ALMA

CULTURA&MEDICINA

Vol 9 - Nº 2
Junio 2023

EAB
EDITORIAL ALFREDO BUZZI

STAFF

Editor Responsable
Alfredo E. Buzzi
Matienzo 1849 2º B
(1426) CABA - Buenos Aires
Argentina
alma@editorialalfredobuzzi.com

Consejo Editorial
Isabel Del Valle
Martín Dotta Santana
Juan Enrique Perea
María Victoria Suárez

Registro ISSN 2468-9890606339

ALMA CULTURA Y MEDICINA
Volumen 9, Número 2, Junio 2023

Diseño
JOB Comunicación

Consejo Editorial Consultivo
Baltasar Aguilar (San José, Uruguay)
Arpan Banerjee (Birmingham, Reino Unido)
José Raúl Buroni (Buenos Aires, Argentina)
Elizabeth Beckmann (Worthing, Reino Unido)
Uwe Busch (Remscheid, Alemania)
Davide Caramella (Pisa, Italia)
Adelfio Cardinale (Palermo, Italia)
Oscar Codas Thompson (Asunción, Paraguay)
Paola Cosmacini (Roma, Italia)
Eduardo Fraile (Madrid, España)
Ricardo Losardo (Buenos Aires, Argentina)
Alberto Marangoni (Córdoba, Argentina)
Jean-Pierre Martin (Sarlat-la-Canéda, Francia)
Enrique Méndez Elizalde (Buenos Aires, Argentina)
Renato Mendonça (Sao Paulo, Brasil)
Micaela Patania (Buenos Aires, Argentina)
Ana María Rosso (Buenos Aires, Argentina)
Norma Sánchez (Buenos Aires, Argentina)
Florentino Sanguinetti (Buenos Aires, Argentina)
Eduardo Scarlato (Buenos Aires, Argentina)
Eric Stern (Seattle, Estados Unidos)
Adrian Thomas (Bromley, Reino Unido)
Antonio Turnés (Montevideo, Uruguay)
René Van Tiggelen (Bruselas, Bélgica)
Adolfo Venturini (Buenos Aires, Argentina)
Antonio Werner (Buenos Aires, Argentina)

ALMA - Cultura y Medicina es órgano de difusión de:
La Academia Panamericana de Historia de la Medicina,
La Sociedad Argentina de Ecografía y Ultrasonografía (SAEU)

ALMA - Cultura y Medicina es una revista trimestral internacional que trata temas de interés común entre la cultura y las ciencias médicas. Las enfermedades, con sus síntomas y signos, su diagnóstico, su pronóstico, y sus tratamientos, contienen innumerables aspectos que escapan a lo estrictamente médico: su propia historia, su nombre, la historia de aquellos que las describieron, las vicisitudes de los pacientes que las padecieron, su aparición en la literatura, el arte, la música, el cine. Es de interés conocer la vida de los médicos que han contribuido al conocimiento médico, así como sus intereses extra-médicos (los ha habido poetas, músicos, políticos, deportistas, cocineros...), y la forma en la que hoy los recordamos (además de nombrar enfermedades, sus nombres están en calles, en ciudades, en hospitales). Han escrito libros, que se han convertido en clásicos. También son de interés las inclinaciones extra-médicas de los médicos contemporáneos, es decir, de nosotros mismos. Recomendar un libro, música, un postre. Una forma de cocinar el pescado, un museo, una obra de teatro. Un viaje, un trago, una película. También es pertinente analizar los procesos sociales, culturales, políticos y económicos relacionados con las actividades científicas y tecnológicas.

ALMA - Cultura y Medicina acepta todas las aproximaciones a la cultura y a la medicina, con énfasis en el pensamiento creativo.

ALMA - Cultura y Medicina está dirigida a un amplio grupo de lectores (dentro y fuera de la comunidad médica), proporcionando una visión reveladora de la relación entre la cultura y la medicina.

Imagen de tapa
Sarah Bernhardt (1844-1823). Fotografía de Nadar, 1864.

ALMA

ALMA Cultura y Medicina / Volumen 9, Número 2, Junio 2023

SUMARIO

EDITORIAL

04 La crisis según Einstein
Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi

NOTA DE TAPA

06 Sarah Bernhardt. La Divina
Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi

DINASTÍAS MÉDICAS

30 La familia Chiari
Dr. Martín Dotta

MALES DE ARTISTAS

42 Luigi Boccherini
Prof. Dr. Antonio Werner
Prof. Dr. Eduardo Scarlato

ANTROPOLOGÍA

58 Reverón y los psiquiatras culturalistas
1a Parte: Quién fue Armando Reverón
Lic. Vivina Perla Salvetti

MÉDICOS ARGENTINOS

74 Dr. Miguel Correa-Iturraspe
La cirugía plástica que ha vivido
Prof. Dr. Ricardo Jorge Losardo

EDITORIAL

Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi
Editor Responsable

La crisis según Einstein

Tal vez una de las palabras más usada en los últimos tiempos en nuestro país sea "crisis". Nuestra primera sensación frente a ella es la de estar frente a una amenaza. ¿Es así como debemos sentirnos? Veamos.

El diccionario dice que una crisis "es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo."

Si es así, las noticias no son tan malas. Por empezar, se trata de un "estado temporal": esto significa que un día "el trastorno y la desorganización" se acaban.

Otra novedad alentadora está al final de la definición: "el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo". Podemos salir de la crisis destruidos, o habiendo crecido. Lo que es cierto es que sea uno o el otro, el resultado es un cambio radical.

Y la respuesta está en el medio de la definición, donde se nos explica cuál es la situación durante una crisis, y, a la vez, el secreto para cambiarla: "la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas". En este sentido, es muy clarificadora la definición de locura de Albert Einstein: para él, un loco es una persona que pretende obtener resultados distintos haciendo siempre lo mismo. Es una reflexión sencilla y obvia, pero genial.

No seamos víctimas pasivas de la crisis, sino creadores activos de nuestro destino. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad: aprovechémosla.

Einstein también reflexionó sobre las crisis, y quisiera compartir algunos de sus pensamientos con ustedes: "La crisis es la mejor bendición que puede sucederle a personas y países, porque la crisis trae progresos. La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura. Es en la crisis que nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias. Quien supera la crisis se supera a sí mismo. Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias violenta su propio talento, y respeta más a los problemas que a las soluciones. La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El inconveniente de las personas y los países es la pereza para encontrar las salidas y soluciones.

Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia. Hablar de crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de esto trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora que es la tragedia de no luchar por superarla."

Los cambios en una crisis tienen siempre algún grado de incertidumbre en cuanto a su reversibilidad o grado de profundidad. Si los cambios son profundos, súbitos y violentos, y traen consecuencias trascendentales, van más allá de una crisis y se pueden denominar revolución. Cuentan que cuando le informaron a Luis XVI sobre la toma de la Bastilla (episodio que simbolizó el inicio de la Revolución Francesa) preguntó al duque de Rochefoucauld: "¿Es que hay una rebelión?" El duque contestó: "No, Majestad, no es una rebelión. Es una revolución."

Aprovechemos la crisis para hacer una revolución, usando la creatividad y la inventiva que nos propone Einstein para superarnos a nosotros mismos. EAB

NOTA DE TAPA

SARAH BERNHARDT
La Divina

Sarah Bernhardt es considerada la primera celebridad moderna. Fue actriz, directora de teatro, empresaria, ícono de la moda, escultora y visionaria. Victor Hugo la llamó "la Voz de Oro". Jean Cocteau la llamó "monstruo sagrado". Otros la llamaron "la Divina" o incluso "la Emperatriz del teatro". Mark Twain escribió: "Hay cinco tipos de actrices: las malas, las regulares, las buenas, las grandes… y Sarah Bernhardt. Este año se cumplen 200 años de su fallecimiento.

Prof. Dr. Alfredo E. Buzzi
Profesor Titular de Diagnóstico por Imágenes
Universidad de Buenos Aires

Sarah Bernhardt nació el 23 de octubre de 1844 en el número 5 de la calle de l'École-de-Médecine, en París (Figura 1). Su nombre real era Rosine Bernardt. Su madre era una mujer judía de origen neerlandés llamada Julie Bernardt (1821-1876), alias Youle (Figura 2). Se ganaba la vida como prostituta junto con su hermana Rosine. Julie tuvo varias hijas más. En 1843 tuvo dos niñas gemelas que fallecieron a las dos semanas. Tras Sarah, tuvo a Jeanne (fecha de nacimiento desconocida) y a Régine en 1855, que murió de tuberculosis en 1873. Todas fueron hijas de padres distintos y desconocidos. Sarah Bernhardt nunca supo quién era su padre biológico, aunque se cree que era el duque de Morny (Figura 3), medio hermano de Napoleón III (1808-1873), el único presidente de la Segunda República Francesa y, posteriormente, Emperador de los Franceses entre 1852 y 1870, siendo el último monarca de Francia.

Sarah pasó los primeros cuatro años de su vida en Bretaña, en el extremo noroeste de Francia, al cuidado de un ama de cría. La primera lengua

Figura 1: Placa en el lugar de nacimiento de Sarah Bernhardt en el No. 5 de la calle de la Escuela de medicina (*rue de l'École de Médecine*).

Figura 2: Sarah Bernhardt con su madre en 1907.

Figura 3: Charles, Duque de Morny (1811 - 1865), medio hermano de Napoleón III. Fue Ministro del Interior y luego Presidente del Cuerpo Legislativo. Fotografía de Pierre Louis Pierson de 1862. Biblioteca Nacional de Francia.

Figura 4: El Liceo *Notre Dame du Grandchamp*, cerca de Versailles.

Figura 5: El Teatro del Conservatorio de Paris, también conocido como Conservatorio Nacional de Arte Dramático.

que Sarah aprendió fue el bretón y por esta razón, al iniciar su carrera teatral, adoptó la forma bretona de su apellido, «Bernhardt».

Tras un accidente en el que se lastimó la rodilla derecha, su madre la llevó consigo a París, donde permaneció dos años. A punto de cumplir siete años ingresó en la Institución Fressard, un internado para señoritas, donde permaneció dos años más. En 1853 entró en el colegio conventual Grandchamp, cercano a Versalles (Figura 4). En este colegio participó en su primera obra teatral, *Tobías recupera la vista*, escrita por una de las monjas. También aquí fue bautizada e hizo la primera comunión. El ambiente místico del colegio le hizo plantearse el hacerse monja.

Tras abandonar Grandchamp a los 15 años, su madre trató de introducirla en el mundo galante para que se ganara la vida como prostituta, pero Sarah, influida por su educación en el convento, se negó repetidamente a ello. Julie Bernard tenía un salón en su piso parisiense donde se reunían sus clientes. Entre ellos estaba el medio hermano de Napoleón III, el ya mencionado duque de Morny, quien con su influencia consiguió que Sarah ingresara en 1859 en el Conservatorio de Arte Dramático de París (Figura 5). En 1861 ganó un segundo premio en tragedia y una mención honorífica en comedia.

Finalizados sus estudios en el Conservatorio, entró, de nuevo gracias a los influyentes contactos de Morny, en la *Comédie-Française*, el teatro estatal más famoso de Francia, fundado por Luis XIV en 1680 (Figuras 6 y 7). Debutó el 11 de agosto de 1862 con la obra *Iphigénie*, de Jean Racine. Su fuerte carácter le trajo problemas con sus compañeros, lo que provocó que abandonara la *Comédie* por primera vez en 1863. Tres

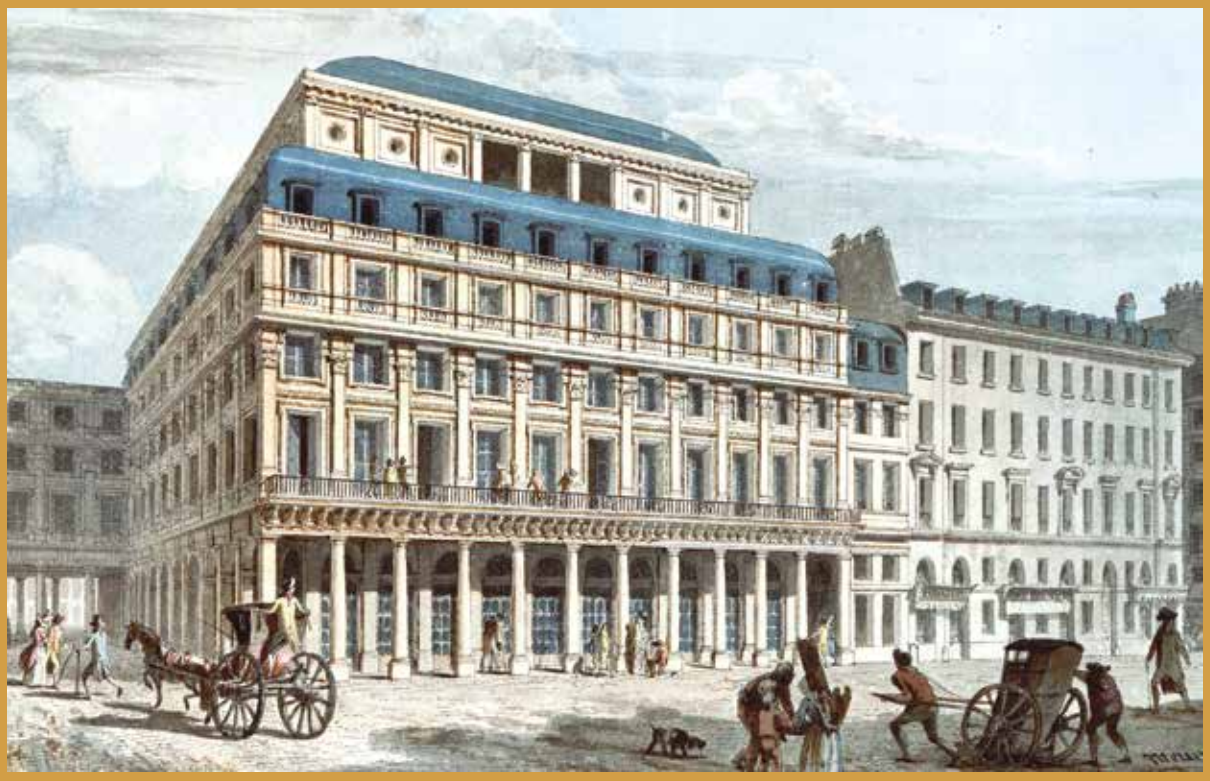


Figura 6
La *Comédie-Française* en el siglo XVIII. Acuarela de Antoine Meunier, de 1790. Biblioteca Digital Gallica.

Figura 7: La *Comédie-Française* en 2007. Fotografía de Dottore Gianni.

Figura 8: Sarah Bernhardt a los 20 años. Fotografía de Félix Nadar, 1864.

semanas más tarde fue contratada por el Teatro *Gymnase*, donde hizo siete pequeños papeles en distintas obras. Actuó por última vez el 7 de abril de 1864 con la obra *Un mari qui lance sa femme*.

Ese mismo año conoció a uno de los grandes amores de su vida, Charles-Joseph Lamoral, príncipe de Ligne. Inició una apasionada relación con él, hasta que quedó embarazada y el príncipe la abandonó. El 22 de diciembre de 1864 dio a luz a su único hijo, Maurice Bernhardt. Sarah tenía 20 años (Figura 8). Sin oficio y

Figura 9: Sara Bernhardt en 1868. Es su único retrato conocido con el torso desnudo. Fotógrafo anónimo.

Figura 10: Sarah Bernhardt caracterizada para *Le passant*, de François Coppée, en 1869. Fotografía de W & D. Downey, 1869. Biblioteca Nacional de Francia.

habiendo fracasado momentáneamente en el mundo del teatro, siguió los pasos de su madre, convirtiéndose en prostituta de lujo, actividad que no abandonó hasta que su carrera teatral se hubo afianzado con éxito.

Tres años más tarde, en 1867 debutó en el Teatro del Odéon con *Las mujeres sabias* (*Les femmes savantes*), de Molière. Ahí empezó su verdadera carrera profesional. Participó en muchos montajes teatrales, alternando la vida teatral con la vida galante (Figura 9). La fama le llegó repentinamente en 1869 con *Le Passant*, de François Coppée, una obra en verso de un solo acto (Figuras 10 y 11). Sarah, además, hizo por primera vez en esta obra un papel masculino, el del trovador Zanetto. Hizo papeles de hombre en varias obras más (*Lorenzaccio*, *Hamlet* y *L'Aiglon*).

En 1870, durante la guerra franco-prusiana, habilitó el Teatro del Odeón como hospital para convalecientes, donde cuidó con dedicación a

Figura 11: Tarjeta postal. Sarah Bernhardt como el niño trovador Zanetto en *Le Passant* (1869).

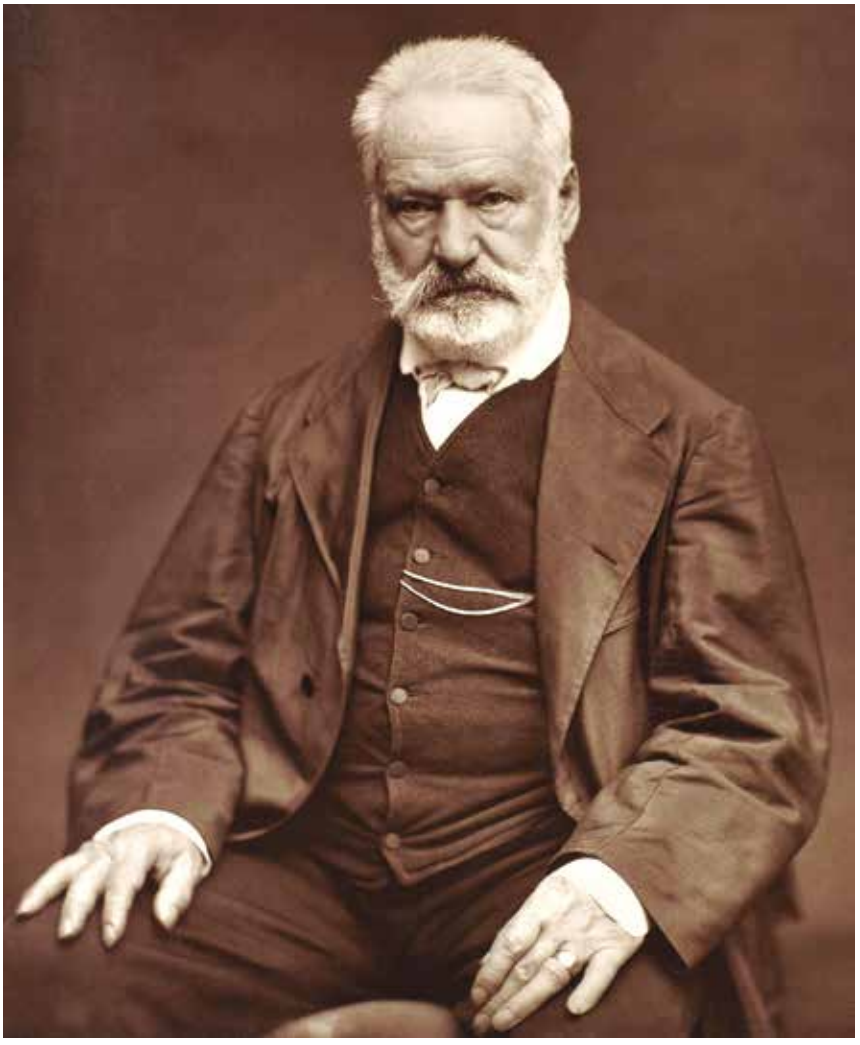


Figura 12: El escritor francés Victor Hugo (1802-1885), considerado como uno de los más importantes en lengua francesa. También fue un político e intelectual comprometido e influyente en la historia de su país y de la literatura del siglo XIX. Fotografía de Étienne Carjat, 1876,

los heridos de guerra. En 1871 el improvisado hospital tuvo que ser cerrado por problemas de salubridad.

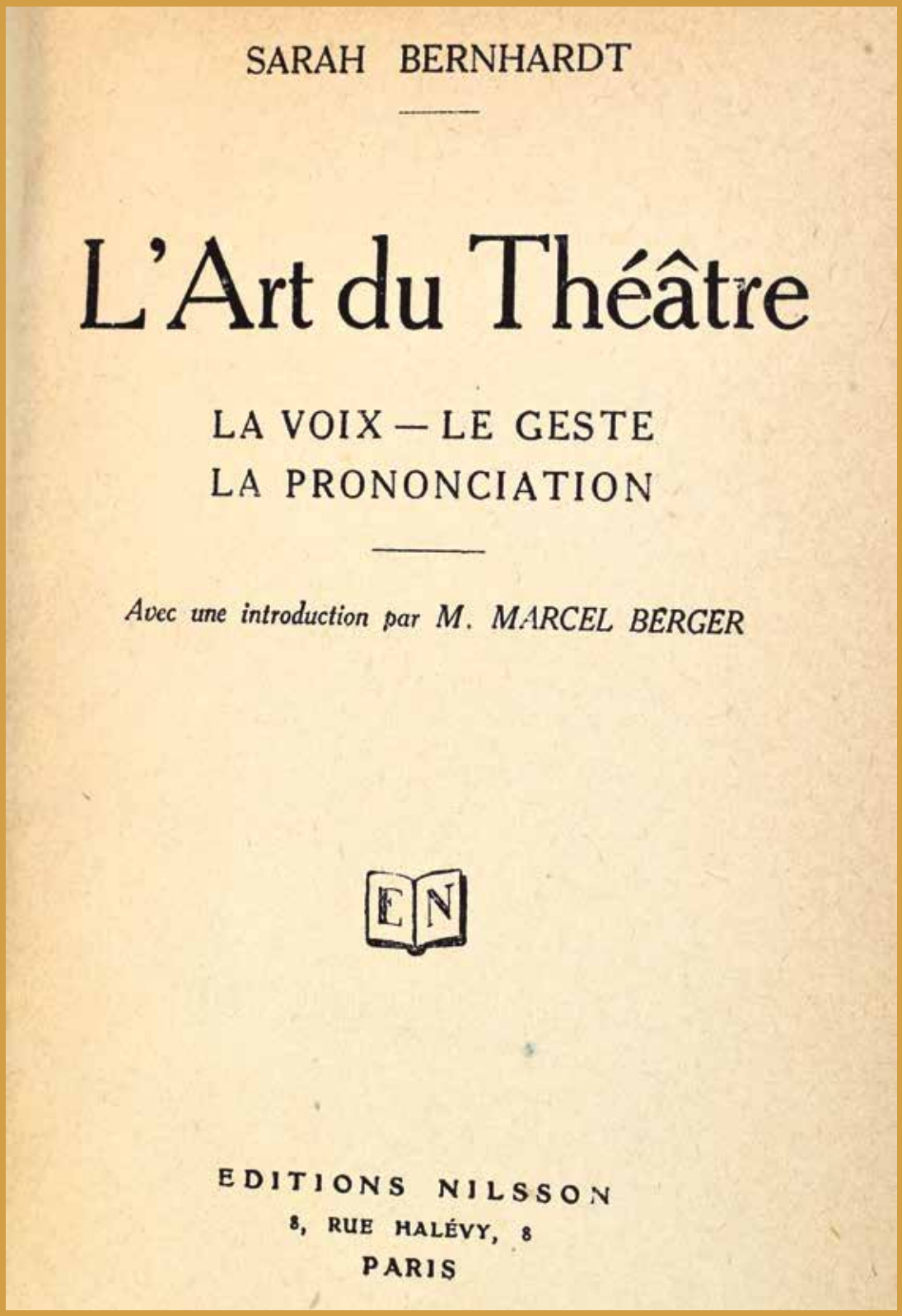
Tras la derrota francesa y la caída de Napoleón III, muchos intelectuales, exiliados por estar en contra del emperador, pudieron regresar a Francia, entre ellos el escritor Victor Hugo (Figura 12). El regreso de Hugo fue trascendental en la vida de Bernhardt, ya que el escritor la eligió

Figura 13: Sarah Bernhardt en 1879, en el papel de la reina consorte de España de origen alemán Mariana de Neoburgo en la obra *Ruy Blas* de Victor Hugo.

