciente vivía, era trasladado de las demarcaciones de policía al Hospital Juárez para concluir su convalecencia¹⁵ que se limitaba a limpieza diaria de las heridas, ferulización de las fracturas, vigilancia de la evolución, así como uso de analgésicos (Casi siempre morfina) y estancias de hasta tres meses.¹⁶

Esta actitud que en nuestros días podría parecer negligencia, era la tónica común, ir contra ella significaba retar a las leyes; por otro lado existía la actitud del manejo clínico conservador, donde a las heridas sólo se les daba una limpieza con solución de Barranque o clorada, sutura de las lesiones exteriores sin considerar lesiones internas.¹⁷ Esta actitud desde 1874 inició un cambio radical cuando en heridas de abdomen se propuso la exploración de la cavidad a fin de buscar intencionadamente otras lesiones,¹⁸ las cuales, se revelaban durante la autopsia,¹⁷ pero la decisión quirúrgica se confrontaba con la ley y la actitud del médico tratante;¹⁴ sin embargo, poco a poco se aceptó la idea de lo valiosa que era la atención inmediata, en las primeras horas de la lesión.³

El inicio del cambio

En los años que siguieron a 1867, una nueva generación de cirujanos con mejores conocimientos clínicos y anatómicos, así como los adelantos de la anestesia y el perfeccionamiento de la asepsia y antisepsia hicieron que se pudieran manejar casos, antes intratables, limitando al manejo de la amputación a casos de severa hemorragia de miembros o sutura de las heridas y estabilización de las fracturas.¹⁹

El último tercio del siglo XIX se caracterizó por la intrepidez del manejo del traumatismo de abdomen, así como intentar salvar las extremidades. Desde 1874 Maximiliano Galán propuso la exploración abdominal ante una herida profunda abdominal,¹⁸ lo cual fue puesto en duda, y no fue sino hasta los trabajos de Arriata,¹³ Zarraga²⁰ y otros quienes apoyaron la idea de laparotomizar y que fue corroborada por Espinola,²¹ Malda²² y otros entre 1892 a 1910. Por otro lado, las lesiones de miembros fueron manejadas aun con ferulizaciones²³ con amplias amputaciones, llegando a las desarticulaciones coxofemorales o humeroacromiales,²⁴ por el manejo conservador, que secundaba las terribles erisipelas traumáticas (fascitis, síndromes compartamentales, etc.)²⁵

Consolidación de la atención del traumatismo

La deficiente atención de los heridos en la ciudad motivó a crear lugares para la inmediata atención de estos pacientes e impedir una muerte o agonía inútil, mientras se esperaba un veredicto legal. Fue en el primer puesto de socorro en la calle de Revillagigedo creada por Leopoldo Castro, en donde se contaba con material para una cirugía de urgencia y elementos que le permitieron tanto un inmediato traslado y atención del paciente.²⁶ Esto marcó el inicio de los trabajos de la Cruz Verde de México²³ y que se complementaría con una nueva generación de cirujanos forjados en los campos de batalla de la Revolución.⁴ Ahora los

heridos se trasladaban a los puestos de socorro²⁷ o directamente al Hospital Juárez, donde se reparaban las fracturas,²³ vísceras abdominales²⁶ y logró la primera sutura de una lesión de corazón en nuestro país.²⁸

Conclusiones

El inicio del concepto de urgencias surgió dentro del Servicio de Sanidad del Ejército Mexicano pues sólo existen dos referencias antes de 1860 donde se plantea la atención de urgencias; la primera en 1837 donde se especifica “debe de haber eficiencia en el socorro”²⁹ y en 1855 donde ordena que “sólo se admitirá en los Hospitales Militares pacientes enviados con una referencia y donde especifique la urgencia de por qué se le envió”.³⁰ El manejo del traumatismo en nuestra ciudad inició de manera regular, al aplicarse innovaciones al manejo habitual, el cual fue evolucionando de uno a otro cirujano, para mejorar la atención como en el caso de las heridas de abdomen en que para 1846 se hacía la simple ligadura de Barcelo-Hidalgo, a la laparotomía exploradora propuesta en 1874 por Maximiliano Galán y aplicada en 1893 por Fernando Zarraga con éxito y las sistémicas reparaciones de vísceras intraabdominales por cirujanos como Gracia García, Julián Villarreal y otros entre 1910 a 1914 en los hospitales de las cruces Blanca (Ejército Carrancista) y Verde.

Las mejoras en la anestesia, analgesia, asepsia, antisepsia, unido a un mejor dominio de la anatomía, nuevos conocimientos médico quirúrgicos y una intrepidez por atender de manera radical los problemas de urgencia, crearon los principios de atención de traumatismo que prevalecen casi a un siglo de iniciados, de manera independiente al resto del mundo, manteniendo cierto paralelismo con los acontecimientos a nivel mundial, con varias contribuciones al conocimiento médico, y la mejora en la atención de la ya de por sí conflictiva ciudad de México y que sirvió de punto de apoyo para el venidero sistema de atención de urgencia de nuestra época.