Figura 14
Sarah Bernhardt en una actuación.

para protagonizar en 1872 el reestreno de su obra *Ruy Blas*, que resultó en un éxito inimaginable (Figura 13). Regresó a la *Comédie-Française* como una gran estrella y allí afianzó su repertorio y sus múltiples registros como actriz.

El estilo de actuación de Bernhardt se basaba en la naturalidad. Detestaba profundamente las viejas normas del teatro francés, donde los actores declamaban histriónicamente y hacían gestos exagerados. Rompió con todo lo establecido, profundizando en la psicología de los personajes. Estudiaba cada gesto y cada entonación del texto que debía decir, buscando la perfección natural sin que se notara ningún tipo de artificio (Figura 14). Destaca en su arte que cuando representó a grandes heroínas de tragedia o reinas, huyó de la sobreactuación y de la afectación. Son famosas sus escenas de muerte, en las que en vez de, según sus propias palabras, "ofrecer toda una retahíla de patologías" tales como estertores, toses, gemidos agónicos, profundizaba en


SARAH BERNHARDT

L'Art du Théâtre

LA VOIX — LE GESTE
LA PRONONCIATION

Avec une introduction par M. MARCEL BERGER

EDITIONS NILSSON
8, RUE HALÉVY, 8
PARIS

Figura 15
L'ART *L'art du théâtre: la voix, le geste, la prononciation* (Ediciones Nilsson, 1923).

el acto de morir desde el punto de vista psicológico y sentimental. En sus últimos años, Bernhardt escribió un libro de texto sobre el arte de actuar. Escribía siempre que tenía tiempo, normalmente entre producciones y cuando estaba de vacaciones en Belle-Île. Tras su muerte, el escritor Marcel Berger, su íntimo amigo, encontró el manuscrito inacabado entre sus pertenencias

Figura 16: Después de la tormenta. Escultura en mármol realizada por Sarah Bernhardt en 1876. Museo Nacional de Mujeres en las Artes de Washington.

Figura 17: Busto del escritor francés Victorien Sardou (1831-1908) realizado en bronce por Sarah Bernhardt en 1900. Petit Palais de Paris.

Figura 18: *Autorretrato*. Óleo sobre lienzo realizado por Sarah Bernhardt en 1910. Fundación Bemberg, Toulouse.

Figura 19: *Naturaleza muerta con duraznos*. Sarah Bernhardt, 1922. Museo Carnavalet, Paris.

Figura 20: Autobiografía de Sarah Bernhardt (*Ma double vie*, edición de 1907).

Figura 21: Sarah Bernhardt en el personaje de Margarita Gautier en *La dama de las camelias.* Fotografía de William Downey, 1822.

en su casa del boulevard Pereire. Editó el libro y se publicó como *El arte del teatro: la voz, el gesto, la pronunciación* (*L'art du théâtre: la voix, le geste, la prononciation*) en 1923 (Figura 15).

Aparte de su profesión de actriz, se interesó por la escultura (Figuras 16 y 17) y la pintura (Figuras 18 y 19). Llegó a exponer varias veces en el Salón de París entre los años 1874 y 1896 y recibió premios y menciones honoríficas en ambas disciplinas. Escribió varios libros, entre ellos su autobiografía titulada *Mi doble vida* (*Ma double vie*) (Figura 20).

Bernhardt se especializó en representar las obras en verso de Jean Racine, tales como *Iphigénie*, *Phèdre* o *Andromaque*. Destacó especialmente, entre muchas otras, en *La dama de las*

Figura 22
Cartel del ilustrador Eugène Grasset para *Jeanne D'Arc*, de 1895.

camelias (*La Dame aux camélias*) (Figura 21), de Alejandro Dumas hijo, *Théodora*, de Sardou, *L'Aiglon*, de Edmond Rostand, *Izéïl*, de Silvestre y Morand, *Macbeth*, de Shakespeare y *Jeanne D'Arc* (Figura 22), de Jules Barbier.

En 1879 realizó su primer viaje fuera de Francia, concretamente a Inglaterra, donde estuvo seis semanas haciendo dos representaciones diarias y obtuvo un éxito rotundo. En Londres conoció a Oscar Wilde. Años más tarde, en 1893, Bernhardt aceptaría representar su obra *Salomé*. Ese mismo año, Sarah fue ascendida a Socia Plena de la *Comédie-Française*, la jerarquía más alta de esta institución.

En 1880, tras su espectacular éxito en Inglaterra decidió hacer su primera gira americana. El éxito fue total. Bernhardt haría repetidas giras por los Estados Unidos (sus famosas "giras de despedida"). También visitó México, Brasil, Perú, Cuba, Argentina y Chile. Viajaba en tren y en barco y llegó a cruzar el cabo de Hornos. Sus giras la llevaron a Australia y visitó las islas Hawái y las islas Sandwich. Actuó en Egipto, Turquía, Moscú, Berlín, Bucarest, Roma y Atenas.

Figura 23: Busto funerario de Jacques Damala (1855-1889) realizado en mármol por Sarah Bernhardt en 1889. Museo Metropolitano de Arte, Nueva York.

Sarah Bernhardt tuvo una agitada vida sentimental, en la que destacan nombres como Louise Abbèma, Gustave Doré, Victor Hugo, Jean Mounet-Sully, Jean Richepin, Philippe Garnier, Gabriele D'Annunzio y Eduardo, Príncipe de Gales, entre otros. Se casó una sola vez, en 1882, con un oficial griego llamado Jacques Aristidis Damala, adicto a la morfina. Fue un matrimonio tempestuoso. Sarah intentó convertir en actor a su esposo, pero fracasó. Se eran infieles mutuamente y un día Damala, abrumado por el éxito de su mujer, por las constantes burlas de los actores de la compañía de Bernhardt y la mala relación con Maurice Bernhardt, se alistó en la Legión y fue destinado a Argelia. Meses más tarde regresó con Sarah. Las separaciones y reconciliaciones fueron continuas hasta que Sarah decidió irse de gira por todo el continente americano en 1887 y Damala ya no la acompañó. Fue la separación

Figura 24: Sarah Bernhardt caracterizada para *Frou-Frou*. Fotografía de William Downey.

Figura 25: Sarah Bernhardt en *La dama de las camelias*. Fotografía de Napoleon Sarony, 1896.

Figura 26: La pintora, escultora y diseñadora francesa de estilo impresionista Louise Abbéma (1853-1927) en 1914. Recibió reconocimiento por su trabajo a sus 23 años cuando pintó un retrato de Sarah Bernhardt, con quien se presume que tuvo una relación sentimental.

definitiva. Damala murió en 1889, a los 42 años, por los efectos secundarios del abuso de morfina. Bernhardt lo enterró en Atenas y adornó la tumba con un busto tallado por ella misma (Figura 23).

Figura 27: Retrato de Sarah Bernhardt por su amante Louise Abbema en 1875. Abbema recibió gran reconocimiento por este trabajo a sus 23 años.

Sarah Bernhardt fue también la primera actriz empresaria del mundo del espectáculo. A raíz de una relación muy tensa con el director de la *Comédie-Française*, Perrin, Bernhardt rompió su contrato y dimitió como Socia Plena en 1880. La *Comédie* pleiteó contra ella y le ganó el juicio. Tras su esplendorosa primera gira americana, que le había hecho ganar una gran fortuna, Bernhardt arrendó en 1883 el teatro Porte-Saint-Martin, donde produjo y actuó en obras como *Frou-Frou* (Figura 24) y *La Dame aux camélias* (Figura 25), entre otras. Durante sus giras, el teatro permanecía abierto y se estrenaban obras continuamente con distinto éxito comercial. Bernhardt no dudaba en apoyar el teatro de vanguardia, así que, además del repertorio clásico, en el Porte-Saint-Martin se estrenaban obras de nuevos

Figura 28

Retrato de Sarah Bernhardt en su rol de *Adrienne Lecouvreur* realizado por Louise Abbema en 1880. Museo Carnavalet, Paris.

Figura 29: Retrato de Sarah Bernhardt por Louise Abbema en 1885.

Figura 30: Retrato de Sarah Bernhardt por Gustave Doré (1870).

autores que rompían con el teatro tradicional. Tras unos años, Bernhardt alquiló el *Théatre de la Renaissance*, donde representó muchas obras de éxito. En 1899 alquiló por veinticinco años el enorme *Theâtre des Nations*, único teatro donde actuaría en Francia durante los últimos veinticuatro años de su vida.

Su vida familiar no fue sencilla. Tuvo una relación tensa y distante con su madre. Su progenitora nunca fue una madre cariñosa e interesada, y esto hizo que Sarah siempre buscase su aprobación y su cariño. Julie Bernard sentía predilección tan solo por su hija Jeanne y descuidó totalmente la educación de su hija menor, Régine. Sarah sentía predilección por su hermana pequeña Régine, y cuando logró ser independiente, se la llevó a vivir consigo para alejarla de la madre y de las intenciones de esta de convertirla también en prostituta. Lamentablemente, a causa del abandono afectivo que sufrió y del ambiente del piso de su madre, Régine se prostituyó a los trece años. Falleció a los dieciocho, en 1873, de tuberculosis. Su otra hermana, Jeanne, también fue prostituta durante una época y siempre que tenía necesidad de dinero. Para apartarla de esa vida, Bernhardt se la llevó consigo, incluso en varias de sus giras por Estados Unidos y Europa. Jeanne era una actriz mediocre, pero hacía pequeños papeles y vivía una vida de lujo junto a su hermana. Se sabe que sufrió crisis de neurosis a causa de su adicción a la morfina y que estuvo internada en el hospital de La Pitié-Salpetrière en París, al cuidado del

Figura 31: Retrato de Sarah Bernhardt por Georges Clairin (1871).

famoso doctor Jean-Martin Charcot. El hijo de Sarah, Maurice, siempre estuvo muy unido a su madre. Vivió siempre a su sombra, malgastando auténticas fortunas en el juego, en viajes y en una vida disipada.

32

33

34

35

Figura 32: Retrato de Sarah Bernhardt por Georges Clairin (1876).

Figura 33: Retrato de Sarah Bernhardt por Jules Bastien-Lepage (1879).

Figura 34: Retrato de Sarah Bernhardt por Alfred Stevens (1882).

Figura 35: Retrato de Sarah Bernhardt por Giovanni Boldini (1904).

Figura 36: Fotografía de Sarah Bernhardt por Nadar (1878).

Figura 38: Fotografía de Sarah Bernhardt por Napoleon Sarony (1880).

Figura 37: Fotografía de Sarah Bernhardt por Napoleon Sarony (1880).

Sarah compartió la mayor parte de su vida con la pintora francesa Louise Abbéma (Figura 26), su retratista oficial (Figuras 27 a 29). Seguramente se trató de una larga relación sentimental. Fueron excelentes compañeras de vida durante más de 50 años. Se conocieron gracias al prestigio que sembró la pintora en las numerosas exposiciones que realizó en los salones artísticos parisinos. Otros artistas hicieron retratos de Sarah Bernhardt tanto en cuadros (Figuras 30 a 35) como en fotografías (Figuras 36 a 39).

Sarah Bernhardt era menuda, pelirroja, y de ojos oscuros. A pesar de su carácter excéntrico y caprichoso, Sarah Bernhardt trabajó en innumerables proyectos teatrales demostrando un carácter perseverante, una gran profesionalidad y dedicación a su arte. Tal como lo hacen las estrellas del pop moderno, Bernhardt moldeó cuidadosamente su imagen como una mítica figura. En una

Figura 39: Fotografía de Sarah Bernhardt por Henry Walter Barnett (1910).

Figura 40: Sarah Bernhardt jugando al tenis en 1905.

época sin redes sociales, ella buscaba constantemente maneras de aparecer en la prensa para promoverse. Tuvo a la crítica y la audiencia francesa a sus pies. Fabricó y promovió con éxito una imagen de sí misma como una mujer excéntrica, independiente, astuta en los negocios y sexualmente liberada (Figura 40). Aprovechó sus orígenes misteriosos, su etnicidad y crianza inusual para construir la personalidad que tipificaría la "nueva mujer" del fin de siglo. y afirmaba que solía recostarse en un ataúd donde se relajaba y estudiaba sus libretos (Figura 41). Su lema personal "*Quand Même*" ("a pesar de todo"), estaba

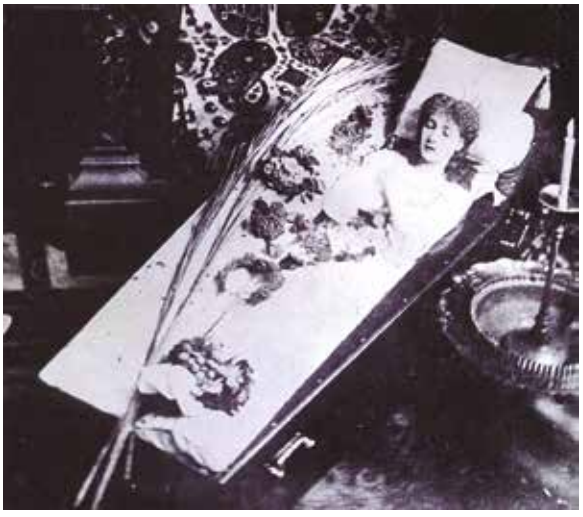


Figura 41: Sarah Bernhardt en su ataúd.

Figura 42: El sello de Sarah Bernhardt. El lema *Quand Même* ("a pesar de todo") aparece sobre sus iniciales (S.B.). Arriba de ellos hay una máscara trágica sobre una espada y una marioneta.

tejido en su ropa de cama, impreso en sus tarjetas de presentación y elaboradamente repujado en un revólver y era una demostración de su actitud combativa ante cada aspecto de su vida. También estaba incluido en su sello personal (Figura 42).

Figura 43: Sarah Bernhardt luciendo su sombrero con un murciélago disecado (1900).

Tenía animales salvajes como mascotas. El favorito era un caimán llamado Ali Gaga, que murió como consecuencia de un exceso de leche y champán. Dentro de sus animales de compañía se encontraban también loros, tortugas, monos, lagartos, un guepardo y una boa constrictor a la que disparó después de que se tragara uno de los almohadones del sofá. Le encantaba adornar sus sombreros con un murciélago disecado (Figura 43).

El siglo XX empezó con una obra de gran éxito, *El Aguilucho* (*L'Aiglon*) (Figura 44), de Edmond Ros-

Figura 44: Sarah Bernhardt caracterizada como *El Aguilucho*.

Figura 45: Sarah Bernhardt caracterizada como *Hamlet* en 1899.

Figura 46
Sarah Bernhardt en el papel principal de la película *Isabel, Reina de Inglaterra*, de 1912.

tand, referida a Napoleón II (hijo de Napoleón Bonaparte y María Luisa de Austria), que murió de tuberculosis a los 21 años y nunca llegó a reinar. Fue Victor Hugo quien le dio el apodo póstumo de "El Aguilucho" (*l'Aiglon*) en un poema en su honor. Edmond Rostand retomó este apodo en la obra teatral que fue estrenada el 15 de marzo de 1900 y obtuvo un éxito sin precedentes. Sarah hizo 250 representaciones de *L'Aiglon* y otra gira por Estados Unidos para representarla. En Nueva York representó la obra en el *Metropolitan Opera House* y cosechó un enorme éxito.

Figura 47: El artista checo Alphonse Mucha (1860-1939), ampliamente reconocido por ser uno de los máximos exponentes del *Art Nouveau*. Fotografía de 1906.

Figura 48
Cartel para *Gismonda* por Alphonse Mucha.

Figura 49
Cartel para *La dama de las camelias* por Alphonse Mucha.

Probó suerte también con el recién nacido cine. En 1900 filmó *El duelo de Hamlet* (*Le Duel d'Hamlet)*, haciendo ella de Hamlet (Figura 45). En 1906 rodó *La dama de las camelias* (*La Dame aux camélias*), con Lou Tellegen, su amante de aquel momento, haciendo de Armand Duval. Bernhardt, cuando la vio, se horrorizó y mandó destruir el negativo, que afortunadamente todavía existe. En 1912 filmó *Isabel*, *Reina de Inglaterra* (*Elisabeth, reine d'Anglaterre*), dirigida por Louis Mercanton (Figura 46). En 1913 filmó *Jeanne Doré*, dirigida por Tristan Bernard. Esta película se considera la mejor rodada por Bernhardt y en la que se puede observar mejor su arte interpretativo. La película se conserva en la *Cinématèque de Paris*. En 1914 le fue concedida la Legión de Honor.

Sarah Bernhardt también está relacionada con el éxito del artista checo Alphonse Mucha (Figura 47), quien se mudó a Paris en 1887. Su salto a la fama lo logró con su primer cartel litográfico para Sarah Bernhardt y su *Théâtre de la Renaissance*, que anunciaba la obra *Gismonda* de Victorien Sardou (Figura 48). Apareció en los primeros días de enero de 1895 en los muros de París, y causó una auténtica sensación. Sarah Bernhardt le ofreció inmediatamente un contrato de exclusividad por seis años. Los carteles realizados para ella contribuyeron a difundir la fama de la actriz más allá de las fronteras de Francia. Hasta 1901, Mucha no solo fue responsable de los carteles publicitarios (Figura 49), sino también de las escenografías y los vestuarios del *Théâtre de la Renaissance*. Fue esta obra, con el estilo exuberante y estilizado del *Art Nouveau*, lo que le dio tanto fama como numerosas comisiones.

A Sarah Bernhardt le amputaron la pierna derecha en 1915, a la edad de 70 años, debido a una tuberculosis ósea en la rodilla. Los primeros síntomas se remontan a 1887, cuando se lesionó la rodilla en la cubierta de un barco que regresaba de una gira por América. Esta primera luxación, no tratada, se agravó por los repetidos saltos desde el parapeto en el final de la obra *La Tosca*. En 1890 sufrió una nueva lesión durante

Figura 50: El cirujano francés Samuel-Jean Pozzi (1846-1918) fue uno de los principales ginecólogos de finales del siglo XIX. También estaba interesado en la neurología, la antropología y la anatomía comparada. Retrato de John Singer Sargent, 1881. Museo Hammer, Los Angeles, California.

Figura 51: El cortejo fúnebre de Sarah Bernhardt.

Figura 52: La tumba de Sarah Bernhardt en el cementerio parisino del Père-Lachaise.

una representación del *Proceso de Juana de Arco* en el teatro Porte-Saint-Martin. En 1902, durante una gira, un profesor de Berlín le diagnosticó una tuberculosis osteoarticular y prescribió una inmovilización de seis meses que la actriz no se atrevió a seguir. Se contentó con sesiones de infiltración y, en 1914, con una cura en Dax, que no tuvo efecto. Enyesada durante seis meses, su rodilla desarrolló gangrena.

Recurrió entonces al Dr. Samuel Pozzi (Figura 50), su médico y ex amante, a quien llamaba *Dr. Dios*. En 1898 le había extirpado un quiste de ovario. Sarah imploró al Dr. Pozzi que le amputara la pierna. Tenía setenta y cuatro años y calculaba que aún le quedaban diez años de, al menos, lecturas de poesía sedentarias. Si él se negaba a operar, ella se dispararía una bala en la rodilla y él tendría que hacerlo. El cirujano se negó, y ella le presentó un ultimátum: amputación o suicidio. Pozzi no se atrevió a realizar la operación él mismo y buscó la ayuda del profesor Jean-Henri Maurice Denucé, un cirujano de Burdeos que había sido su discípulo. La actriz fue amputada por encima de la rodilla el 22 de febrero de 1915 en la clínica Saint-Augustin de Burdeos. La amputación no le impidió seguir actuando. A partir de entonces solo interpretó papeles en los que no tenía que moverse mucho. Sarah tuvo dificultades para encontrar una prótesis de madera que coincidiera con su muñón. Se hizo construir una silla de caña y madera blanca, insertable en un automóvil o en un ascensor.

Una vez recuperada y ya empezada la Primera Guerra Mundial, la actriz decidió hacer una gira a las trincheras francesas haciendo actuaciones para animar a las tropas. Organizó varias giras con su compañía y recorrió toda Francia. Recitaba monólogos, poemas o representaba actos famosos de su repertorio de obras en las que no debía estar de pie. Siguió también participando en películas tras la guerra.

En 1898 y 1907 había tenido operaciones abdominales. En Estados Unidos, en 1916, el Dr. Burger extrajo cálculos renales y, al noveno día después de la operación, desarrolló uremia. En Saratoga, en la primavera de 1917, volvió a sufrir de uremia, lo que requirió transfusiones de sangre, para las cuales se ofreció como voluntaria una gran proporción de la población de los Estados Unidos. Ya en París en 1922 colapsó en

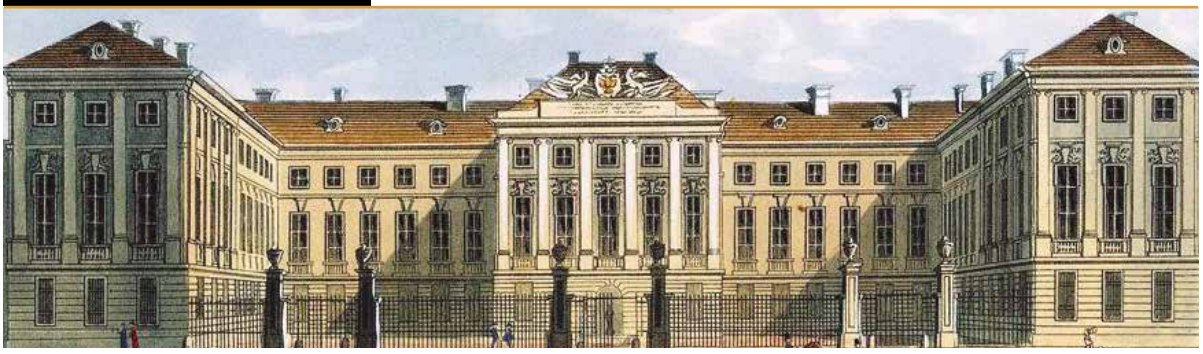
el set mientras filmaba una película para Sacha Guitry, *La Voyante*. El rodaje se estaba realizando en su casa, en el Boulevard Péreire, ya que la actriz estaba ya muy delicada de salud. Sus riñones estaban fallando. Falleció en brazos de su hijo Maurice a las 8 AM del 26 de marzo de 1923. Su médico anunció a la prensa través de su ventana: "Señores, la señora Sarah Bernhardt está muerta".

Su entierro fue multitudinario (Figura 51). Unos 150.000 franceses acudieron a despedirla. Fue inhumada en el cementerio parisino del Père-Lachaise (Figura 52). EAB

Bibliografía

- Bernhardt S. Ma double vie: Mémoires de Sarah Bernhardt. Éditions des Femmes, Paris, 1980.
- Bernier G. Sarah Bernhardt and Her Times. Wildenstein and Co., New York, 1984.
- Brandon R. Being Divine: A Biography of Sarah Bernhardt. Mandarin, London, 1992.
- Brooks E.M. Sarah Bernhardt on Stage and Screen: Nineteenth- Century Theater Music and Early Silent Film. *Journal of Film Music* 2012, 5.1-2: 57-76
- Costa G. Sarah Bernhardt, divino escándalo. La Vanguardia. https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20190629/47311668323/sarah-bernhardt-divino-escandalo.html
- de Costa C. The Diva and Doctor God: Letters from Sarah Bernhardt to Doctor Samuel Pozzi. Xlibris Publishing, Indiana, 2010.
- de Costa C., Miller F. Sarah Bernhardt et le Docteur Pozzi. Editions Glyphe. Paris, 2013.
- de Costa C., Miller F. Sarah Bernhardt's missing leg. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686): 284-285.
- de Costa C., Miller F. Sarah Bernhardt's 'Doctor God': Jean-Samuel Pozzi (1846-1918). *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007 Oct;47(5):352-6.
- Duckette V. The Actress-Manager and the Movies: Resolving the Double Life of Sarah Bernhardt. *Nineteenth Century Theatre and Film* 2018, 45(1): 27–55.
- Gallus A. Sarah Bernhardt, her artistic life. R. H. Russell Publisher, New York, 1901.
- Geller G.G. Sarah Bernhardt Divine Eccentric. Frederick A. Stokes Company, New York, 1933
- Gottlieb R. Sarah: The Life of Sarah Bernhardt. Yale University Press, 2010.
- Huret J. Sarah Bernhardt. Chapman & Hall, Ltd., London, 1899.
- López Mato O. Las piernas de Sarah Bernhardt. Historia Hoy. https://historiahoy.com.ar/las-piernas-sarah-bernhardt-n457
- McPherson H. Sarah Bernhardt: Portrait of the actress as spectacle. *Nineteenth-Century*
- *Contexts: An Interdisciplinary Journal* 1999 20,4:409-454
- Nowakowski T. Why Actress Sarah Bernhardt Was the First Modern Celebrity. Smithsonian Magazine. https://www.smithsonianmag.com/smart-news/paris-exhibition-celebrates-sarah-bernhardt-the-first-modern-celebrity-180982174/
- Pascual L.M. Un siglo de Sarah Bernhardt, la primera "estrella pop" del cine. Infobae. https://www.infobae.com/cultura/2023/03/27/un-siglo-de-sarah-bernhardt-la-primera-estrella-pop-del-cine/
- Pinals RS. Sarah's Knee: A Famous Actress With Chronic, Inflammatory Monoarthritis. *J Clin Rheumatol*. 2004 Feb;10(1): 13-15.
- Richardson J. Sarah Bernhardt. Robert Hale Publisher, London, 1973.
- Rueff S. I Knew Sarah Bernhardt. Frederick Muller Ltd., London, 1951.
- Silverthorne S. Sarah Bernhardt. Chelsea House Publishers, North Carolina, 2004.
- Somerville K. The Magnificent Lunatic: The Life and Work of Sarah Bernhardt. *The Missouri Review* 2011, 34(4): 97-108.
- Taranow G. Sarah Bernhardt: The Art Within the Legend. Princeton University Press, New Jersey, 1972.
- Tierchant H. Sarah Bernhardt: Madame «quand même». Éditions Télémaque, Paris, 2009.
- Wisner A. Sarah Bernhardt, artist and woman. Cornell University Library, New York, 1896.

DINASTÍAS MÉDICAS



La familia Chiari
Una dinastía de especialidades médicas

Los Chiari, originarios del norte de Italia, constituyeron una famosa familia de médicos austríacos. El fundador de la dinastía, Johann Baptist Chiari, se destacó como ginecólogo. Tuvo dos hijos médicos: el patólogo Hans Chiari (1851-1916) y el otorrinolaringólogo Ottokar Chiari (1853-1918). Hermann Chiari (1897-1969), hijo de Hans Chiari, se destacó como su padre en patología. El hijo de Ottokar Chiari, Richard Chiari (1882-1929), se desempeñó como Director en el Hospital de Linz, y su hijo Karl Chiari (1912-1982) fue un destacado traumatólogo. Karl Chiari tuvo, a su vez, cuatro hijos médicos.

✍ **Dr. Martín Dotta**
Médico de Planta. Diagnóstico Médico S.A.

JOHANN BAPTIST CHIARI (1817-1854)

Epónimos relacionados:

***Síndrome de Chiari-Frommel*:** corresponde a uno de los síndromes de amenorrea con galactorrea. Una lactancia prolongada determina la amenorrea y la atrofia del útero y los ovarios (puede durar incluso años) después del parto. Es debido a la secreción continua de la prolactina y disminución de la producción de gonadotrofina. Un adenoma pituitario puede o no estar presente. Los síntomas son dolor en el tronco, la espalda y la cabeza; a menudo depresión. Richard Frommel (1854,1912), que comparte el epónimo con Chiari, fue un ginecólogo alemán que trabajó en Viena, Berlín y Munich.

Biografía

Johann Baptist Chiari (Figura 1) nació el 15 de junio de 1817 en Salzburgo. Estudió medicina en Viena bajo condiciones económicas muy precarias. Aun siendo estudiante, ya trabajaba en el departamento de obstetricia.

Recibió el título de doctor en medicina en Viena en 1841 con la tesis "*De legibus mechanicis motus muscular",* donde posteriormente practicaría obstetricia y ginecología durante la mayor parte de su carrera profesional. Después de obtener un doctorado en cirugía al año siguiente, obtuvo un puesto como asistente médico en la primera clínica obstétrica en Viena con el profesor Johann Klein (1788-1856), quien era también su yerno, y posteriormente se dedicó por completo a su especialidad, la ginecología.

Figura 1: Johann Baptist Chiari (1817-1854).

Chiari trabajó con Klein desde 1842 hasta 1844. En 1848 se convirtió en suplente del jefe médico en obstetricia, el Dr. Eduard Mikschik (1810-1856) y en 1849 fue habilitado como Profesor de Obstetricia. En 1853 fue convocado como Profesor de Obstetricia en Praga, pero regresó a Viena un año después para recibir un cargo importante en la Academia Médico-Quirúrgica *Josephinum* (Figura 2), fundada en 1785 por el emperador José II.

Junto Con Karl von Braun-Fernwald (1822-1891) y José Späth (1823-1896), Chiari fue co-editor de un manual importante en el campo de la obstetricia titulado "*Klinik der Geburtshilfe und Gynäkologie*", publicado en 1855, después de su muerte. Este libro de texto fue el primero en presentar las teorías de Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) en lo que respecta a la higiene y la prevención de la propagación de la fiebre puerperal, y contiene un capítulo escrito por él sobre las enfermedades del útero. Con el ginecólogo alemán Richard Frommel (1854-1912) describió el "Síndrome de Chiari-Frommel", un trastorno postnatal que también se conoce como "síndrome de posparto galactorrea-amenorrea".

Durante su actividad publicó varios artículos en varias revistas médicas de Viena, y también alcanzó gran importancia en virtud de su talento organizacional, que contribuyó a su reputación.

Murió de cólera el 11 de diciembre de 1854, a los 37 años de edad. Sus hijos Hans Chiari (1851-1916) y Ottokar Chiari (1853-1918) también se destacarían en medicina.

Figura 2
Vista actual del *Josephinum*.

HANS CHIARI (1851-1916)

Epónimos relacionados:

Malformación de Chiari (uno de cuyos tipos se denomina "de Arnold-Chiari" en relación al patólogo alemán Julius Arnold), se trata de un defecto congénito en el cual los polos inferiores de los hemisferios cerebelosos y del tronco cerebral atraviesan el foramen magno invadiendo el espacio destinado a la médula espinal. Resulta de una deformidad del desarrollo del hueso occipital y extremo superior de la columna cervical. Es una causa de hidrocefalia y puede acompañarse de espina bífida y mielomeningocele. Puede asociarse a estenosis del acueducto de Silvio con hidrocefalia obstructiva y atrofia del tejido cerebral. Ambos sexos se ven afectados, con predominio femenino y comienzo habitual en la tercera o cuarta década. Los síntomas pueden aparecer en la infancia. Dolor de cabeza, vómitos, alteraciones visuales, diplopía; torpeza mental, falta de coordinación, parálisis de las extremidades, ataxia cerebelosa y trastornos sensoriales. Cabe aclarar que la primera descripción de malformaciones del tronco cerebral y el cerebelo en niños con herniación de la médula espinal fue realizada por John Cleland, diez años antes de Hans Chiari y Julius Arnold.

Existe una clasificación de las deformidades de Chiari: Tipo I: hernia total o parcial de las amígdalas del cerebelo por debajo del foramen magnum. Siringomielia; Tipo II: herniación del vermis y protuberancia hacia el canal cervical, con un IV ventrículo pequeño y dilatado. Casi siempre mielomeningocele; Tipo III: hernia cervical alta u occipitocervical. Contiene tejido cerebral (meningoencefalocele); Tipo IV: hipoplasia severa del cerebelo a veces asociada con encefalocele.

Síndrome de Budd-Chiari, es un trastorno poco común caracterizado por cirrosis hepática y as-

citis debido a la obstrucción de la vena suprahepática por un trombo o un tumor. Característicamente el lóbulo caudado del hígado no se ve afectado debido a canales venosos directos hacia la vena cava inferior. Los síntomas clínicos incluyen hepatomegalia, dolor abdominal epigástrico repentino con náuseas y vómitos, y ascitis. Trastornos asociados incluyen ictericia, hematemesis, edema de las piernas, várices esofágicas, tromboflebitis de la vena cava inferior y la hipertensión portal. Ocurre en forma aguda e intermitente. Es más común en los hombres.

Tríada de Chiari, conjunto de sucesos clínicos causados por una fístula entre la aorta y el esófago, como consecuencia de una herida de bala o la ingestión de un objeto extraño. Estos son: dolor torácico, seguido de hemorragia arterial y finalmente desangrado fatal después de un intervalo libre de síntomas. Chiari lo publicó en el 1914.

Biografía

Hans Chiari (Figura 3) nació el 4 de septiembre de 1851 en Viena. Era hijo de Johann Baptist Chiari y hermano mayor de Ottokar Chiari.

Figura 3: Hans Chiari (1851-1916).

Estudió medicina en Viena, donde fue asistente de Karl Freiherr von Rokitansky (Figura 4), considerado el fundador, junto con Virchow, de la anatomía patológica, y, luego de graduarse, de Richard Ladislao Heschl (Figura 5), discípulo de Rokitansky, a quien acompañó hasta 1879.

En 1878 recibió su habilitación para ejercer la anatomía patológica en Viena, y en 1883 se convirtió en Profesor de Anatomía Patológica en la

Figura 4: Karl Freiherr von Rokitansky (1804-1878)

Figura 5: Richard Ladislao Heschl (1824-1881)

Universidad de Praga y Superintendente en el museo de la especialidad de la ciudad.

La mayor parte de sus trabajos consisten en la descripción cuidadosa de exámenes sistemáticos *post mortem*, a lo que dedicó una monografía densamente ilustrada en 1896, en la cual expandió sus teorías en base al estudio de un enorme número de casos (Figura 6). En este libro corrigió un error muy común en la medicina de su tiempo, que consistía en confundir las malformaciones del cerebelo con las del tronco encefálico.

Su trabajo *Über Veränderungen des Kleinhirns, der Pons und der Medulla oblongata infolge von Hydrocephalie des Grosshirns* (Figura 7), publicado en Praga en 1891 y por el cual recibió gran reconocimiento en el campo de la neurocirugía, demostró la teoría de Chiari de que la hidrocefalia infantil era la causa de las deformidades de la parte posterior del cráneo.

Describió y clasificó una condición que implica deformaciones del cerebelo y el tronco cerebral en niños con herniación de la médula espinal.

Figura 6: Ilustración del cerebelo y estructuras de la fosa posterior realizada por Hans Chiari, que utilizó en su monografía sobre sus trabajos post-mortem.

Figura 7: *Über Veränderungen des Kleinhirns, der Pons und der Medulla oblongata*, uno de los principales trabajos de Hans Chiari, publicado en Praga en 1891, por el cual recibió gran reconocimiento en el campo de la neurocirugía.

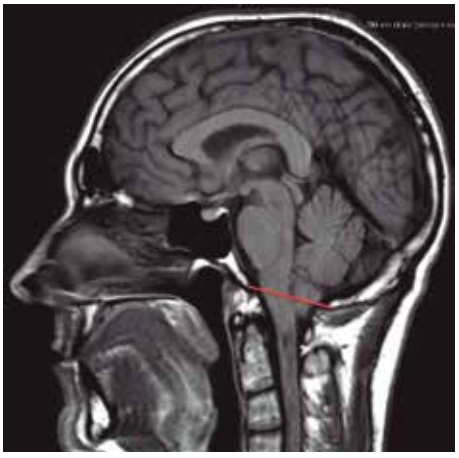


Figura 8: Corte sagital de resonancia magnética que muestra el descenso de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno, un defecto característico en la malformación del Arnold-Chiari.

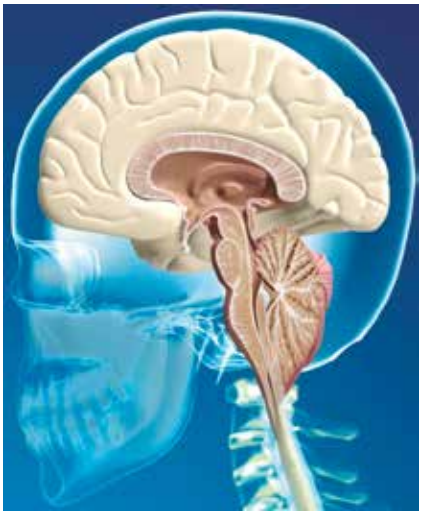


Figura 9: Esquema que ilustra la malformación de Arnold-Chiari, un defecto congénito en el cual los polos inferiores de los hemisferios cerebelosos y del tronco cerebral penetran por el foramen magno invadiendo el espacio destinado a la médula espinal.

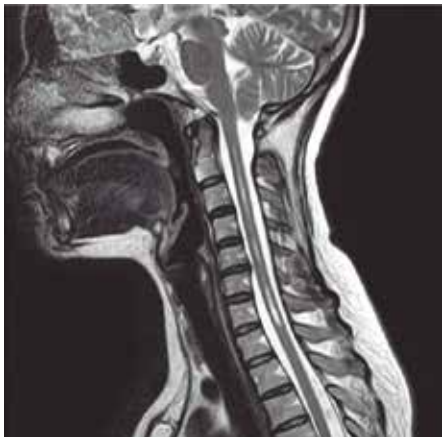


Figura 10: Imagen de resonancia magnética que muestra la presencia de espacios quísticos en el espesor del cordón medular, fenómeno conocido como siringomielia, otro de los hallazgos comunes en la malformación de Arnold Chiari.

Figura 11: Julius Arnold (1835-1915), patólogo alemán que da nombre a la malformación tronco- cerebelar junto con Hans Chiari.

Esta condición más tarde sería conocida como la "malformación de Arnold-Chiari" (Figuras 8, 9 y 10), en honor a su nombre y al del patólogo alemán Julius Arnold (Figura 11).

En 1899 y en conjunto con el internista británico George Budd (Figura12), describió la trombosis de las venas suprahepáticas asociada a ascitis y

Figura 12: George Budd (1808-1882), médico inglés que da nombre al síndrome homónimo junto con Hans Chiari.

Figura 13: Tomografía computada del abdomen con contraste endovenoso que muestra alteración del patrón de vascularización hepática en relación con trombosis de venas suprahepáticas (flecha) en un paciente con síndrome de Budd-Chiari.

cirrosis hepática, conocida ahora como síndrome de Budd-Chiari (Figura 13).

Chiari también estudió la relación entre las placas de la arteria carótida y la trombosis y mostró la existencia de una red de finas fibras que se extienden entre las válvulas de Tebesio y Eustaquio en la aurícula derecha del corazón, llamada la "red de Chiari", publicada por primera vez en 1897.

En 1883, demostró una conexión fistulosa entre un neumatocele que comunicaba los lóbulos frontales y las celdillas etmoidales en un paciente que murió de meningitis seguida de un cuadro de rinorrea, indicando así otro mecanismo productor de meningitis.

Chiari también hizo contribuciones significativas con sus observaciones de los adenomas hipofisarios. En muchas de sus obras basamos algunas concepciones actuales de la patología del sistema nervioso.

Amante de la enseñanza, siempre tuvo cuidado en conservar los elementos o estructuras que considerara interesantes para mostrar en sus clases o exhibir en los museos.

En 1906 fue nombrado profesor de Anatomía Patológica en Estrasburgo, Francia, puesto que conservó hasta su muerte en 1916.

OTTOKAR CHIARI (1853-1918)

Ottokar Freiherr von Chiari (Figura 14) nació en la ciudad de Praga (en aquel entonces territorio austríaco) el 1 de febrero de 1853. Era hijo del ginecólogo Johann Baptist Chiari y hermano menor del patólogo Hans Chiari.

Estudió medicina en la Universidad de Viena, donde luego de recibirse, se desempeñó como asistente del destacado internista y laringólogo Leopold von Schrötter (Figura 15).

Más tarde sucedió a Karl Stoerk (Figura 16), quien junto con Schrötter habían hecho de Viena un importante centro de investigación laringológica en el siglo XIX, como Director de la Clínica de Laringología. Allí introdujo grandes avances con procedimientos quirúrgicos innovadores, como lo hizo en 1912 con la operación trans-etmoido-esfenoidal.

Falleció el 12 de mayo de 1918.

Figura 14: Ottokar Freiherr von Chiari (1853-1918), en 1905.

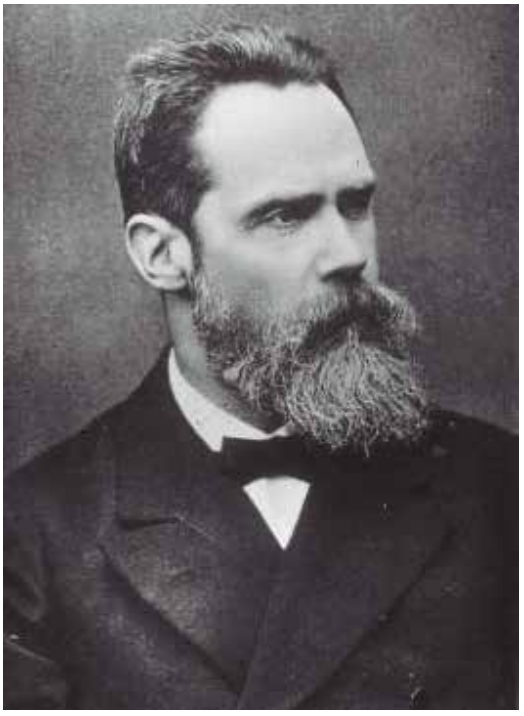


Figura 15: Leopold von Schrötter (1837-1908).

Figura 16: Karl Stoerk (1832-1899).

HERMANN CHIARI (1897-1969)

Hermann Chiari (Figura 18) nació el 6 de diciembre de 1897 en Viena (Rudolf Hospital). Al igual que su padre, Hans Chiari, se dedicó a la patología.

Después de estudiar en la Universidad de Viena (Figura 19) y de convertirse en doctor en medicina en 1922, se desempeñó en el Instituto Anatómico e Histológico y en el Instituto de Patología Experimental bajo la dirección de Richard Paltauf (1858-1924), quien introdujo la bacteriología y serología en Viena, en el Instituto de los Buques y de Medicina Tropical de Hamburgo y el Instituto de Patología de la Charité en Berlín.

Figura 17:Busto de Ottokar Chiari, en los jardines del Hospital general de Viena (foto A. Buzzi, 2012).

En los jardines del Hospital General de Viena hay un busto de Ottokar Chiari (Figura17). En 1932, la calle Chiarigasse ubicada en Favoriten, Viena, fue nombrada en su honor.

Figura 18: Hermann Chiari (1897-1969).

Figura 19: El edificio principal de la Universidad de Viena, construido entre 1877 y 1884 (foto A. Buzzi, 2012).

A su regreso a Viena, trabajó durante varios años como asistente del famoso patólogo Jakob Erdheim (1874-1937) en la morgue del Hospital de la Fundación Rudolf. En 1926 se convirtió en asistente en el Instituto Anatómo-Patológico de la Universidad de Viena, a cargo de Rudolf Maresch, donde en 1931 obtuvo el título de profesor y finalmente sucesor de aquél en 1936.

Entre 1951 y 1953 fue Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena, y desde 1954 hasta 1959 Senador Académico. Entre 1960 y 1963 fue miembro y vicepresidente de la Academia de Ciencias de Austria, miembro de la Academia Alemana de Ciencias Leopoldina en Halle, miembro del Consejo Nacional de Salud, Vice-Presidente de la Sociedad de Médicos de Viena y miembro de otras varias sociedades profesionales. También trabajó en la OMS y, desde 1963, perteneció a la Academia Internacional de Patología.

Su trabajo académico incluye 163 obras, habiendo sido considerado un excelente profesor.

Falleció el 24 de octubre de 1969.

KARL CHIARI (1912-1982)

Epónimos relacionados:

Operación de Chiari: se trata de la osteotomía pélvica, una operación para la reducción de la luxación congénita de la cadera.

Biografía

Karl Chiari nació el 6 de junio de 1912 en Viena (Figura 20). Era bisnieto de Johann Baptist Chiari, y nieto de Ottokar Freiherr Chiari (1853-1918). Su padre, Richard Chiari, también fue médico, y se desempeñó como Director del Hospital General de Linz.

Estudió medicina en Viena, donde se doctoró en 1936. Durante un corto tiempo fue asistente del famoso profesor de anatomía Eduard Pernkopf (1888-1955) en el Instituto Anatómico, desde donde pasó a trabajar con el cirujano Egon Ranzi (1875-1939).

Figura 20: Karl Chiari (1912-1982).