Agradecimientos

Al personal del acervo de la Biblioteca Histórica de Condumex, en especial del Lic. José Gutiérrez Pérez, y del acervo de la Biblioteca Histórica Nicolás León del Palacio de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM, sin quienes no hubiera sido posible recabar este valioso material.

Referencias

1. **Mendoza VG, Garfias ML.** El Ejército Mexicano de 1860 a 1913; en: De León T.J. El Ejército Mexicano. Ediciones SDN. México 1979. p 296-297.
2. **Alcocer AA.** La cirugía potosina de 1592 a 1911. Taller evolución / Academia de Historia Potosina. SLP 1981. 8 – 9.
3. **Lozoya SJ.** La Escuela Médico Militar de México. Edición libre. México 1977. p 27.
4. **Gutiérrez-Sedano JL.** Historia del Servicio de Sanidad Militar en México. Tomo I. Ediciones SEDENA. México 1987.
5. **Fernández LJJ.** El periquillo samiento. 19/a ed. Editorial Porrúa. México 1987.
6. **Sotero R.** Historia, higiene y estadística del Hospital Juárez. [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1877.
7. **Soriano MS.** Estadística quirúrgica de heridas penetrantes de tórax y vientre. Gac Med Méx. 1898; 35: 274-278.
8. **Zertuche E.** Cuidados preliminares de los heridos en la ciudad. [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1882.
9. **Fuentes E.R.** Tratamiento de las heridas penetrantes de vientre [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1893.
10. **Aguilar GF, Ezquerro PR.** Los Hospitales de México, 1936. Ediciones Bayer. México 1936. p 53-57.
11. **Gutiérrez VS.** El texoxotla ticitl mexicana al través del tiempo. Ediciones Sandoz. México 1974. p 49 - 55.
12. **Velasco CR.** El Hospital Juárez. 2/a edición. Ediciones del Archivo de la Secretaría de Salud. México 1947. p 84 – 85.
13. **Arriata A.** Heridas penetrantes de vientre por arma de fuego [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1893.
14. **Núñez T.** Caso de heridas penetrantes de vientre con lesión de intestino y hemorragia consecutiva. Gac Med Méx. 1892; 28: 241-251.
15. **Amor R.** Heridas penetrantes infradiaphragmáticas [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1904.
16. **Crespo y Palacio JJ.** Estudio sobre las heridas por arma de fuego. [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1871.
17. **Núñez T.** Heridas penetrantes de vientre, hechas por arma de fuego, que involucran al bazo y riñón izquierdo. Gac Med Méx. 1898; 35: 211-217.
18. **Guzmán F.** Estudio sobre la peritonitis traumática. [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1874.
19. **López-Hermosa A.** Breves consideraciones de la Cirugía General contemporánea. Gac Med Méx. 1898; :333-345.
20. **Zárraga F.** Herida penetrante de vientre hecha por arma de fuego, salida de un asa intestinal, resección de 96 cm de intestino delgado, curación. Gac Med Méx. 1892; 28: 440-448.
21. **Espinola F.** La laparotomía como cirugía de urgencia [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1898.
22. **Malda NG.** Un caso de herida penetrante de vientre con herida de estómago y de gastro epiploica derecha. Gac Med Méx. 1908; 3: 96.
23. **Flores-Martínez FB.** Historia de la ortopedia en México. [Tesis UNAM]. Facultad de Medicina, UNAM. México 1966. 83-89.
24. **Alcantara HJ.** Cronología quirúrgica Mexicana. Cir Cir. 1951; 19: 1-21.
25. **Vargas E.** Breves consideraciones referentes a dos enfermos que sufrieron la amputación de brazo en el servicio de la Clínica Externa del Hospital Juárez. Gac Med Méx. 1892; 28: 291-299.
26. **Gracia-Carcía G.** Tratamiento de las heridas de la guerra en el tubo digestivo abdominal. Rev Cir. 1935; 6: 755-766.
27. **Salazar JC.** Semblanza de treinta años en el Departamento del Distrito Federal; capítulo XXIII, en: Avila C. I. Padrón P.F. Frenk S. Rodríguez P.M. Historia de la Pediatría en México. Fondo de Cultura Económica. México 1997. 463-473.
28. **Quijano PF.** La cirugía cardíaca en México. Ediciones UNAM / PUIS. México 1996. 25.
29. Secretaría de Guerra y Marina. Reglamento del Servicio de Sanidad Militar. México 1837.
30. Secretaría de Guerra y Marina. Reglamento del Servicio de Sanidad Militar. México 1855. 44.