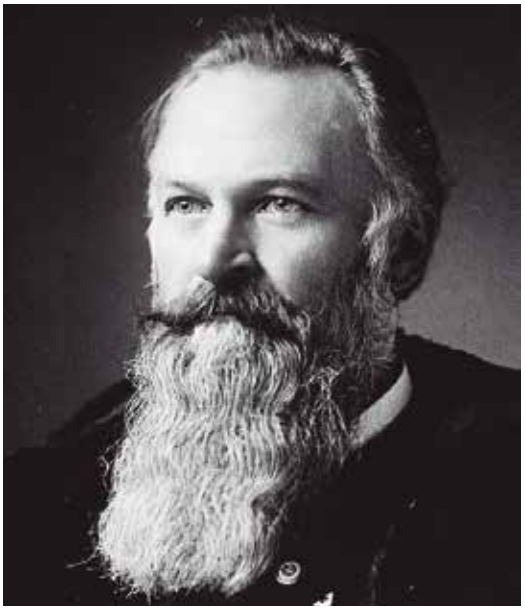


Figura 21: Adolf Lorenz (1854-1946), cirujano ortopédico austríaco.

Durante la Segunda Guerra Mundial hizo contribuciones importantes en el tratamiento quirúrgico y la rehabilitación de las personas con discapacidad, así como en la atención de niños con discapacidad física.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial trabajó con Adolf Lorenz (1854-1956) (Figura 21), un famoso ortopedista austríaco, ya que, como él mismo decía, "faltaban médicos para dedicarse a la ortopedia". Siguiendo la tradición de la escuela de Adolf Lorenz, se dedicó a los problemas de la displasia congénita de cadera (Figura 22). Se habilitó en la especialidad en 1953 con un trabajo sobre prótesis acrílicas y a partir de allí se dieron a conocer sus primeras publicaciones sobre su original osteotomía pélvica (Figura 23) para cubrir la cabeza femoral luxada en la luxación congénita de cadera, aunque la primera publicación inglesa no llegaría hasta 1974. Esta técnica logró más tarde gran prestigio.

Figura 22: Radiografía de la pelvis que muestra una luxación de cadera. La cabeza femoral izquierda (lado derecho de la imagen) pierde relación con la articulación por insuficiente cobertura de la misma, lo cual permite su desplazamiento.

Figura 23: Radiografía de la pelvis que muestra una osteotomía pélvica de Chiari.

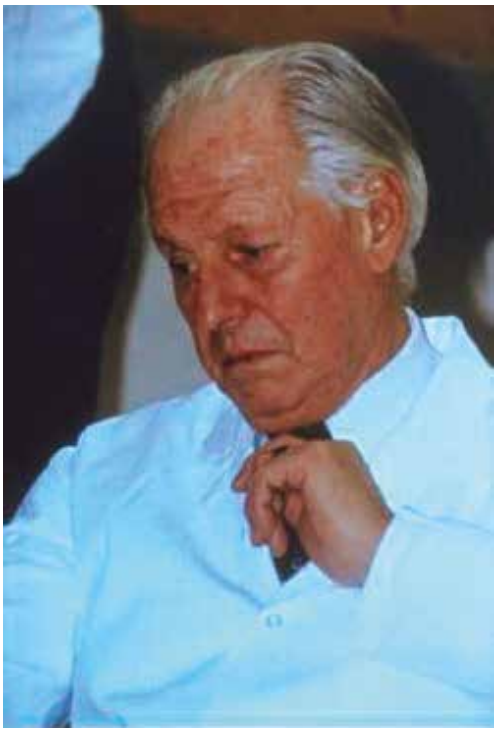


Figura 24: Karl Chiari (1912-1982). Retrato de 1980 en sus años como profesor de Ortopedia en Viena.

En 1962 fue el primer catedrático de cirugía ortopédica en la Universidad de Viena y jefe de la Clínica Ortopédica Universitaria en Viena, institución donde permaneció hasta su muerte (Figura 24). En reconocimiento a sus logros científicos, Karl fue Miembro Honorario de la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, y de las Sociedades de Ortopedia de la República

Democrática de Alemania, Francia, Hungría, Yugoslavia y Austria. También fue miembro de las Sociedades de ortopedia de Inglaterra, Suiza y los Estados Unidos. En 1960 se convirtió en presidente de la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica y Traumatología y miembro electo de la Sociedad Internacional de la Cadera. Entre 1964 y 1973 fue presidente de la Unión de Ortopedistas Austríacos.

Karl Chiari estaba interesado principalmente en el trabajo clínico y animó a sus muchos estudiantes y colegas para adoptar el mismo enfoque. Durante sus años de actividad se ganó el respeto de sus pacientes, no sólo por sus probados conocimientos en casi todas las ramas de la ortopedia, sino también a través de su constante interés en ellos y su enfoque ético de la medicina.

Falleció el 18 de enero de 1982. EAB

Bibliografía

- Ashwal. The Founders of child neurology. San Francisco: Norman Pub, 1990
- Bejjani G.K.: Definition of the adult Chiari malformation: a brief historical overview. Neurosurg 2001. Focus 11 (1): E1.
- Budd G.: On diseases of the liver. London, J. Churchill, 1845. Page 135.
- Chiari K.: Medial displacement osteotomy of the pelvis. Clinical Orthopaedics and Related Research, Philadelphia, 1974, 98: 55-71.
- Endler F. Prof. Karl Chiari on his 60th birthday. Wien Med Wochenschr 1972; 122:407-8.
- Kierzek A. Training of Polish physicians in rhinolaryngology in XIX century Vienna. Otolaryngol Pol. 2000;54(5):619-22
- Koehler P. J.: Chiari's description of cerebellar ectopy (1891). With a summary of Cleland's and Arnold's contributions and some early observations on neural-tube defects. J. Neurosurg. 1991, 75 (5): 823–6
- Lagerkvist B., Olsen L. The men behind the syndrome. John Cleland, Hans Chiari and Julius Arnold—3 men behind a new phenomenon. Brain stem defects in children with myelocele. Lakartidningen 1991, 88 (32–33): 2610–1
- Lange M. 60th anniversary of Prof. Dr. Karl Chiari. Z Orthop Ihre Grenzgeb 1972; 110:277-80.
- Macnicol M. F., Lo H. K., Yong K. F.: Pelvic remodeling after the Chiari osteotomy. A long term review. The Journal of Bone and Joint Surgery. British Volume, London, 2004, 86-B: 648-654.
- Massimi L, Peppucci E, Peraio S, Di Rocco C.: History of Chiari type I malformation. Neurol Sci. 2011 Dec;32 Suppl 3:S263-5.
- Meznik F. Karl Chiari, Obituary. International Orthopaedia 1982; 6:139.
- Mortazavi M.M., Tubbs R.S., Brockerhoff M.A., Loukas M., Oakes W.J.: Hans Chiari (1851-1916). The first description of Chiari I malformation with intuitive correlation between tonsillar ectopia and syringomyelia. J Neurosurg Pediatr. 2011 Mar;7(3):257-60
- Tubbs R.S., Cohen-Gadol A. A.: Hans Chiari (1851-1916). J Neurol. 2010 Jul;257(7):1218-20
- Sitio web www.whonamedit.com

Una vida en continuo crecimiento

SEDES:

Congreso: Pichincha 69, CABA
Barrio Norte: Viamonte 1871, CABA
Barrio Norte - Laboratorio: Viamonte 1872, CABA

CONTACTO:

info@investigacionesmedicas.com
www.investigacionesmedicas.com

TURNOS:

Central de turnos: 4127 2800
Web: portal.investigacionesmedicas.com
Whatsapp: 11 4403 0238

NUESTROS SERVICIOS:

- Resonancia Magnética
- Tomografía Computada
- Radiología Simple y Contrastada
- Cardiología
- Cardiodiagnóstico
- Gastroenterología
- Anatomía Patológica
- Hemodinamia
- Medicina Nuclear
- Diagnóstico e Intervencionismo Mamario
- Densitometría Ósea
- Intervencionismo
- Ecografías Simples y Especiales
- Laboratorio

INVESTIGACIONES MÉDICAS
CENTROS DE DIAGNÓSTICO

MALES DE ARTISTAS

Luigi Boccherini

"Sé bien que la música se hace para hablar al corazón del hombre,
y a esto es a lo que procuro ingeniarme:
la música sin afectos y pasiones es insignificante..."

Boccherini, en una carta a M.J. Chénier (8 de julio de 1799) [4]

Prof. Dr. Antonio Werner
Miembro Honorario de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional - ICOH

Prof. Dr. Eduardo Scarlato
Director del Museo del Hospital de Clínicas " José de San Martín"

INTRODUCCIÓN

En un mundo donde se valoriza tanto la utilidad productiva de las innovaciones técnicas, es probable que no percibamos en su exacta dimensión lo que ha significado la creación de los instrumentos musicales, ingenios a través de los cuales el hombre ha tratado de imitar sonidos de la naturaleza y de crear otros aptos para expresar sus emociones. La diversidad de elementos es abrumadora; prácticamente no hay materia que no haya servido para confeccionar un instrumento musical (Figura 1).

El diseño de cada instrumento debió contemplar el mejor rendimiento acústico con la adaptación más ergonómica posible, relación difícil de satisfacer en muchos casos. Consideremos, además, que los instrumentos se construyen para una medida antropométrica promedio y para funciones fisiológicas óptimas, obligando a que los intérpretes que se alejan de ese modelo ideal se vean obligados a compensar sus deficiencias con sobreesfuerzos y con actitudes antifisiológicas (Figura 2).

Figura 1: fragmento de una flauta hallada en la gruta alpina de Dijve Babe (Eslovenia), construida en un fémur de oso, que data de 55.000 aC. Sería el instrumento musical más antiguo que se conoce[11].

Figura 2: "*Transporte de dos violines y un contrabajo en Viena*", grabado de Salomon Kleiner, 1733[11].

En la búsqueda permanente de lograr un mejor sonido, los instrumentos sufrieron cambios que obligaron a prácticas más esforzadas; la evolución del clavicordio hacia el piano moderno es un claro ejemplo de lo que comentamos. En particular, el auge del romanticismo exigió contar con instrumentos más elaborados que permitieran el lucimiento de solistas virtuosos.

Los compositores que fueron a la vez intérpretes excepcionales, como Paganini y Rachmaninoff, se exigieron y exigieron sobreesfuerzos a los ejecutantes de sus obras. La evolución del sinfonismo y de la ópera, pensemos en Wagner y Berlioz, con su exigencia de instrumentos más claros y de emisión más potente, ha sido también un factor agravante de las patologías relacionadas con la ejecución musical. En el siglo XVII la orquesta barroca solía disponer de un máximo de 20 ejecutantes, número que ascendió a 40 en la época de Beethoven y a 100 o más a principios del siglo XX (Figuras 3a y 3b).

Hay que tener presente que el modelo de un instrumento es casi siempre único, es decir, diseñado para un hombre adulto de 1,70 m, ignorando variantes biológicas tan naturales como

Figura 3a: La evolución de la orquesta sinfónica. La orquesta barroca, siglo XVIII.

Figura 3b: La evolución de la orquesta sinfónica. La orquesta moderna (Orquesta Filarmónica de Buenos Aires)[11].

el sexo, la edad y el biotipo. Con el desarrollo de la moderna ergonomía y de la Medicina del Trabajo progresivamente se fue conociendo la dimensión real de la patología ocupacional de los trabajadores dedicados a las distintas formas de interpretación de las artes musicales. Numerosos trabajos clínicos y epidemiológicos se ocuparon de investigar los riesgos y sus consecuencias en diferentes grupos de intérpretes, ejecutantes sinfónicos, cantores, bailarines, músicos populares, integrantes de bandas, etc.

Pero hay escasa información histórica de las enfermedades relacionadas con la interpretación artística que pudieron padecer los músicos célebres. Las fuentes son escasas, y a diferencia de lo que sucede con los pintores y escultores, pocas veces los mismos afectados han dejado testimonios de sus padecimientos y discapacidades en sus obras. Las patologías profesionales de los músicos son resultado de la acción de agentes muy diversos causantes de alteraciones respiratorias, ortopédicas o sensoriales, lo cual también establece una diferencia con las enfermedades de los pintores, casi siempre consecuencia de la exposición a agentes tóxicos.

Para casos antiguos solo tenemos como fuentes de información los testimonios de terceros, biógrafos, cronistas, críticos y periodistas musicales, y en menor grado, referencias autobiográficas. A partir del desarrollo de los métodos de grabación contamos en algunos casos con la posibilidad real de reconocer los efectos de las diferentes patologías específicas de los músicos en la ejecución instrumental o en el uso de sus propios recursos naturales, como en la danza y el canto.

Los llamados instrumentos de cuerda se dividen según la forma en que se hacen vibrar las cuerdas para generar los sonidos en tres tipos: instrumentos de cuerda frotada, como el violín, de cuerda pulsada, como la guitarra o el arpa, y de cuerda percutida, como el piano. Cualquiera sea la forma elegida para lograr la emisión de los sonidos, los riesgos principalmente ergonómicos, están siempre presentes, y son varios los casos de ejecutantes célebres que han padecido enfermedades profesionales muchas veces incapacitantes, al grado de obligarlos a abandonar el instrumento. Luigi Boccherini no debió abandonar su instrumento, el violonchelo, pero luego de toda una vida dedicada a su ejecución padeció las consecuencias de las malas posturas, algunas de las cuales se hubieran evitado con pequeñas modificaciones ergonómicas surgidas en siglos posteriores.

UNAS PALABRAS SOBRE EL VIOLONCHELO

En algún momento de la historia de la música algunos instrumentos de cuerda pulsada se convirtieron en instrumentos de cuerda frotada, gracias a la aparición del arco, desconocido en Occidente hasta la Edad Media, ya que provenía del Lejano Oriente. El sonido corto e inextensible de la cuerda pulsada se transformaba en un sonido que podía ser sostenido y con enormes variables de intensidad. Uno de los principales testimonios de la existencia de estos instrumentos en Occidente se halla en una ilustración del Codex Mannese[2], de 1305, en el cual puede verse a un par de ejecutantes de *viola da braccio* en un conjunto musical que toca para la reina por indicación del rey (Figuras 4a y 4b).

La fama que los instrumentos de cuerda frotada, tanto violines como violas y celos, adquirieron gracias a la calidad de los luthieres de Cremona, como los Stradivarius, los Guarneri y los Amati, ocultó el hecho de que los primeros instrumentos fueron españoles, tal como lo reconocía en

Figura 4a: Ilustración del Código Manesse[2] (1305). Universidad de Heidelberg. Una de las primeras representaciones de un instrumento de cuerda frotada en Occidente.

Figura 4b: Detalle de la ilustración del Código Manesse[2] (1305). Universidad de Heidelberg. Una de las primeras representaciones de un instrumento de cuerda frotada en Occidente.

1658 Vincenzo Galilei: "En *España se encuentra la primera música jamás escrita para violas, pero los instrumentos más antiguos ahora se encuentran en Bolonia, Padua y Florencia*" [9].

Las violas se dividieron a su vez en dos grandes familias, las "*da braccio*" (brazos) y las "*da gamba*" (piernas). Esta última dio lugar a su vez al violonchelo como lo conocemos hoy, con la moderna incorporación de la *pica,* recién a fines del siglo XIX, que permitió que el instrumentista dejara de sostener el instrumento haciendo presión con ambas piernas. La pica es el sostén fijado a la base del instrumento para que se apoye en el suelo, y a la vez al elevarlo permite facilitar el movimiento del brazo que dirige el arco (Figuras 5a y 5b).

Figura 5a: "*La familia Remy*". Januarius Zick, Siglo XVIII. El violoncelo es sostenido entre las piernas del ejecutante.

Figura 5b: El maestro ruso Mstislav Rostropovich en concierto, con la pica del instrumento apoyada en el suelo[11].

VIDA Y OBRA

El compositor barroco Luigi Boccherini (1743-1805), a la vez eximio concertista de violonchelo, nació en la ciudad toscana de Lucca, en un hogar con marcado ambiente musical, que le permitió desarrollar su vocación con todo el apoyo del padre, ejecutante del violonchelo y el contrabajo. La hermana integraba un cuerpo de ballet y un hermano, más inclinado a las letras, igualmente siguió en el mundo de la música como libretista de óperas (Figuras 6a y 6b).

El padre, al advertir el interés del pequeño Luigi por la música, comenzó a darle clases de violonchelo, pero luego, notando que sus posibilidades estaban agotadas, contrató como maestro al abate Domenico Vannuci (1718-1775), reconocido violonchelista y autor de composiciones sacras. A Vanucci le sucedió lo mismo que al padre de Luigi, ser superado prontamente por el avanzado y talentoso alumno (Figura 7).

Figura 6a: Casa natal de Luigi Boccherini en Lucca.

Figura 6b: La placa que recuerda el nacimiento de Luigi Boccherini.

Ante la carencia de un maestro en Lucca del nivel que Luigi requería, el padre lo envió a proseguir estudiando en Roma con el celista Giovanni Battista. Satisfecho con los avances del hijo, decidió emprender una gira conjunta hacia Viena, en compañía también de los otros dos hijos. Actuaron exitosamente frente a la familia imperial. Para entonces Luigi ya había publicado una serie de tríos para dos violines y violonchelo, obras que merecieron el comentario elogioso del compositor Christoph Gluck (1714-1787). A partir de ese promisorio Opus 1, el catálogo de las obras

Figura 7: Retrato de Luigi Boccherini adolescente. Grabado anónimo. A esa edad ya era un consumado artista del violonchelo.

de Boccherini alcanzaría nada menos que a más de 500. Sin embargo, hasta la actualidad, es recordado por el "*Minué del Quinteto para Cuerdas N° 5 Op 11",* de 1775*,* única producción que alcanzó un nivel de reconocimiento popular.

En 1765, Boccherini se radica en Milán, desde donde inició una gira muy exitosa por Italia y Francia con el cuarteto de cuerdas llamado "Cuarteto Toscano", que integró con otros tres músicos de fama: Pietro Nardini, Filippo Manfredi y Giuseppe Cambini. La subsistencia de un musico profesional no era nada fácil sin un estipendio fijo como músico cortesano, y con ese propósito en 1768 se dirigió a Madrid, donde, si bien no logró ser contratado por el rey Carlos III, sí pudo entrar al servicio del hermano menor del soberano, don Luis Antonio de Borbón (Figura 8).

La vida de Luigi Boccherini en España estuvo muy ligada a la de Don Luis Antonio de Borbón (1727-1785), hermano menor del rey Carlos III, así que merece unos párrafos. Conocerlo fue una suerte para Boccherini, ya que al disolverse el "Cuarteto Toscano" emigró a España junto a su amigo, el violinista Filippo Manfredi, con el objetivo de lograr una plaza fija en la corte real. Manfredi la consiguió, quizás por la preferencia por un violinista, mientras que a Boccherini le quedó el premio consuelo de ser contratado por el hermano menor del rey, don Luis Antonio, mucho más culto que el monarca, amante de las artes en general, de la naturaleza y en especial, de las mujeres. Esta última afición le trajo más de un inconveniente con su regio hermano,

Figura 8: "*Retrato de Luigi Boccherini*". Atribuido a Pompeo Batoni. 1765. Galería de Arte de Victoria, Melbourne, Australia.

Figura 9: "*Retrato del Infante Luis de España, arzobispo de Toledo y Primado de España*". 1737. Louis Michel van Loo. Museo del Prado, Madrid.

pese a que don Luis había iniciado una precoz carrera eclesiástica ya que a los ocho años era nada menos que cardenal de Toledo. Si bien el Concilio de Trento (1560) prohibía el ordenamiento de los menores, el papa Clemente XII lo ignoró puesto que estaba en deuda con el rey de España, que le había dado apoyo a través del reino de Nápoles y Sicilia a las pretensiones territoriales del Vaticano (Figura 9).

A medida que el cardenal primado de España crecía, cada día era más notoria su falta de vocación religiosa y su debilidad por las faldas, la danza, la música, la caza y la esgrima. En una palabra, un auténtico *bon-vivant*. En 1754, a los 27 años, don Luis pidió a su hermano que intercediera ante al Papa para lograr el abandono de la vida eclesiástica. Probablemente por la difusión de los escándalos, el pontífice aceptó de inmediato la solicitud, y don Luis volvió a la vida civil. En 1761 compró el condado de Chinchón y construyó un lujoso palacio en Boadilla del Monte, en un lugar que le permitía mantener con total libertad sus aficiones, entre estas, rodearse de artistas de fama, músicos como Boccherini y pintores como Francisco de Goya y Lucientes (Figuras 10a y 10b).

Como resultado de su vida licenciosa con muchas y variadas mujeres, tanto damas cortesanas como mujeres del pueblo, tuvo por lo menos tres hijos ilegítimos. Uno de los artistas bajo su mecenazgo, el pintor Luis Paret (1746-1799) actuaba como alcahuete del noble Luis. Harto el rey de las andanzas de su hermano menor, decidió tomar cartas en el asunto, desterró a Paret a Puerto Rico, obligó a Luis mantenerse lejos de la corte y le ordenó casarse con María Teresa Vallabriga, una mujer aristócrata pero plebeya, a fin de que este casamiento no le trajera complicaciones dinásticas. Es que el rey Carlos tenía hijos para sucederle, pero nacidos en Italia cuando era el rey de Nápoles y Sicilia, y la Ley Sálica impedía que accedieran al trono español quienes no hubieran nacido en el reino de España. Como se sentía viejo para engendrar otro heredero, le entró el temor de que su hermano si los tuviera y con razón pudieran pretender el trono español. Para mayor seguridad, al mismo tiempo promulgó un edicto estableciendo que si un infante se casaba con una mujer plebeya perdía los derechos al trono.

El ahora conde Chinchón, obligado a residir lejos de Madrid, tuvo que desalojar su cómodo palacio de Boadilla del Monte y comenzar un periplo por España hasta recalar finalmente en Arenas

Figura 10a
Palacio de Boadilla del Monte.

de San Pedro, un poblado a 180 kilómetros de la capital del reino. Pese a haber engendrado tres hijos con la esposa obligada, la historia menor cuenta que no fue para nada feliz, pues ella le reprochaban continuamente la vida itinerante en el exilio, sin siquiera poder pisar la corte real. Para colmo, temía que su vengativo hermano disgregase su familia a su muerte, lo que finalmente sucedió. El rey de inmediato recluyó a la viuda en Zaragoza, enclaustró a las hijas en un convento y puso al varón a disposición de un cardenal para iniciarlo en la vida eclesiástica.

Pero pese a tantos infortunios en su vida doméstica, don Luis encargó a su pintor protegido, Francisco de Goya, el típico cuadro del grupo familiar extendido a otros personajes íntimos. Realizado en 1784, el cuadro presenta a un avejentado Luis, sentado y jugando al solitario

Figura 10b: Luis Antonio de Borbón, 1769, Anton Mengs, Museo de Bellas Artes de San Diego, California.

con cartas españolas, con el característico perfil borbónico, y de frente, doña María Teresa, notablemente más joven que el esposo, mientras la están peinando. Goya se autorretrata en el costado izquierdo, dándonos la espalda, y a la derecha, de pie y de perfil, vistiendo una librea roja, encontramos a Luigi Boccherini, en una participación que testimonia el aprecio de su mecenas y el grado de intimidad. No hay nada de etiqueta cortesana en la escena, como correspondería con el prestigio de un Infante del reino de España. Goya, pintor realista, nos transmite una imagen doméstica, incluso con individuos del pueblo como los dos de la derecha del cuadro (Figura 11).

Boccherini acompañó al infante don Luis en su exilio, siendo una de las épocas más fructíferas de su prolífica producción musical. En esos años compuso más de un centenar de obras entre piezas de cámara y orquestales. Luigi permanecerá al lado del infante hasta su muerte, ocurrida en 1785, momento en que Carlos III aprovecha para no renovarle el contrato.

Durante su tarea en la corte del infante Don Luis de Borbón, Boccherini compuso las obras más conocidas actualmente de su repertorio: el ya referido "*Quinteto en do mayor*" y "*La música nocturna de las calles de Madrid*", una suite inspirada en el bullicio de las calles, con el color local que le da el acompañamiento de guitarra española, y finalizando con el toque de queda a la medianoche invitando a los vecinos a retirase a sus casas.

Como no hay mal que por bien no venga, pronto fue contratado con un estipendio muy generoso por el rey Federico II de Prusia (1712-1786), hoy

Figura 11: "*La familia del Infante don Luis*". 1784. Francisco de Goya y Lucientes. Fundación Magnani Rocca, Parma.

Figura 12a: Luigi Boccherini en sus últimos años. Dibujo en crayón de Étienne Mazas (1840-1927).

Figura 12b: Monumento a Boccherini en Lucca, emplazado en la Piazza del Suffragio. 2008. Obra de Daphne du Barry.

más recordado en la historia alemana como Federico el Grande, compositor, flautista, violinista y celista aficionado. Mientras estuvo a su servicio, le entregó 277 nuevas piezas musicales compuestas especialmente para el soberano prusiano. Parece ser que durante un tiempo se radicó en Potsdam, sede el palacio del rey de Prusia.

Las muertes del rey Federico II y de su segunda esposa provocaron el inicio de la decadencia de Luigi. Su salud fue progresivamente deteriorándose por una tuberculosis pulmonar, ya que en cartas a sus amigos se quejaba de las expectoraciones sanguinolentas, la fiebre constante y el decaimiento severo. Al morir el rey de Prusia, Boccherini volvió a España, donde murió por una hemoptisis masiva en 1805, empobrecido y solitario (Figura 12a y 12b).

También Madrid recuerda al maestro que pasó gran parte de su vida en España con un busto y una glorieta ubicada al final de la Cuesta de la Vega, inaugurados en 1966. El busto fue una donación de la ciudad de Lucca y el pedestal fue el aporte del Ayuntamiento madrileño. En el pedestal puede leerse la siguiente cita de J.B. Cartier: "*Si Dios quisiera hablar a los hombres, se serviría de la música de Haydn, pero si quisiera escuchar música elegiría, sin duda, la de Boccherini*" (Figuras 13a y 13b).

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LUIGI BOCCHERINI

Boccherini fue enterrado en la Iglesia de San Justo de Madrid, pero sus restos fueron removidos en 1927, cuando Benito Mussolini convenció al gobierno español de trasladarlos a su ciudad natal, Lucca, donde volvieron a ser inhumados en la iglesia de San Francisco con gran pompa.

Figura 13a
Busto y glorieta de Boccherini en la Cuesta de la Vega, Madrid, 1966.

Figura 13b: Busto de Boccherini en la Cuesta de la Vega, Madrid, 1966.

Figura 14: Restos de Boccherini al ser removidos de su tumba en la iglesia San Justo de Madrid, en 1927. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

Figura 15: Restos de Boccherini cuando fueron exhumados de la tumba en Lucca en1993, al cumplirse 250 años de su nacimiento. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

El cadáver del músico se encontraba en muy buenas condiciones al ser retirado del sarcófago original (Figura 14).

Pero el pobre Boccherini estaba condenado a no poder descansar en paz. En 1993, al cumplirse 250 años de su nacimiento, el gobierno municipal permitió que un grupo de paleopatólogos de la Universidad de Pisa, dirigidos por los profesores Rosalba Ciranni y Gino Fornaciari[1] exhumaran nuevamente los restos, que estaban vestidos con el hábito franciscano. Lamentablemente, la humedad y las malas condiciones del segundo enterramiento dañaron los tejidos del cadáver del músico (Figura 15).

No obstante, el esqueleto estaba bien conservado y permitió la investigación radiológica a través de la cual se descubrieron las lesiones generadas por la postura antiergonómica y el sobreuso del violoncelo. El trabajo de Ciranni y Fornaciari[1] es un modelo de investigación paleopatológica fundamentada en el análisis prolijo y científico de restos óseos en buen estado de conservación.

En la mano derecha, la que sostenía el arco, pueden verse signos de una severa rizartrosis del dedo pulgar derecho, ausente en el izquierdo. El dedo pulgar es el que más trabaja en los movimientos del arco que frota las cuerdas. Como rizartrosis se conoce la artrosis de la articulación de la base del pulgar, producida por el desgaste o degeneración de la articulación de trapecio-metacarpiana. Esto produce dolor en la articulación, inflamación de los tejidos que rodean la articulación y formación de osteofitos (salientes óseos en los márgenes articulares). El resultado es una articulación rígida y dolorosa, con su movilidad limitada. La radiografía permite ver claramente la consistencia ebúrnea del hueso trapecio y los osteofitos de la falange. (Figura 16a y 16b).

El codo izquierdo presenta manifestaciones evidentes de epicondilitis. La epicondilitis, conocida también como codo del tenista, es una enfermedad caracterizada por dolor en el epicóndilo, eminencia ósea que se encuentra en la parte lateral y externa del codo. La epicondilitis del codo izquierdo obedece a la tensión de los músculos insertados que participan activamente en los movimientos repetitivos de la digitación de la mano izquierda (Figuras 17a y 17b).

Los tercios superiores de ambas tibias revelan la curvatura simétrica del *genu valgum*. Se trata de una deformidad caracterizada porque el muslo y la pierna se encuentran desviados en el plano frontal, de tal manera que forman un ángulo hacia afuera. El *genu valgum* se debía a que el instrumento de esa época no tenía la aguja

Figura 16a: Mecanismo de acción del movimiento del arco sobre el dedo pulgar derecho.

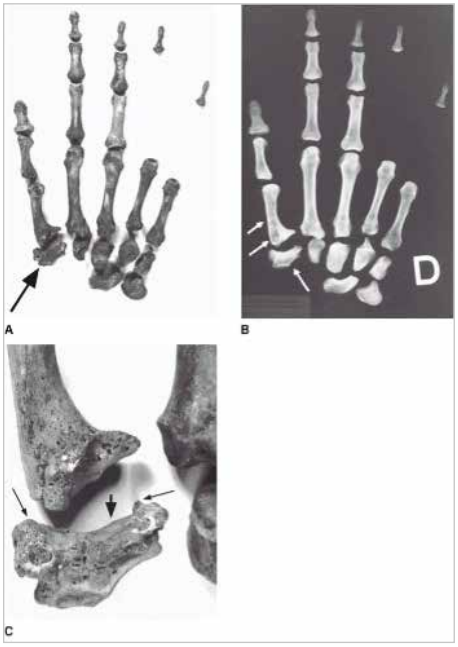


Figura 16b: Radiografía de la mano de Boccherini, con signos evidentes de rizartrosis. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

Figura 17a: Mecanismo de acción de ejecutar el arco sobre el codo izquierdo.

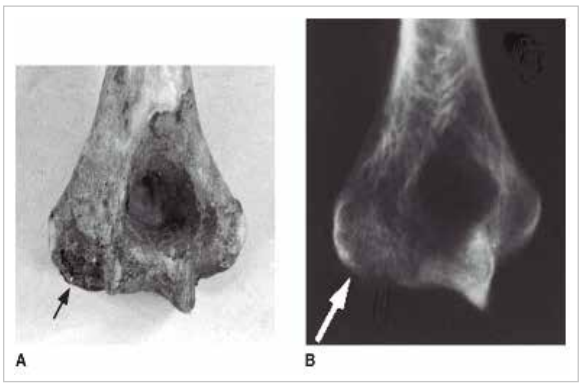


Figura 17b: Aspecto físico y radiografía del hueso húmero izquierdo de Boccherini, con imágenes de epicondilitis severa. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

Figura 18a: Mecanismo de acción de sostener el violonchelo entre las piernas, que produce la desviación conocida como *genu varum*.

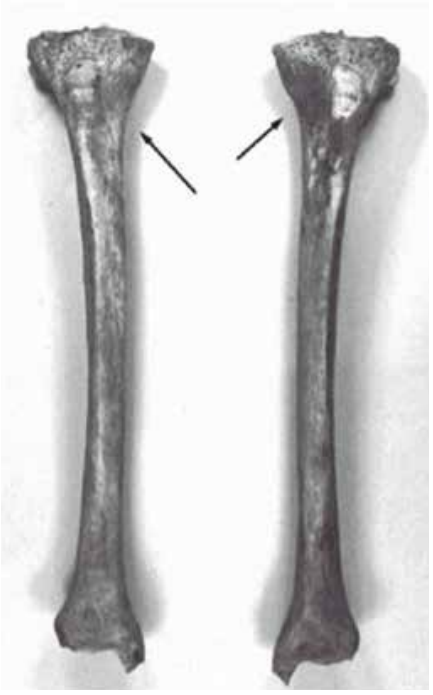


Figura 18b: Ambas tibias de Boccherini con las típicas desviaciones de sus ejes clínicos. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

actual (pica) que permite apoyarlo en el suelo, por lo cual debía ser sostenido por la constante contracción de las rodillas (Figura 18a y 18b).

El estudio radiológico de la columna vertebral confirma el diagnóstico macroscópico de rectificación de la lordosis cervical y lumbar, así como de una severa escoliosis torácica. Las deformaciones de la columna se vinculan con la postura sedente del concertista (Figuras 19a y 19b).

El estudio se completó con la observación directa y la filmación de las posturas y actitudes que adoptaba un ejecutante profesional tocando una obra de Boccherini. Buena parte de las lesiones que sufrió Boccherini, en especial la

anormal curvatura de las piernas, se hubieran evitado simplemente apoyando el instrumento en el suelo, tal como se lo utilizan bh1 q134osis generalizada y los signos evidentes de la tuberculosis pulmonar que llevó a la muerte al compositor.

En 1974, en la prestigiosa publicación médica *British Medical Journal*[8], apareció un trabajo de la Dra. Elaine Murphy, baronesa, funcionaria en el área de salud pública y psiquiatra de un hospital londinense, informando a la comunidad científica del hallazgo de una desagradable molestia, que llamó "*escroto del violoncelo*", sufrida por el continuo roce del instrumento con esta parte del cuerpo, o sea, que se trataría de una nueva enfermedad profesional de los celistas masculinos.

Sorprendentemente, 34 años después de la presentación del informe en el BMJ [7], la propia autora publicó en la misma revista que pedía perdón a los lectores pues todo había sido una patraña, una típica muestra de humor inglés, inspirada en la supuesta dolencia conocida el "*pezón de la guitarra*", causada por el mismo tipo de rozamiento del instrumento con partes sumamente sensibles.

La seriedad y tradición del BMJ jugó a favor de la veracidad del articulo original, no obstante haber existido algunos aislados rechazos fundados. La dirección actual de la revista comentó

Figura 19a: Mecanismo de acción de la postura del violonchelista sobre la columna vertebral.

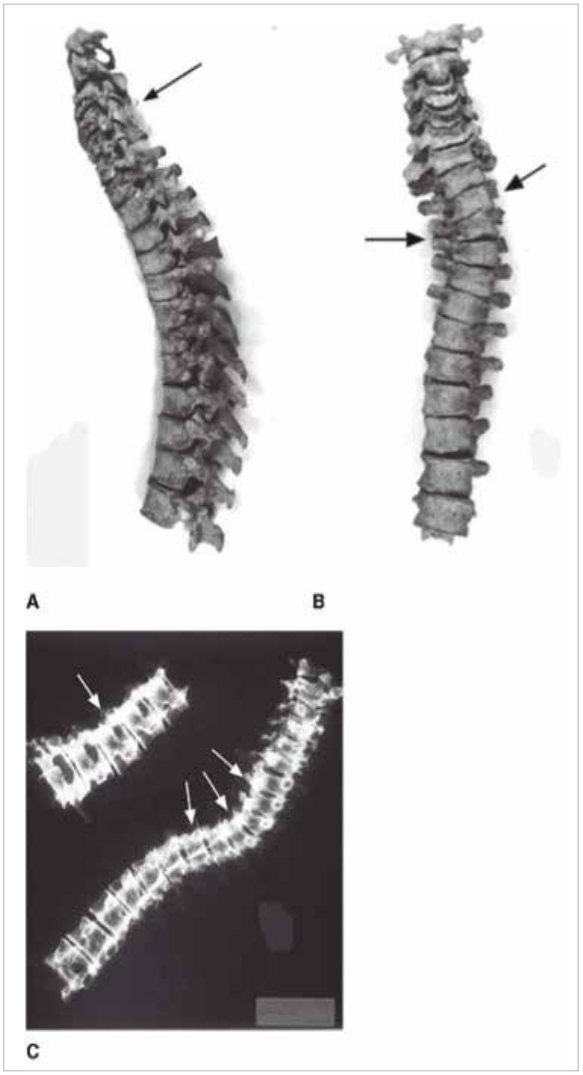


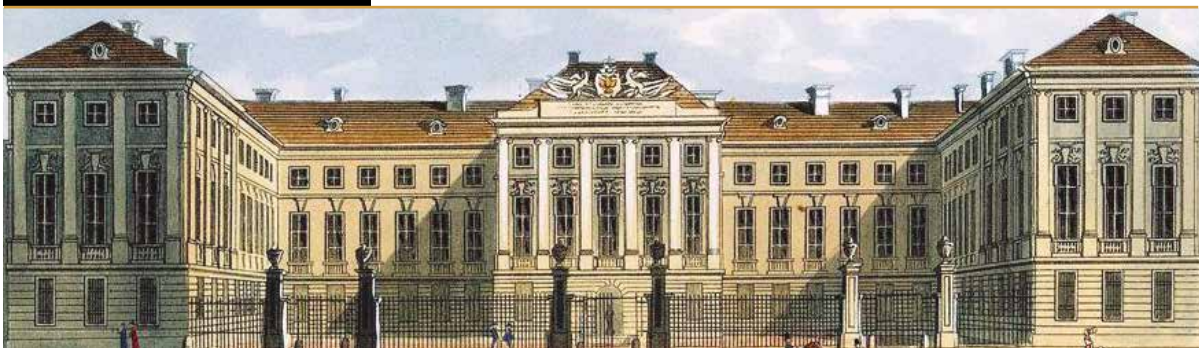
Figura 19b: Aspecto de la columna de Boccherini e imágenes radiológicas que muestran las desviaciones de la misma. (Fuente: R. Ciranni y G. Fornaciari, *International Journal of Osteoarcheology* 2003).

que no era un tema preocupante pues actualmente no se aceptan trabajos basados en un caso clínico, por el contrario, se exige un número determinado de experiencias con la expresión epidemiológica del resultado. Tampoco quedan dudas de que el pezón de la guitarra ha sido otra invención disparatada. EAB

Bibliografía

1. Cirani R, Fornaciari A: "Luigi Boccherini and the Barocco Cello: an 18th Century Striking Case of Occupational Disease" .2003. *International Journal of Osteoarcheology*: 294-302
2. Codex Manesse, Die Miniaturen der Grossen Heidelberger Liederhandschrift (German Edition)dition) *Ediciónen Alemán de Gisela Walther, Ingo F.;Siebert* 1988
3. Curtis P; "Letter: Guitar nipple". 1974. *British Medical Journal* 2 (5912): 226.
4. Gambichler T: "Contact dermatitis and other skin conditions in instrumental musicians". 2004. *BMC Dermatology* 4: 3.
5. Kaiserkern B: "*Luigi Boccherini: Música Amorosa*". Kahn & Averill Pub, Londres, 2022
6. Martínez Hernández A; "Análisis comparativo de las biografías de Luigi Boccherini" Revista de Musicología. Vol 14 N° 41, 2018: 356-362
7. Murphy E et al: "Murphy's lore" British *Medical Journal* Enero 2009: 338
8. Murphy JM: "Letter: Cello scrotum", *British Medical Journal*, Mayo 1974. 2: 335
9. Prieto C: "Las a venturas de un violonchelo". Fuente: https://www.academia.edu/27217536/Carlos_Prieto_The_Adventures_of_a_Cello
10. Scarlato ER, Werner AF; "Venenos en el Arte" *Editorial OLMO*. Buenos Aires, 2015
11. Werner AF, Scarlato ER: "Historias de la Salud y Enfermedad de los Trabajadores". *Ediciones EAB*. Buenos Aires, 2018

ANTROPOLOGÍA



Reverón y los psiquiatras culturalistas

1a Parte: Quién fue Armando Reverón

El venezolano Armando Reverón (1889-1954) es considerado "el pintor de la luz". Su obra y conducta ritualizada antes de pintar, así como sus agudas crisis alucinatorias, vienen siendo analizadas por psiquiatras y críticos de arte desde hace décadas. Por otra parte, se introducen aquí las particularidades del enfoque culturalista en psiquiatría y el lugar de los antropólogos en su desarrollo.

Lic. Vivina Perla Salvetti
Ciencias Antropológicas
Facultad de Filosofía y Letras (UBA)

INTRODUCCIÓN[1]

Armando Reverón (1889-1954) fue un pintor y artesano nacido en Venezuela, considerado actualmente como precursor del arte conceptual y uno de creadores más importantes del siglo XX en América Latina. Asimismo, actualmente es estudiado como pionero del Performance, la Instalación y la Escultura Textil y móvil. En una época en la que los pintores se formaban en Europa y luego se limitaban a reproducir lo aprendido, Reverón trató de encontrar un estilo original, autosuficiente y autóctono, en pos de captar las raíces de la expresión plástica mientras reflexionaba sobre la belleza de las cosas simples bajo el impacto de la brillante luz tropical.

Pero como suele suceder, Armando Reverón también fue conocido en vida como "El Loco de Macuto": a la conducta extraña para los curiosos que iban a visitarlo al Castillete, sumó varias crisis alucinatorias graves por las que tuvo que ser internado y, sin embargo, consiguió superar en corto plazo, gracias a las intervenciones realizadas por su médico de cabecera.

Este trabajo está abocado a analizar las particularidades de la conducta ritualizada que favorecían la demarcación de un espacio para abstraerse del entorno mientras se disponía a pintar, cuando tales rituales quedaban interrumpidos durante las crisis psicóticas de este pintor fuera de lo común. Para comprenderlo, comenzaremos por realizar un análisis comparativo de las reflexiones y entrevistas a médicos psiquiatras compilados y publicados en 2017 por el crítico de arte venezolano Juan Calzadilla, en *Los Laberintos de la Luz. Reverón y los psiquiatras.*

El texto de Calzadilla reúne trabajos de diferentes médicos que reconocen las limitaciones del discurso freudiano para abordar la vida y la obra de Reverón, así como las dificultades para entender el marco teórico-metodológico del médico a cargo. Sin embargo, el análisis retrospectivo de la conferencia que ofreció el Doctor Baez Finol en el Museo de Bellas Artes sobre el pintor en 1955, ofrece elementos suficientes para inferir el enfoque culturalista de la *Escuela de Washington*, donde acudían médicos de todo el mundo a completar su formación debido a su amplia trascendencia durante las décadas de los años treinta y cuarenta del siglo pasado. Esta corriente psiquiátrica particular, desapareció con la muerte del último de sus discípulos porque sus métodos eran trasmitidos y aprendidos oralmente y nunca consiguieron formalizarse adecuadamente en una teoría que consiga describir adecuadamente sus métodos para ser practicada por otros médicos. Sin embargo, su obra y éxitos clínicos merecen su reflexión histórica, porque fue ampliamente reconocida en su tiempo debido al éxito obtenido en el abordaje y la remisión comprobada de crisis psicóticas.

Por lo tanto, a continuación, se comparten en esta primera parte, aspectos cruciales de los informes compilados en el texto de Calzadilla, seguidos en la segunda parte, de la descripción del contexto histórico que impulsó la emergencia de la Corriente Culturalista en Psicoanálisis, que invitan a la reflexión sobre la necesidad de revisar los paradigmas vigentes en pos de encontrar un equilibrio entre el tratamiento exitoso de trastornos físicos reales, y evitar el riesgo de un discurso freudiano cerrado y solipsista. La revisión sugerida halla su fundamento en la necesidad humana de ofrecer soporte psíquico al enfermo hasta que el paciente consiga encontrar los recursos para curarse a sí mismo, como reza el principio hipocrático en Medicina.

HITOS EN LA VIDA Y OBRA DE REVERÓN

Armando Reverón nace en Caracas el 10 de mayo de 1889 y luego es entregado para su crianza a una familia de Valencia, aunque sigue manteniendo contacto periódico con su madre. Cuando contaba con nueve años de edad conoce el estudio del padre del pintor Arturo Michelena, y a partir de allí comienza a copiar a los grandes maestros europeos. Hacia 1901 realiza su primer encargo por parte de un comerciante y copia "La Caza del León" de Eugéne Delacroix y un año después *sufre de tifus*, cuya convalecencia lo sumió en un estado de apatía tal que suspendió la escolaridad, antecedente que algunos especialistas han visto como el origen de sus futuros trastornos de personalidad.

Figura 1: Reverón en El Castillete, la vivienda construida por él mismo con materiales del lugar.

Un tiempo después ingresó en la Academia de Bellas Artes de Caracas, y completó su formación en España y Francia. En 1918 conoce a Juanita Mota la cual será su compañera hasta su muerte. A partir de 1920 se establece en la zona de Macuto, donde levanta "El Castillete" con sus propias manos como su taller y morada, espacio donde se aisló para transitar la experiencia estética con toda intensidad (Figuras 1 y 2).

Hay consenso entre los historiadores de arte para clasificar su producción en tres períodos o etapas, asociadas con la predominancia de un color:

1. *Etapa Azul* (1919-1924) desarrollada en *El Castillete,* iniciada e influenciada por la amistad con el pintor y artista ruso Nicolás Ferdinandov (Figura 7).

Figura 2
Portal del Castillete.

2. La conocida *Etapa Blanca* (a partir de 1924) donde comenzó a explorar de manera absolutamente personal y novedosa los efectos de la luz, y del blanco como la suma de todos los colores. En esta etapa Reverón también comenzó la construcción de sus propios útiles de pintura. Sus famosos *coletos* o pinceles, contribuirían a afianzar esa condición primitiva y autosuficiente que había elegido como orientación vital. Su pintura comienza a distinguirse de las del resto que se exhiben en Venezuela, alejada de las modas capitalinas y del resto del mundo. A medida que crece su experiencia, también crece su imagen vinculada a su conducta extraña, por parte de una sociedad que no entiende los traumas personales que el artista buscó superar construyendo su refugio. (Reverón, 1934 OF) Fue la misma sociedad de su tiempo la que, además de cuestionar el carácter real de sus crisis psicóticas, cada vez que regresaba de las internaciones a su refugio, alimentó morbosamente la leyenda sobre "El loco de Macuto" [2] (Figuras 8 a 11).

3. Finalmente, la *Etapa Sepia,* desarrollada según algunos, a partir de 1933 (Figuras 12 a 17).

En 1945 el deterioro mental del artista se agudiza tras la muerte de su madre,[3] y es ingresado por primera vez a la clínica del Dr. José Baez Finol, crisis de la que se recupera completamente para seguir con su obra en *El Castillete* de Macuto. Resulta llamativo que, a partir de recuperarse de esta crisis, el artista siente la necesidad de generar artefactos tales como máscaras y maniquís, así como diseñar diferentes muñecas móviles como modelos, con textiles y objetos con materiales recuperados que están siendo objeto de atención particular (Figura 3).

Sin embargo, en 1948, las crisis psíquicas retornan,[4] se hacen más frecuentes y en 1953 es nuevamente internado en la clínica de Baez Finol. Se producen los primeros reconocimientos de su obra, y se le concede el premio Nacional de Pintura.[5] El 18 de septiembre de 1954, una vez superada la crisis mental, fallece sorpresivamente, víctima de una embolia cerebral.

Figura 3. Reverón y las muñecas-modelo confeccionadas por él mismo, al salir de su primera internación en la Clínica de Baez Finol.

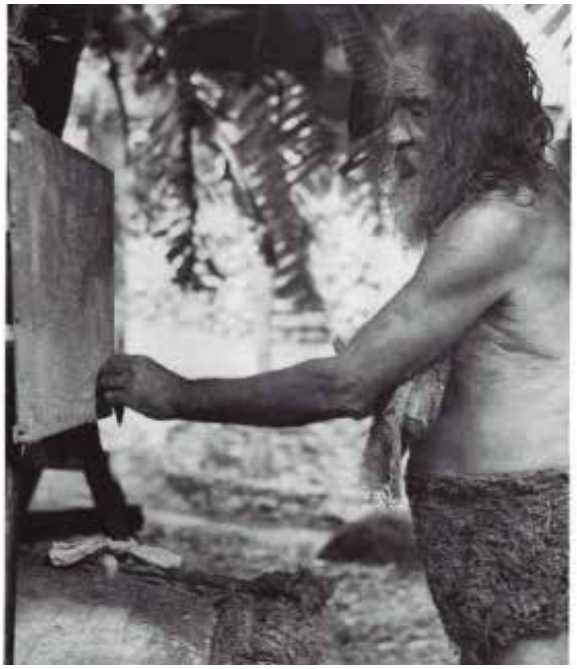


Figura 4. Reverón dispuesto a pintar vestido solo con un taparrabo de silicio y un estropajo del mismo material para secarse el sudor.

Figura 5. *Primer Autorretrato* (1910).

Actualmente interesan tanto su pintura como sus objetos, rituales y estilo de vida.[6] En la última y más amplia retrospectiva de Reverón realizada hasta la fecha, en la Galería de Arte Nacional venezolano durante 2013, los objetos, documentales y fotografías ocupaban igual o mayor espacio que su obra pictórica. Entre los objetos, las muñecas despiertan un interés especial del público y la crítica, más allá de la condición de modelos para su pintura. Las muñecas y juguetes empiezan a ser vistos como esculturas de materiales sencillos y a la espera de un discurso crítico, comparable al de su obra pictórica. (Calzadilla, 2017: 12).

UNA VISITA GUIADA A LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO CREATIVO DE REVERÓN

Pocas veces la historia nos ofrece la oportunidad de acceder a la intimidad de grandes artistas que ya no están entre nosotros. Sin embargo, un corto documental mudo, realizado por Edgar Arzola durante la segunda década del siglo pasado, nos ofrece esta luminosa puerta al pasado de Reverón. El breve, pero revelador filme, fue inscrito en 1934, durante el dificultoso pasaje del cine mudo al sonoro. Más recientemente, la versión musicalizada por Alfredo Arzola comenzó a difundirse por Internet. (Reverón, 1934, OF)

Las preciosas imágenes registran con frescura la preparación ritualizada del espacio desarrollada de modo intuitivo por el pintor venezolano Armando Reverón a partir de su retiro al "Castillete" de Macuto en 1920 (Figuras 1 y 2). Nos permiten comprender su larga búsqueda personal de un espacio personal e íntimo donde sentirse seguro y contenido para alcanzar una expresión plástica lograda. El film nos muestra cómo Reverón descubrió tempranamente que su propia adaptación psíquica requería de la expresión conjunta de emociones complementarias, de modo tal que consiguiera superar la angustia que le generaba la continua descalificación materna (Salvetti, 2020).

Conforme a esto, observamos que la demarcación reveroniana del espacio, tal como el mismo procede a relatar mediante carteles escritos a mano, requería de la *incorporación lúdica* de sus

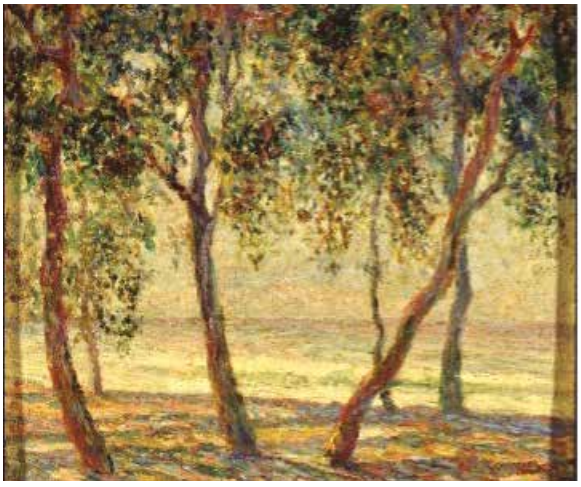


Figura 6. *Carúpano* (1918) -Carúpano es una localidad venezolana-.

simpáticas mascotas, por un lado, así como del uso del *taparrabos de silicio*, que hacía visible su malestar íntimo (Figura 4).

Ambos aspectos, el *lúdico* y el *agónico* expresados de modo conjunto en la producción artística, *demarcaban los rituales sin solemnidad*, encauzaban los procesos de abstracción y favorecían la expresión de la luz, objeto evasivo de todo artista visual profesional.

En tal contexto, la llamada *etapa blanca* de Reverón representa su máxima expresión para retratar con luz la pureza vital de las cosas simples y cotidianas, al alcance de todos los hombres.

Tal conducta *ritualizada y libre al mismo tiempo*, fue plasmada de modo magistral en las imágenes documentales anteriores a su primera crisis psicótica severa, aunque resultaba incomprensible a los ojos de visitantes curiosos: por un lado, veían la presencia de mascotas entrañables utilizadas como modelos, y al mismo tiempo, elementos diversos para afligir el cuerpo. Un taparrabos de silicio, una soga con la que se apretaba fuertemente la cintura con el objeto de insensibilizar la parte baja de su cuerpo, mientras separaba cuidadosamente de igual modo con una muñequera de silicio sobre el antebrazo todo contacto físico con la luminosa paleta de colores (Figura 4).

Las imágenes registran de modo indudable, cómo Reverón había ideado también un soporte para sus pinceles artesanales, que procedía a sostener en su cintura y sobre la soga apretada, cuando tal soga tenía el propósito de insensibilizar y seccionar de modo voluntario su cuerpo para producir agónicamente una expresión visual de tono elevado.

El film no solo nos muestra el éxito de tales *rituales desarrollados de modo absolutamente intuitivo y premeditado:* Nos permiten reconocer cada obra de Reverón como un hito formidable de adaptación psíquica para expresarse sin fisuras patológicas.

El film que registra asimismo su manera de moverse con seguridad, representan el hallazgo de un espíritu libre, que se relaciona con otros sin la desconfianza frecuentemente asociada con pacientes psiquiátricos que permanecen anclados en sus traumas y temores, porque no han

Figura 7. *La cueva* (1920).

Figura 8. *Paisaje de Macuto* (1924) Reverón y el novedoso uso del blanco.

Figura 9. *Paisaje y rancho* (1924).

Figura 10. *Cocoteros sobre la playa* (1926).

descubierto aún dentro de sí estrategias que les permitan salir de tal encierro (Reverón, 1934 OF)

Otro aspecto que nos permite comprender las particularidades del proceso creador del espacio simbólico del artista y resulta relevante para comprenderlo, lo representa el hecho que esta filmación fue obtenida con anterioridad a su primera crisis severa y posterior internación psiquiátrica luego de la muerte de su madre. Fue un golpe devastador que agudizó su culpa, impidiéndole por un tiempo recuperar aquellos aspectos lúdicos que enmarcaban un espacio propio para expresión simbólica exitosa, y hacían posible su adaptación psíquica al medio.

Los invito sinceramente a recorrer las imágenes de Arzola, antes de seguir con los comentarios de especialistas que conocieron al artista y lograron comprender a una figura tan extraordinaria como sufrida.

LA LUZ DE REVERÓN, BAJO EL LENTE PSIQUIÁTRICO

Algunos psiquiatras ven en la luminosidad de la obra de Reverón un síntoma; otros, más bien una cura: para el psicoanalista Moisés Feldman, Reverón buscó en la luz el afecto que no tuvo en sus padres, y la falta de ese afecto parental le llevó a refugiarse en el Castillete. En cambio, el psicoanalista jungiano Rafael López Pedraza llama *locura solar* a la obsesión del artista de procurar la emergencia de formas luminosas partiendo desde diferentes tonos de blanco.

José Báez Finol, su médico de cabecera, expone: "*La época blanca de Armando, su renuncia al color, tiene explicaciones que, aunque aparentemente distintas, entrañan la misma raíz original en el mundo del subconsciente reveroniano. La fragmentación de su cuerpo, dividido en dos mitades a las cuales atribuía condiciones diferentes, lo desligaba de signos intelectuales superiores y le permitía hacer una elaboración artística a base de elementos completamente primitivos: pintar la luz que es representación de lo blanco, lo puro. Por otra parte, Reverón hacía abstracción de su propia sensualidad para verterla completamente sobre el lienzo*".

Reverón escapa a las clasificaciones que ofrece el *Manual diagnóstico y estratégico de los trastornos mentales* (DSMS). Hay un acuerdo casi uná-

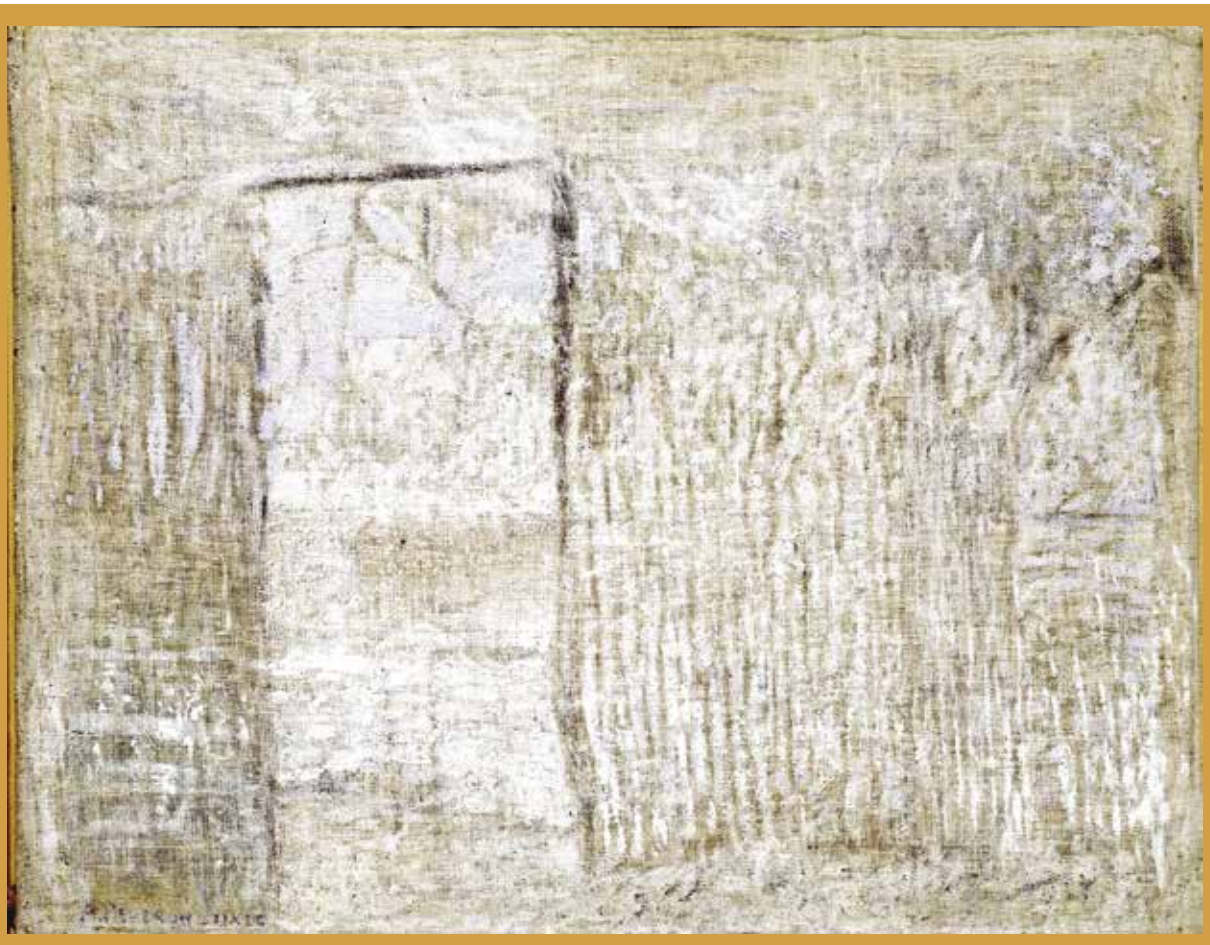


Figura 11
La luz tras mi enrramada (1926).

nime entre los psiquiatras que estudiaron sus cuadros a partir de 1955 respecto que su obra no es producto de su perturbación. En el enfermo mental común se observa generalmente una tendencia a dibujar y a pintar durante las crisis, y entonces la interpretación de los trazos es valiosa para mejorar la comprensión de cada caso. En cambio, el Dr. Baez Finol señala que en Armando Reverón sucedía lo diametralmente opuesto, pues *con cada crisis colapsaba su deseo de pintar* (Calzadilla, 2017: 38)

La Historia de la Medicina confirma las enfermedades mentales de grandes artistas. Nietzsche y Maupassant murieron dementes paralíticos. Verlaine escribió sus mejores producciones literarias en pleno delirio alcohólico agudo, al igual que el célebre autor de *El cuervo*, Edgar Alan Poe.

Sin embargo, todos los especialistas señalan que no se encuentran signos de locura en la obra de Reverón.

Otro pintor del que aún se discute su patología mental es Van Gogh, pero lo cierto es que la etapa más productiva de su vida parece haber sido la de mayor intensidad psicótica. Mientras toda la evidencia arroja que cuando Van Gogh pintaba bajo los efectos de crisis psíquicas, en Reverón ocurría lo contrario.

El Dr. Baez Finol, como su médico de cabecera, insiste que en Reverón se daba el caso de que cuando empezaba a estar *psíquicamente perturbado*, a medida que su enfermedad mental lo sumía en agudas crisis alucinatorias, *su producción artística decrecía* hasta llegar a hacerse completamente nula. Sin embargo, *tan pronto reiniciaba su recuperación mental*, recobraba paralelamente su extraordinaria sensibilidad plástica, lo que debería explicar que no se encuentren signos de patología en su obra.

Al respecto el Dr. José Solanes dice de Reverón "*la enfermedad… le dio la oportunidad de cultivar su parte de cordura … el tesón de perseverar hasta lo genial en la creación*." (Calzadilla, 2017: 57)

El Dr. Feldman, confirma con posterioridad la observación de Baez Finol respecto que, en Reverón *la relación entre arte y psicopatología, fue autoterapéutica:* "*Creemos que el estilo de vida que escogió Reverón a partir de 1920, refugiándose en lo que sería posteriormente El Castillete, buscando cierto aislamiento y rodeándose de muñecas y animales, para crear una atmósfera teatral, puede darnos las claves de una forma personal de terapia que el pintor ideó, en una atmósfera estimulante, creativa, y al mismo tiempo la más apropiada para lograr el equilibrio en su salud mental*" (Calzadilla, 2017: 11 y 12) [(7)]

La comprensión psicopatológica de un artista tan extraordinario como extraño es todo un desafío para la psiquiatría. El Dr. Feldman reconoce: "*En mi opinión, el diagnóstico del Dr. Báez Finol no se presta a ninguna discusión. Considero que su enfoque clínico y sus orientaciones terapéuticas han sido efectivas y salvadoras, y contribuyeron indudablemente a las recuperaciones de Reverón*".

Destacamos aquí que la orientación terapéutica no freudiana de Baez Finol, según se infiere de sus propios dichos, partía de la base que las crisis psicóticas podían remitir con la psicoterapia adecuada. [(8)]

Las particularidades de la obra y la enfermedad psiquiátrica de Reverón, conocidas a mediados del siglo XX gracias al abordaje exitoso de sus médicos tratantes, requiere dar un vistazo a las

Figura 12. *El rancho* (1930).

Figura 13. *Autorretrato*, 1932.

Figura 14
Mujer con mantilla (1933).

particularidades poco difundidas del enfoque psiquiátrico aplicado, algo que procuraremos describir a continuación.

LA RELEVANCIA DEL ENFOQUE TEÓRICO EN PSIQUIATRÍA

Lo que legitima un procedimiento medico son sus resultados y no tanto su justificación teórica. Este axioma de la medicina experimental, abre la reflexión sobre aquellos procedimientos aparentemente no convencionales que resultan exitosos en situaciones donde los procedimientos regulares no ofrecen respuesta.[9]

El pintor Armando Reverón, quien fuera conocido durante años como "El loco de Macuto", saltó a la fama y a la opinión pública poco antes de su muerte, no solo como resultado de las *remisiones exitosas de su enfermedad mental*, sino debido a la difusión que sobre su obra realizara el Dr. Baez Finol, médico vinculado con el artista no solo desde lo terapéutico sino desde lo humano.

¿Cuál habrá sido el marco teórico comprensivo aplicado por Baez Finol que le permitiera a Reverón superar las crisis alucinatorias que sufría? Como podemos apreciar, se trata de un tema no menor para la psiquiatría. La recopilación de

Calzadilla reúne textos de distintos profesionales y corrientes psiquiátricas. Es pertinente recordar aquí, que el psicoanálisis freudiano simplemente carece de herramientas para tratar a los psicóticos y, por consiguiente, elude tratarlos. El texto de Calzadilla reúne informes médicos en su mayoría realizados con posterioridad a la muerte del artista, salvo la conferencia[10] del Dr. Baez Finol (su psiquiatra de cabecera, ya fallecido) y la entrevista reciente al Dr. Artiles Huerta, médico residente del sanatorio San Jorge durante su juventud, y quien recuerda el paso de Reverón por la Clínica de Baez Finol.

Se ha podido apreciar *supra* que el Dr. Moisés Feldman, legitimó en 1975 tanto el diagnóstico[11] como las orientaciones terapéuticas realizadas por el Dr. Baez Finol. Sin embargo, algunos analistas, en pos de justificar un marco teórico diferenciado, vinculan el abordaje empleado por Baez Finol con la *Antipsiquiatría,* o aún con el concepto del *Doble Vínculo*, para dar cuenta de la remisión de los síntomas alucinatorios (Calzadilla, 2017: 38, 70 y 71)

Figura 15. *Juanita en Rosa* (1940).

Estas afirmaciones, desde el punto de vista epistemológico, presentan algunas dificultades. En primer lugar, la corriente crítica conocida como *Antipsiquiatría,* fue introducida como tal por el Dr. David Cooper a fines de la década de los años sesenta del siglo pasado, treinta años después de la primera intervención exitosa del Dr. Baez Finol para recuperar la salud de Reverón (Cooper 1967).

Por otra parte, el término *doble vínculo,* fue presentado por el antropólogo Gregory Bateson en 1956 mientras dirigía el Grupo de Investigación en el Hospital de Veteranos de Palo Alto (Salvetti, 2016). Como se puede apreciar, Reverón había fallecido en 1954 y recién en 1956 el Grupo de Palo Alto presenta formalmente el concepto de doble vínculo[12] cuando publican conjuntamente para *Behavorial Science* el informe de investigación titulado "Hacia una teoría de la esquizofrenia" que puede leerse en la compilación de Bateson (1991) *Pasos hacia una ecología de la mente*.

Sin embargo, es evidente que, si Reverón consiguió remitir sus crisis psicóticas desde 1945 cuando comenzó a ser atendido por el doctor Baez Finol, el éxito puede atribuirse a un abordaje psicoanalítico novedoso aplicado por el doctor y no difundido de forma masiva. Antes de proceder a describir alguna corriente en psiquiatría que hubiese conseguido remisiones exitosas en la primera mitad del siglo XX que pudiera dilucidar el abordaje psicoanalítico utilizado por el Dr Baez Finol, quien contuvo y permitió a Reverón superar sus evidentes crisis alucinatorias, hay que comenzar por dar un vistazo a su informe clínico.

LA HISTORIA CLÍNICA DE ARMANDO REVERÓN

A continuación, se transcribe la Historia Clínica de Armando Reveron, en un informe compartido en 2008 por el Dr. Héctor Artiles Huerta a sus 94 años, tomando como fuente de datos una vieja libreta que aún conserva de sus tiempos como médico residente en la Clínica de Baez Finol. Hace la siguiente aclaración: "*Haciendo memoria y recopilando datos, creo haber llegado cerca de la personalidad clínica de Armando Reverón*"

Figura 16. *Uveros* (1942).

De los términos empleados en el informe y la entrevista que ofreciera en 2008[13] se infiere que, si bien Artiles Huerta tiene una profunda mirada humanista en medicina, no pertenece al movimiento culturalista que presumimos en el Doctor Baez Finol, y que describiremos más adelante.

INFORME MÉDICO DE ARMANDO REVERÓN, REALIZADO POR ARTILES HUERTA

Nombre: Armando Julio Reverón
Edad: 64 años
Lugar de nacimiento: Caracas, 10 de mayo de 1889. Hijo de Julio Reverón y Dolores Travisso.
Profesión: Pintor artístico
Estado civil: Casado. En 1922 casó con Juanita Mota.
Grado de instrucción: Pintor de la Escuela Especial de Pintura, Escultura y Grabados de la Academia de San Fernando, de Madrid, España.
Domicilio: El Castillete, Las 15 Letras, Macuto, Departamento Vargas, Distrito Federal.
Antecedentes personales: A los 12 años, en 1902, fiebre tifoidea. En 1918, gripe española. En 1920, franco cuadro de mutismo y retraimiento. En 1930, sufre primer brote mental. En 1933, recaída de su cuadro mental. En 1943, muere su madre y entra en cuadro de mutismo. En 1945, ingresa por primera vez al sanatorio San Jorge y es tratado por el Dr. J.A. Báez Finol, al recrudecerse sus síntomas mentales. Sale recuperado. Para 1948 se observa que sus síntomas anormales aumentan. No se obtienen datos de su tratamiento. Para 1953 reingresa al sanatorio San Jorge[14], el 24 de octubre; en este Instituto es director su médico tratante, Dr. J.A. Báez Finol y médico residente el Dr. Héctor Artiles Huerta. En 1954 fallece el 18 de septiembre, de una embolia cerebral.
Antecedentes hereditarios: fue retirado de su hogar paterno y criado en Valencia por familias que prácticamente le adoptaron.[15]

***Motivo de consulta**:* Es traído a la clínica por presentar trastornos alucinatorios y un cuadro delirante; además en estado de abandono de su persona; se alimenta mal, no duerme.
Enfermedad actual: Lo más resaltante es la presencia de un delirio alucinatorio, el paciente dice que tiene "conchas" (ostras) pegadas en el interior de su abdomen que lo atormentan, molestan y no le dejan vivir; durante el interrogatorio se exalta y dice "Ya ve, doctor, ahora me molestan esas conchas en el estómago."
Examen gastrointestinal: Normal. T.A. (Tensión Arterial) 19-10.

Examen físico: Para la fecha de su estadía en el Sanatorio San Jorge, Reverón se presentaba como un pícnico, da la impresión que el hombre asténico en su juventud, hubiese evolucionado a ese otro tipo con un abdomen voluminoso;
Examen clínico: Que yo recuerde, no había mayores signos y síntomas.
Examen mental: El paciente se encuentra bien orientado en tiempo, espacio y persona; sabe muy bien quién es; dónde está y el tiempo que transcurre. Sus memorias se mantienen bien, de su memoria retrógrada hace gala al recordar hechos y pasajes de su juventud, que refiere con claridad y precisión, lo cual pone de relieve su gran índice cultural.
Síntomas y signos más resaltantes: Sus delirios alucinatorios, su componente místico-religioso, el creerse el Padre Eterno, todo esto con un punto de partida gastrointestinal, el cual es normal a la exploración. Tensión Arterial: 19-10.
Evolución: Muy variable, como toda esquizofrenia, con períodos de calma por efectos de los tratamientos.
Diagnóstico: Esquizofrenia.[16]
Pronóstico: Como se deriva de su diagnóstico, el pronóstico es muy sombrío, y en ausencia de tratamiento es posible que llegue a la demencia, igualmente su T.A. se hace más problemática por las complicaciones cardiovasculares que puede ocasionar.
Tratamiento: A base de *psicoterapia, con pocas medicinas*[17] y régimen alimenticio por su T.A.
Comentarios: Los últimos cuadros que pintó: *Las enfermeras, El patio del Sanatorio, Mi amigo César* (se trataba de César Pérez, el enfermero jefe del Instituto) y otros, los hizo con carboncillos, tiza y hasta tierra, algunos con los dedos, en especial con la mano izquierda. Reverón (con el Dr. Báez Finol y otros señores) fue el sábado anterior a su muerte al Museo de Bellas Artes. *(Fin del informe clínico).*

Figura 17. *El patio del Sanatorio* (1953) una de sus últimas obras, realizada durante la última internación de Reverón en la Clínica del Dr. Baez Finol.

Figura 18. Exposición en el Museo de Arte Moderno de Nueva York, realizada en 2007.

Aunque parezca una verdad de Perogrullo, este informe elevado por el entonces médico residente nos deja pistas respecto de cómo el Dr. Baez Finol, el médico de cabecera, se preocupó en primer lugar por los antecedentes físicos del pintor, *entendiendo que sus manifestaciones de conducta errática se hallaban fuertemente vinculadas con antiguas lesiones cerebrales*, que agudizaban el trauma psíquico por el abandono materno. De ahí que se prestara atención a su condición general y su presión arterial, notoriamente elevada, para ayudar a paliar la crisis psíquica del paciente.(18)

Esta atención a las lesiones cerebrales puede parecer actualmente un abordaje superado, más si

tenemos en cuenta que las prácticas actuales de medicalización psiquiátrica suelen dejar de lado los antecedentes de enfermedades virales que pudieron haber lesionado el SNC para concentrarse en medicación que contenga las crisis psicóticas, eventualmente en el tratamiento psicológico, y en el más afortunado de los casos, a controlar mediante estudios de diagnóstico los efectos adversos provocados por la medicación indicada.

El éxito obtenido en la remisión de las crisis alucinatorias de Reverón derivado de la praxis aplicada por Baez Finol, es reconocido por todos los psiquiatras citados en la compilación de Calzadilla, casi del mismo modo que resulta bastante difícil ubicar a Baez Finol dentro de una escuela psiquiátrica definida.

La propuesta que presume a Baez Finol dentro de la corriente culturalista en psicoanálisis, requiere conocer un poco más el contexto histórico de la emergencia de esta vertiente en particular, así como del papel crucial de los antropólogos en impulsarla, tema que ampliaremos en la segunda parte de este trabajo. EAB

Bibliografía

- Calzadilla, Juan (2017) *Los Laberintos de la Luz. Reverón y los Psiquiatras*. (comp.) Caracas, Fundación Editorial El perro y la rana
- Cooper David (1967) *Psiquiatría y Antipsiquiatría.* Buenos Aires, Locus Hypocampus
- Salvetti. Vivina Perla (2016) "Palo Alto 1949-59: ¿Universidad Invisible... o invisibilizada?" En *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica*. Volumen VIII N° 1 – Buenos Aires, Facultad de Medicina/UBA. PDF disponible en: http://repositorio.filo.uba.ar:8080/xmlui/handle/filodigital/2938
- Salvetti, Vivina Perla (2020) "Símbolo como artefacto para adaptación psíquica al medio" *ALMA Cultura y Medicina 6 (2): 72-95*. Buenos Aires: EAB.

Otras Fuentes:

- **Blog Fronteras de Antropología** (Salvetti, 2017)
- "Armando Reverón I - Galería de sus obras" Imágenes para descargar. http://vivinasalvettihoy.blogspot.com.ar/2017/07/armando-reveron-i-galeria-de-sus-obras.html
- "Armando Reverón II – Baez Finol y los psiquiatras culturalistas" Conferencia del Dr. Baez Finol ofrecida en 1955 durante una muestra retrospectiva de Reverón en: http://vivinasalvettihoy.blogspot.com.ar/2017/07/armando-reveron-ii-baez-finol-y-el.html
- "Armando Reverón III – Entrevista al Dr. Artiles Huerta" Realizada en 2008 a quien fuera médico residente en la clínica de Baez Finol durante 1954. Ver en: http://vivinasalvettihoy.blogspot.com.ar/2017/07/armando-reveron-iii-entrevista-al-dr.html
- "Armando Reverón IV – Galería de Fotos" Fotos del Castillete y objetos creados. Imágenes del artista para descargar. http://vivinasalvettihoy.blogspot.com.ar/2017/07/armando-reveron-iv-galeria-de-fotos.html
- "Los últimos años de Armando Reverón" Reúne comentarios de críticos de arte y psiquiatras que abordan el carácter auto-terapéutico de la conducta del pintor. En: http://vivinasalvettihoy.blogspot.com.ar/2018/04/los-ultimos-anos-de-armando-reveron.html

Canal youtube

- Reveron (1934) "A. Reverón. Preparación ritualizada del espacio creativo (antes de 1934)" (Duración: 13´ 24´´) https://www.youtube.com/watch?v=Kn29m0ZsPns
- Reveron (2007) "Reverón en el MOMA" (Duración: 30´) https://www.youtube.com/watch?v=K1howQeVmlk

Referencias

[1] Primera parte de la versión de autor 2023, actualizada para *ALMA Cultura & Medicina*, de la ponencia ofrecida durante las *XX Jornadas de Historia de la Medicina. A treinta años del fallecimiento del Premio Nobel de Química 1970 Prof. Dr. Luis Federico Leloir*, realizadas los días 1 y 2 de diciembre de 2017 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (CABA) El artículo original recibió el Primer Premio del *Ateneo Historia de la Medicina 2017.*

[2] Resulta crucial establecer una diferencia entre la conducta ritualizada del artista antes de comenzar a pintar (vestirse con silicio, apretarse fuertemente el cinturón, y elegir cuidadosamente sus pinceles, entre otros movimientos que según su compañera Juanita llevaba a cabo hubiera o no visitantes) y *sus crisis psicóticas, caracterizadas por el hecho que dejaba de pintar*, como señala su médico de cabecera. Esto nos permite inferir que Reverón, quien padecía la tormenta psíquica de sus traumas personales, había descubierto de modo completamente intuitivo, cómo generar un espacio de creatividad que favorezca la expresión plástica.

[3] Como vimos arriba, la madre lo había enviado de pequeño a vivir con otra familia, aunque mantuvo el vínculo. Este abandono abrió una herida psíquica en el joven Reverón respecto que había algo malo en él como para merecer tal trato descalificador.

[4] Las reseñas médicas están ampliadas en "Los últimos años de Reverón" al final de la bibliografía.

[5] El reconocimiento de la originalidad de Reverón ha ido en constante aumento con el tiempo y en 2007 mereció una amplia retrospectiva de su obra en el MOMA de Nueva York (Reverón 2007, OF).

[6] Este trabajo pretende describir cómo la conducta ritualizada que desarrolló intuitivamente Reverón delante del caballete antes de disponerse a pintar, y que fuera captada en algunos registros fotográficos y fílmicos, fue generada y desarrollada de modo intuitivo por el artista para favorecer su expresión visual, lo que nos permite inferir por qué sus obras no presentan rasgos de demencia.

[7] Invitamos a ampliar lo que sostienen los doctores Feldman y Solanes respecto del *entorno terapéutico autogenerado intuitivamente por Reverón para superar sus trastornos psíquicos* en "Los últimos años de Reverón" que reúne sus observaciones y cuyo enlace está disponible en "Otras Fuentes".

[8] Llamamos la atención sobre este punto, debido a que la teoría freudiana sostiene que todo paciente psicótico es clínicamente intratable.

[9] Proponemos que el éxito de lo que especialistas venezolanos contemporáneos del pintor denominaron "autoterapia" desarrollada por Reverón para atender su malestar mental, puede abordarse desde estudios que vinculan la producción de artefactos culturales con la producción de adaptación psíquica al medio. (Salvetti, 2020) Ampliar este aspecto de las conductas simbólicas, merece un desarrollo más amplio del objeto de este trabajo focalizado en los inicios y las remisiones exitosas obtenidas por *psicoanalistas culturalistas,* movimiento del que presumimos participó el psiquiatra Baez Finol.

[10] El enlace para acceder a reseña de la conferencia ofrecida en 1955 durante una muestra retrospectiva de Reverón está disponible en "Baez Finol y los psiquiatras culturalistas" en "Otras Fuentes" al final.

[11] El debate académico está centrado en si acaso Reverón presentaba patologías psiquiátricas reales o no. Para los freudianos, si su obra no presenta rasgos de locura, es porque no estaba desequilibrado y por lo tanto, fue mal diagnosticado. Para otros, entre los que me incluyo, su obra no presenta rasgos de locura porque el genial artista encontró dentro de sí el modo de poder acceder intuitivamente a sus propios temores para generar algo nuevo mediante la creación de espacios ritualizados (Salvetti, 2020; Reverón, 1924 OF) Cuando Reverón padecía crisis psicóticas, colapsaba su deseo de pintar, insisten quienes lo conocieron.

[12] Aclaramos que, si bien Bateson realizó una presentación para la TV local en 1954 donde presentó avances sobre *la estructura lógica de la esquizofrenia* como conducta adaptativa, recién en 1956 pudo presentar formalmente y por escrito su revolucionario concepto de *doble vínculo*, donde introduce *la posibilidad de liberación de las crisis psicóticas con el tratamiento psicoanalítico adecuado*. (Bateson,1954 OF).

[13] La entrevista realizada en 2008 al Doctor Héctor Artiles Huerta sobre sus recuerdos con Reverón está disponible en "Otras Fuentes".

[14] Recordamos que comenzó a ser tratado por Baez Finol en 1945. En 1953, Artiles Huerta era residente en la clínica donde fue atendido Reverón y conserva registros y notas personales de esa época.

[15] Durante la conferencia que brindó Baez Finol en 1955, éste evitó el empleo de categorías freudianas tales como narcisismo, libido o complejo de Edipo, así como el uso de términos descalificadores para referirse en público sobre las consecuencias psíquicas del abandono de los padres biológicos de Reverón. Tampoco remite a categorías jungianas.

[16] Recordamos aquí que esta calificación difiere de la ofrecida por el Dr Baez Finol, su mèdico de cabecera en la conferencia de 1955, cuando Baez Finol sostuvo que Reverón padecía de una condición esquizoide, con ciclos de crisis y remisiones de la enfermedad mental. El médico vinculaba las crisis con antiguas lesiones cerebrales de origen viral, que agudizaban el trauma psíquico sufrido durante su infancia.

[17] Después trataremos de fundamentar la hipótesis que el tipo de psicoanálisis que realizaba el doctor Baez Finol era *culturalista*, muy diferente del freudiano, o incluso del jungiano.

[18] Ver enlace de la Conferencia que el Dr. Baez Finol ofreciera en 1955 durante una retrospectiva de Reverón, en "Otras Fuentes".

ACOMPAÑANDO LA VIDA

INVESTIGACIONES VASCULARES ORIENTA SUS ESFUERZOS HACIA UN CONSTANTE DESARROLLO TECNOLÓGICO Y PROFESIONAL CON EL OBJETIVO DE BRINDAR SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA Y PROCEDIMIENTOS DE VANGUARDIA.

Nuestros Servicios:

HEMODINAMIA
NEUROLÓGICO
CARDIOLÓGICO
PERIFÉRICO

ELECTROFISIOLOGÍA

NEUROCIRUGÍA

RADIOCIRUGÍA

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

CONTACTO
contacto@investigacionesvasculares.com

WEB
www.investigacionesvasculares.com

TURNOS
Central de turnos: 2150 5333
Whatsapp: 11 4915 0829

INVESTIGACIONES VASCULARES

MÉDICOS ARGENTINOS

Dr. Miguel Correa-Iturraspe

La cirugía plástica que ha vivido

Trascribimos la conferencia brindada por el Dr. Miguel Alberto Correa-Iturraspe en el Hospital Fiorito, con motivo de un agasajo que le hicieron sus colegas del Servicio de Cirugía Plástica en 1987, unos años después de su retiro. Este texto resume "la cirugía plástica que ha vivido", así como algunos aspectos de su vida y de su forma de ser.

Prof. Dr. Ricardo Jorge Losardo
Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Oncología "María Curie".
Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.
Presidente de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina.

Miguel Correa-Iturraspe se graduó de médico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en 1939, con diploma de honor. Realizó la tesis doctoral sobre quistes hidatídicos del pulmón. Fue ayudante-alumno de la Cátedra-Instituto de Fisiología (de Houssay) y practicante de Guardia en el Hospital de Clínicas (1936-1939). Como médico cirujano inició su actividad asistencial en el Instituto de Clínica Quirúrgica de dicho hospital, donde también se formó como cirujano plástico, obteniendo la especialidad en 1957. Permaneció en este hospital hasta 1963. Luego ganó el concurso de Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Pedro Fiorito" en Avellaneda (1962-1980). La actividad docente la desempeñó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires como Profesor Adjunto de Cirugía con dedicación a Cirugía Plástica (1962-1981). Su actividad societaria la desarrolló principalmente en la Academia Argentina de Cirugía, en la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y en la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, brindando conferencias en sesiones científicas y congresos. Publicó sus trabajos en reconocidas revistas médicas de su época, haciendo importantes aportes en cirugía plástica de la obesidad (dermo-

lipectomías abdominal y braquial). Recibió los premios José Arce (1958) y Asociación Argentina de Cirugía (1968), entre otros. Fue el sexto presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (1958-59).

En cuanto a su personalidad, los que lo conocimos recordamos sus intervenciones en las sesiones científicas de la AMA en la discusión y aporte de los trabajos presentados por los jóvenes cirujanos plásticos. Era muy ilustrado, no solo en los aspectos científicos sino también en los más variados temas de cultura en general. Sus vastos conocimientos eran fruto de su apasionada y continua lectura de las principales revistas de la especialidad, que reunía en la rica biblioteca de su casa.

Con sus médicos en formación en su Servicio del Fiorito, era muy exigente y estimulaba el estudio de los libros de la especialidad. Tenía como jefe un carácter duro y algo distante con sus discípulos, situación que era frecuente en aquella época de la medicina.

Por otra parte, la prolijidad de sus escritos demuestra a un cirujano plástico que también cultivaba con pasión las letras, heredado de su padre, un escritor costumbrista o regionalista, conocido con el seudónimo de Mateo Booz.

A continuación, trascribimos la conferencia brindada por el Dr. Miguel Alberto Correa-Iturraspe en el Hospital Fiorito, con motivo de un agasajo que le hicieron sus colegas del Servicio de Cirugía Plástica en 1987, unos años después de su retiro. Este texto resume "la cirugía plástica que ha vivido", así como algunos aspectos de su vida y de su forma de ser

Los viejos, con poca nafta ya en el tanque de la existencia, tenemos la irrefrenable manía de mirar hacia atrás. Y es justamente, esta chifladura senil la que me impulsa a pintarles, con gruesos y sueltos brochazos, el estado en que se encontraban nuestra medicina, nuestra cirugía y en particular nuestra cirugía plástica cuando las conocí, hace una ponchada de años. Y el boceto me servirá para poner de relieve los notables cambios que, desde entonces, ellas han experimentado.

Para infundir mayor fuerza y realismo a mis evocaciones, recurriré, amparado en la indulgencia de los lectores, al poco recomendable género autobiográfico. Sé muy bien que poco interesan las vidas ajenas (salvo las de los peces gordos, y no es este el caso); de todas maneras, me voy a referir a algunos aspectos de la mía. Y si a alguien se le ocurriera censurarme, me defendería con las mismas palabras que, ante igual reproche, empleó para justificarse el insigne polígrafo español don Miguel de Unamuno: "Si me ocupo mucho de mí es únicamente porque soy la persona que tengo más a mano".

De lo dicho se desprende que no será esto la historia formal y documentada de una etapa de nuestra medicina de la que he sido testigo *de visu*; sino, más bien, la humilde y anecdótica historia, teñida de subjetividad, de la medicina que he vivido, es decir de "mí" medicina y, muy en especial, de "mí" cirugía plástica. Pero no será tampoco ¡tranquilícense ustedes! una enfadosa e inoportuna enumeración de antecedentes, títulos y trabajos, puesto que no me estoy presentando a concurso alguno.

MI VOCACIÓN MÉDICA

Nací un día de otoño de 1915 en Santa Fe de la Vera Cruz; por aquel entonces, una ciudad de casas chatas, en la que subsistían no pocas costumbres coloniales.

Los primeros contactos que tuve con la medicina fueron establecidos, según mis recuerdos, por las hirvientes cataplasmas de harina de lino

con mostaza, los irritantes "parches porosos", las amedrentadoras ventosas, las vejatorias lavativas, el nauseabundo aceite de ricino y el no menos asqueroso de hígado de bacalao; despiadadas ordalías, todas ellas, hoy felizmente en desuso, de las que no se zafaban los niños de mi generación.

A pesar de experiencias tan enojosas y tan inapropiadas para encender una vocación asistencial, desde muy pequeño, desde una edad en que mis amigos soñaban con ser piratas, vigilantes o confiteros, yo quería ser médico. Y no creo que esta temprana aspiración haya sido suscitada por un masoquismo precoz ni por un innoble afán de desquite; pienso, más bien, que nació de la seducción que me producía la imponente y atractiva personalidad de nuestro médico de familia (dignísimo prototipo de una raza galénica hoy extinguida). Con el correr de los años, una viva y creciente curiosidad por develar los insondables misterios biológicos del hombre (nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte), a la par que una comprensión cada día más clara de la sublime y abnegada misión del médico, fueron transformando aquel irreflexivo anhelo infantil en una sólida y bien cimentada vocación.

MIS PRIMERAS NOTICIAS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Nunca oí hablar, durante mi niñez, de cirugía plástica ni de cirugía reparadora o reconstructiva; aunque llegué a enterarme, eso sí, de que muchísimos años antes, Jesús de Nazaret, cuando fueron a detenerlo al huerto de Getsemaní, reimplantó en su sitio la oreja que Simón Pedro, en defensa del maestro, había amputado con su espada a Malco, un siervo del Sumo Pontífice que acompañaba a los aprehensores.

De la cirugía estética, tuve en cambio algunas noticias frescas y puntuales. Supe, en efecto, por conversaciones con mis padres, que estaba de visita en nuestro país una conspicua doctora francesa, Madame Noël, quien embellecía y rejuvenecía a la gente con su bisturí. Y, por la misma vía, tuve asimismo conocimiento de que, por entonces un médico ruso, el Dr. Sergio Voronoff, remozaba a los caballeros con otro método: el injerto de unas para mí misteriosas glándulas de mono, sobre cuya naturaleza mis progenitores, respetuosos de los prejuicios y tabúes refinantes, se abstuvieron de entrar en detalles. Estas remembranzas se entremezclan en mi cabeza con las de otros resonantes acontecimientos que impresionaron mi imaginación pueril en aquella remota década del 20: el descubrimiento de la tumba de Tutankhamón, las muertes de Enrico Caruso y de Rodolfo Valentino, la derrota del "Toro salvaje de las pampas", la llegada del "Plus Ultra", las sucesivas visitas de los príncipes de Saboya y de Gales, y algunos más.

Posteriormente, ya en mi adolescencia, oí que una señorita santafecina había viajado a Buenos Aires para hacerse achicar una nariz gigantesca, que limitaba sus perspectivas matrimoniales. Y, poco después, tuve ocasión de apreciar con mis propios maravillados ojos, el resultado de la extirpación de un negro y extendido lunar del cuello, que, sin dejar rastros, había practicado un cirujano porteño a una señora de nuestra amistad.

MI PASO POR LA FACULTAD

A principios de 1932, vine a Buenos Aires para estudiar medicina. Transcurría el último mes de la presidencia del General Uriburu. El aspecto de la ciudad difería algo del actual. Empezaba a abrirse la Avenida 9 de Julio; la calle Corrientes era angosta; el obelisco no se había erigido aún; circulaban los tranvías verdes de la compañía Lacroze y los amarillentos de la Anglo, y también, unos estrechísimos, incómodos y todavía

novedosos vehículos llamados colectivos; sólo se contaba con dos líneas de subterráneos; no había semáforos y se veían vigilantes apostados en las esquinas.

Cursé toda mi carrera en el viejo y majestuoso edificio que, en su parte conservada, alberga hoy a la Facultad de Ciencias Económicas. Todavía me parece percibir la imprevista y estremecedora sensación de frío que experimenté, en la sala de disecciones, al apoyar por primera vez mi mano sobre la piel de un cadáver. Fueron mis profesores médicos tan descollantes y recordados como Houssay, Belou, Bachman, Elizalde, Bosch Arana, Segura, Baliña, Argañaraz, Ahumada, Garrahan, Nerio Rojas, Castex y Arce.

Muy joven me inicié, como ayudante del Instituto de Fisiología, en la difícil tarea de enseñar. El Instituto estaba a cargo nada menos que de Bernardo Houssay. Allí tuve la feliz oportunidad de conocer, muy de paso, en una de sus ocasionales visitas, a Gregorio Marañón, el eminente clínico, investigador y literato español.

No pensando entonces en dedicarme a la cirugía, me abstuve de optar a una plaza de disector. Después lo he lamentado; el ejercicio de ese cargo me hubiera permitido adentrarme en el conocimiento de la estructura humana y adiestrarme en el manejo del escalpelo.

Cuando cursaba mi segundo año, cayó por puro azar en mis manos un folleto, que aún conservo, en el que uno de nuestros primeros cirujanos plásticos mostraba, con profusión de fotografías, los estupendos logros de la cirugía estética. ¡Quedé boquiabierto! Pero no duró mucho mi arrobo, ya que muy pronto un compañero algo más adelantado en los estudios me desencantó el asegurarme, con aires doctorales y paternal suficiencia, que se trataba de meras supercherías, que las fotos postoperatorias estaban retocadas y las cicatrices de las mastoplastias disimuladas con talco. Cándidamente hice fe de sus palabras y no me acordé más de la cirugía plástica. Durante mi carrera, sólo escuché alguna que otra referencia tangencial a ella. No imaginaba entonces ni por asomo, que consagraría mi vida a esa disciplina.

MIS AÑOS DE PRACTICANTE

Hace un poquito más de medio siglo, en 1936, obtuve por concurso un puesto de practicante en el Clínicas, el Hospital oficial de la Facultad de Ciencias Médicas, que estaba atravesando un momento de gran esplendor. En él habían actuado o estaban actuando muchas de nuestras mayores glorias médicas, y por él habían pasado y seguían pasando camadas y camadas de estudiantes.

Funcionaba aún el hospital en aquella vetusta casa de la calle Córdoba, ennoblecida por la melancólica pátina del tiempo, de la que la piqueta sólo ha respetado la capilla.

El Clínicas era uno de los poquísimos hospitales que mantenían en el sistema del internado estudiantil, suprimido en casi todos, algunos años antes, a raíz de los serios disturbios de 1924, que culminaron con la lamentable muerte de un practicante del Piñero. Aún no se había implantado en el país la "residencia hospitalaria", sistema de enseñanza de postgrado que con tan buen éxito se aplicaba en los Estados Unidos de América y que, recién en 1956, introdujo Mario Brea en la Argentina. De hecho y hasta cierto punto, el internado cumplía entre nosotros con los mismos fines.

Como bien apuntaba hace años Cranwell, en su sabroso libro "Nuestros grandes cirujanos", el internado del Clínicas gozaba de gran prestigio

en nuestro mundo médico, y se sentía cierto orgullo en haberlo cumplido. Infortunadamente, hace tiempo que dejó de existir.

En el fecundo almácigo que fue aquel Pabellón de Practicantes, germinaron las virtudes médicas de muchos de quienes fueron o siguen siendo nuestras más grandes figuras en el campo de la investigación, la docencia o el ejercicio profesional. Me limitaré a dar un elocuente ejemplo plástico quirúrgico: nuestro actual Cirujano Maestro Héctor Marino cumplió allí su internado ocho años antes que quién les habla.

Entre los más gratos y emotivos recuerdos de mi vida médica, se cuenta el de aquellos días felices, ya lejanos, vividos en el Pabellón de Practicantes, en cordial y bullanguera camaradería, alternando los juegos y las bromas con el estudio (que no se podía descuidar, so pena de perder el cargo) y asumiendo las primeras responsabilidades existenciales bajo la férula de médicos fogueados y en la cercanía de eximios profesores.

Nicolás Repetto, en su ameno volumen "Mi paso por la medicina", evocando su internado del Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía), señalaba atinadamente que "la alegría de los muchachos, su alegría de vivir, no es incompatible con el ambiente hospitalario, sino que, "lejos de serlo, pone una nota risueña en un medio deprimido por la enfermedad".

En una de las comidas trienales, con las que era tradicional reunir y homenajear a todos los ex practicantes, tuve la suerte de conocer, en su venerable ancianidad, a algunas figuras próceres de la medicina nacional: Avelino Gutiérrez, Daniel Cranwell, Marcelino Herrera Vegas y Gregorio Aráoz Alfaro.

En el Hospital de Clínicas hice mis primeras armas en medicina cruenta e incruenta. En todos los Servicios a que me tocaba concurrir, aprendía a examinar, diagnosticar y medicar pacientes; en los de Cirugía, también realizaba curaciones, administraba alguna que otra anestesia y actuaba como ayudante de cirujanos muy aguerridos: hábiles artesanos los más, inspirados artistas los menos

En la Guardia, adquirí una modesta experiencia en abrir abscesos, suturar heridas, extraer agujas enclavadas en la mano, tratar quemaduras por el viejo método de Betman y en algunas otras sencillas prácticas. Allí experimenté por vez primera la inefable exaltación de atravesar la piel viva con el bisturí, y la aún más honda de abrir el peritoneo, guiado por el médico interno, para penetrar en la cavidad abdominal en busca de un apéndice crónicamente inflamado. Para nuestra mejor formación, hubiera sido provechoso que el hospital prestara auxilios externos con ambulancia, lo que no ocurría.

MI VOCACIÓN QUIRÚRGICA

Durante mi desempeño como practicante, fue brotando en mí una tan manifiesta como inopinada vocación quirúrgica. Como ya dije, no había pensado nunca en ser cirujano. Pero ese modo de tratar enfermedades y deformaciones; tan directo, tan ligado a las propias manos, tan radical, tan decisivo y que hasta podía alcanzar contornos artísticos, acabó por conquistarme en forma definitiva.

Y ahora con las mejillas arreboladas, les revelaré un secreto. Mucho me temo que el despampanante espectáculo del ritual aséptico que, en un recinto vedado a los legos, me ofrecían aquellos hombres enmascarados, enguantados y vestidos de blanco, haya contribuido en alguna medida a cautivar mi ingenuo espíritu juvenil, de la misma

manera que la tétrica y aparatosa liturgia del manosanta ayuda a seducir las almas más simples.

NUESTRA CIRUGÍA HACE MEDIO SIGLO

Brillaban en esos años los últimos grandes cirujanos genuinamente generales (Arce, los dos Finochietto, Ivanissevich, Chutro, Ceballos y Jorge, entre los más nombrados), aquellos que con igual decisión y soltura, la emprendían contra los más diferentes procesos patológicos de las más variadas regiones. Eran los astros resplandecientes protagonistas exclusivos y únicos responsables de la operación. Fantásticos taumaturgos, deslumbraban a los colegas con su habilidad técnica, base fundamental del éxito. Sus fabulosas hazañas trascendían al gran público, que pronunciaba sus nombres con fervorosa unción. Ellos mismos elegían y controlaban la anestesia y no pocas veces se resignaban a cargar ellos mismos con ese mochuelo. Estaban rodeados, es cierto, de un reducido grupo de colaboradores, pero no eran estos más que meros partiquinos, que ocupaban un desteñido y desdibujado segundo plano.

Existían ya de antiguo en nuestro medio varias especialidades quirúrgicas bien definidas y afirmadas, como la ginecológica, la urológica, la oftalmológica, la otorrinolaringológica y algunas más; otras, como la neurológica, la torácica, la cardiovascular e incluso la plástica, comenzaban a caracterizarse, pero casi todas ellas estaban todavía en pañales o, a lo sumo, haciendo pinitos.

El cirujano general, aunque así se lo siga llamando, ha ido reduciendo su territorio a tal extremo, que, al menos en los grandes centros urbanos, se ha convertido en un especialista más; un especialista en abdomen

Las posibilidades de la cirugía con que me encontré hace media centuria eran bastante más médicas que las de la actual. Y los riesgos de las operaciones que se calificaban de “mayores”, y que ahora nos parecen sencillas, seguras y hasta rutinarias, eran considerables.

La anestesia general estaba lejos de alcanzar la inocuidad y la eficiencia que hoy posee. Por lo común, era confiada a las inexpertas manos de un practicante o de un enfermero. El médico anestesista había ya aparecido en escena, pero tenía aún el carácter de *rara avis*, y de no contar con su ayuda, muchos cirujanos, Arce entre ellos, optaban, de ser posible, por las anestesias regionales.

Y fue justamente Arce quien, en 1936, contrató a un especialista mejicano, el Dr. Volbrechthausen, que se había formado con Waters, para dictar un curso de anestesiología y oxigenoterapia en el Instituto de Clínica Quirúrgica. De ese curso surgieron muchos de los primeros médicos anestesistas argentinos, algunos de los cuales llegarían a ganar un alto y merecido prestigio.

Pero los practicantes del Clínicas, y creo que también los de otros hospitales, administrábamos anestesias con el histórico aparato de Ombredanne, hoy una pieza de museo. Y, lo que era peor, utilizábamos, para intervenciones simples y breves, el peligroso método de proyectar chorros de cloruro de etilo sobre una careta aplicada a la cara del paciente.

Si cierro los ojos, me puedo ver con toda nitidez, actuando como practicante menor externo del Servicio de Ginecología, agazapado, y semiescondido entre compresas, a la cabecera de una enferma en posición de Trendelenburg, con el mortífero Ombredanne entre mis manos; inhalando a la par de ella adormecedoras bocanadas de éter; transpirando a mares; controlando la narcosis con dos o tres signos tan simples

como inseguros; no contando con más auxilios que un abreboca, un tiralengua y una cánula de Mayo; angustiándome más y más a medida que en el rostro de la paciente se sucedían todos los colores del espectro solar; y oyendo de cuando en cuando la recia voz del cirujano que, molesto porque la tensión parietal del abdomen entorpecía sus maniobras, me ordenaba áspera, imperativa y temerariamente, "Ponelo en 8", es decir, en la máxima graduación del aparato. No fueron muchas las anestesias generales que administré, pero sí fueron muchos los sustos y sofocones que padecí.

En los niños, solía usarse el cloroformo. Recuerdo haber visto a Ivanissevich operando una fisura palatina mientras el cabo enfermero, oprimiendo de rato en rato una pera de Richardson, enviaba a la faringe del pequeño paciente, a través de una sonda de goma, los vapores del cloroformo contenido en un frasco de doble tubo.

Por supuesto que las complicaciones intra y postoperatorias de la anestesia eran frecuentes y a menudo graves, sobre todo en los niños. La prevención del shock quirúrgico dependía fundamentalmente de la minuciosidad de la hemostasia, la suavidad de las maniobras y la brevedad de la operación. Su tratamiento se basaba en el empleo de analépticos y tónicos cardíacos.

La transfusión sanguínea no era, como es ahora, un recurso habitual y hasta rutinario. En aquellos días, el Dr. Genaro García Oliver estaba organizando en el Hospital de Clínicas un Centro de Hemoterapia y un Club de Dadores Voluntarios. Y, a propósito de transfusión, me es grato memorar que tuve el gusto de conocer, en una visita que hizo a Arce, el Dr. Luis Agote, cargado ya de años. Un retrato al óleo de este ilustre compatriota, descubridor de las virtudes de la sangre citratada, engalanaba el vestíbulo de la planta quirúrgica del Servicio.

No se contaba aún con el monitoreo cardíaco y sólo excepcionalmente había un cardiólogo en el quirófano. No existía sala de recuperación ni tampoco de terapia intensiva.

La deshidratación se trataba con el aporte subcutáneo de medio a un litro de solución glucosada o salina, que, en frascos de vidrio, preparaba la farmacia del hospital. No se disponía de los prácticos aspirofusores. Los médicos internistas aparecieron más tarde. Cuando iniciaba mi carrera docente a la Cátedra de Patología Quirúrgica, el profesor Donovan incorporó al programa de la materia, como novedad, una primera bolilla sobre el medio interno y sus trastornos.

Luchábamos contra las supuraciones con anodinas e inoperantes vacunas antipiógenas. Las sulfamidas y los antibióticos llegaron poco después. En el Consultorio Externo de Urología era dable contemplar el permanente, llamativo y poco edificante espectáculo ofrecido por una de tanto en tanto renovada docena de pacienzudos señores que, tendidos en sendas camillas, auto lavaban día tras día sus uretras purulentas con soluciones de permanganato o eran sometidos a interminables series de dilataciones de sus uretras estrechadas.

Técnicas radiológicas que hoy prestan una valiosa ayuda al cirujano (mamografía y tomografía computada, por ejemplo) no se habían introducido aún.

MIS PRIMEROS ESCARCEOS EN EL INSTITUTO DE CLÍNICA QUIRÚRGICA

Me gradué de doctor en medicina en 1939, pocos meses antes del estallido de la Segunda

Guerra Mundial, espantosa catástrofe que si algún efecto positivo tuvo fue el de impulsar grandemente la cirugía y quizás en especial la cirugía plástica.

Me incorporé enseguida como médico raso, al Instituto de Clínica Quirúrgica, en el que habría de actuar por más de veinte años, y que estaba todavía a cargo de su creador, el profesor José Arce. Comencé a desempeñarme en la Sala II, regenteada a la sazón por el profesor Oscar Ivannissevich. Maestro y discípulo, Arce e Ivanissevich (o don Pepe e Iván como, entre nosotros, los llamábamos afectuosamente sus colaboradores) eran hombres de estampa, carácter y estilo muy distintos. Me gustaría, en alguna otra oportunidad, recordarlos con mayor detención. Ambos influyeron intensa y saludablemente sobre mi espíritu. Guardo para ellos un hondo sentimiento de gratitud, admiración y simpatía.

De los colegas que poblaban el Instituto, la gran mayoría integra hoy la muchedumbre de los muertos. La Parca Atropos cumplió concienzudamente con su macabra tarea. Rindo a aquellos compañeros el homenaje de mi conmovido recuerdo. Los pocos que sobrevivimos procuramos esquivar los espejos, que, con toda crueldad, nos muestran los estragos que el tiempo ha producido en nuestros rostros y figuras.

Durante los primeros años de trabajo en el Instituto, empujado por una vocación firme pero no bien definida, me apliqué, conducido por colegas más expertos, a adquirir una formación quirúrgica general, que me fue después muy provechosa. La ciencia y el arte de la cirugía se asimilaban allí hasta por ósmosis.

De vez en cuando practicaba alguna operación plástica sencilla, sin abrigar el más mínimo propósito de dedicarme con exclusividad a tal tipo de cirugía. Tanto mi tesis de doctorado como mis primeras publicaciones versaron sobre temas ajenos a ella.

Pero admito que, desde un principio, despertaron mi curiosidad y mi interés esas operaciones de finalidad pura o fundamentalmente estética que Ivanissevich y un pequeño grupo de seguidores (todos cirujanos generales) practicaban como una tarea marginal, accesoria, aliviadora de tensiones y casi recreativa, de la que no se ufanaban demasiado (así se me antojaba, al menos, no obstante verlos volcar en esos trabajos toda su atención, todo su esmero y toda su responsabilidad).

Es cierto, también, que, siendo todavía un pipiolo, participé, tan entusiasta como modestamente, en la preparación de las cuatro exposiciones de cirugía plástica que organizó Ivanissevich, entre 1939 y 1942, para difundir, entre doctos e indoctos, el conocimiento de la especialidad. Esas muestras, que reflejaban la intensa y proficua labor que en ese terreno se había desarrollado en el Instituto, consistían sobre todo en la exhibición de una multitud de grandes fotografías transparentes, coloreadas a pincel y dispuestas en largas filas de negatoscopios, que documentaban el pre y el postoperatorio de incontables casos de las más variadas deformidades. Recuerdo que llamaban mucho la atención de los concurrentes los retratos de la aplaudida actriz Lola Membrives, a quien nuestro jefe había practicado, con todo éxito, una rinoplastia correctiva. Las fotografías preoperatorias, en blanco y negro, habían sido recortadas de una revista, porque la celebrada intérprete se había negado a posar ante nuestro fotógrafo con su nariz original. La señora Membrives figuró entre quienes visitaron y elogiaron esas exposiciones.

El paso fugaz de Sir Harold Gillies por nuestro país, a fines de 1941, me impresionó fuertemente. La personalidad de esa figura eximia de la cirugía plástica universal, a la que el tiempo ha conferido ribetes míticos, dejó en mí una imborrable huella. Era entonces Sir Harold un simpático sesentón, alegre, cordial, agudo en sus observaciones (impregnadas generalmente de un fino humor y una amable ironía) y bastante despreocupado de los convencionalismos. Me acuerdo de que un día muy caluroso, mientras dictaba una conferencia en el aula del Instituto, se quitó sorpresivamente el saco, con la mayor naturalidad, y siguió, como si tal cosa, perorando en mangas de camisa y luciendo sus gruesos tiradores. Y esto acaecía en una época en que ninguno de nosotros osaba asomarse al balcón y mucho menos a la puerta de calle desprovisto de aquella prenda.

Mi primer artículo sobre cirugía plástica, escrito en colaboración con Ivanissevich, Canónico y Hermida, tuvo su origen, precisamente en una sencilla, ingeniosa y hoy bien conocida intervención quirúrgica con la que Gillies nos dejó turulatos. Se trataba de la reconstrucción de un labio inferior con dos colgajos rotatorios, técnica que nosotros aplicamos después con buen éxito a otro enfermo. No entraré en detalles, porque ya he evocado esto en alguna ocasión.

Si bien es verdad que, como he dicho, la cirugía plástica me interesaba y que me aventuraba incluso a hacer algunas tímidas incursiones por sus predios, es por otra parte comprensible que para un joven que, en aquellos tiempos, acariciaba las más ingenuas y románticas ilusiones de academicismo y de gloria, que ambicionaba llegar a las alturas de un Dupuytren, un Lister, un Halsted, un Mayo o, tomando viejos modelos nacionales, un Pirovano o un Posadas; para un joven en cuyos candorosos cálculos no intervenían para nada los pesos, parecía impropio limitarse a transitar toda la vida por aquel territorio de la medicina a la sazón tan estrecho, tan malmirado y tan poco concurrido. Sólo una muy firme e irrenunciable vocación, que no creía tener, podía haberle empujado hacia él. Claro que quizás no haya faltado quien, sin afición ninguna, haya dirigido sus pasos hacia la cirugía plástica y en particular hacia su rama estética, ora por parecerle una disciplina de fácil aprendizaje y de escasos riesgos, ora por considerarla, con espíritu mercantilista, una actividad poco competitiva, de gran resonancia popular y muy adecuada para la autopropaganda (como en efecto lo era).

LA REPUTACIÓN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Es bien sabido que la especialidad, tanto en nuestro país como en otros, tropezó durante largo tiempo con la incomprensión de muchos médicos. Pero justo es reconocer que, cuando me gradué, la actitud despectiva u hostil de los colegas hacia ella había comenzado a amainar. El ambiente no era ya tan desdeñoso y adverso como lo había sido diez años antes, cuando surgió en el país la primera tanda de cirujanos plásticos. Pero la especialidad estaba aún lejos de alcanzar la consideración de que hoy disfruta. Y quedaban (no sé si quedan todavía) algunos facultativos, sobre todo de la "guardia vieja", para quienes cirugía plástica y, en particular cirugía estética, eran malas palabras.

Ciertamente que, desde hacía siglos, las operaciones reparadoras o reconstructivas no provocaban objeciones de la índole de aquellas con las que siglos atrás le amargaron la vida al pobre Tagliacozzi por haberse atrevido a enmendarle la plana al Creador. Se comprendía y se justificaba plenamente la necesidad, a menudo imperiosa de corregir deformaciones y mons-

truosidades, como lo venían haciendo de antiguo todos los cirujanos. Lo que no se entendía ni se aprobaba era que un médico redujera su actividad a esa cirugía de superficie, a esa "cirugía de pellejo", como algunos la llamaban, en la que no se remiendan ni extirpan vísceras y en la que ni tan siquiera se penetra en las grandes cavidades corporales. Circunscribirse a esas tareas parecía muy poca cosa. La cirugía reparadora era, para algunos, una "cirugía de trocha angosta", una "cirugía menor". No se advertía que, como bien lo apuntaba Ricardo Finochietto, un operador que tanta atención dedicaba hasta a las intervenciones más simples: no hay "cirugías menores", lo que sí hay y abundan, son los "cirujanos menores".

No se paraban mientes en el hecho de que las deformaciones externas importantes, además de afectar el psiquismo, pueden comprometer funciones capitales (como ocurre con la fisura palatina y con los faringostomas) e incluso poner en peligro la vida (como sucede con las quemaduras, con los grandes traumatismos faciales o con la extrofia vesical).

Pero la rama que realmente se solía mirar con muy malos ojos era la estética, disciplina todavía algo novedosa, que, aunque ya ensayada desde el siglo pasado por algunos cirujanos extranjeros, no había comenzado a florecer, en el mundo, hasta después de la Primera Gran Guerra y, entre nosotros, no hacía mucho más de un decenio.

Algunos seguían pensando que las operaciones embellecedoras o rejuvenecedoras son superfluas y hasta pecaminosas. Cuando no las censuraban de lleno, las desdeñaban olímpicamente y en el mejor de los casos, sólo las justificaban sin mayor entusiasmo, en alguno que otro grotesco malcarado. "No es lícito -decían- envilecer el honorable bisturí, poniéndolo al servicio de la fatuidad y la coquetería de casquivanas vampiresas, de frívolos currutacos devotos de Adonis o de ociosas y deschavetadas abuelas". Juzgaban que esas técnicas de maquillaje quirúrgico (competidoras de la tintura capilar, el lápiz de labios y el colorete) están al margen de la medicina, cuya única y excelsa misión es la de aliviar el dolor y combatir las enfermedades. Y no echaban de ver, en su ceguera, que la fealdad y la marchitez también duelen y crean problemas sentimentales, sociales, laborales y económicos capaces de repercutir profundamente sobre la salud mental y aún física; que también pueden y merecen ellas ser curadas; que no basta que la gente sea sana y fuerte, sino que es necesario, o conveniente al menos, que en razonable medida sea bella y disimule sus signos de decrepitud.

Contribuía al descrédito global de la cirugía plástica la circunstancia de que la mayoría de los primeros especialistas ejercían de preferencia, cuando no únicamente, la desconceptuada rama estética y, por lo general, sólo manejaban un puñado de técnicas sencillas. Y con el descalificado nombre de cirugía estética se involucraba comúnmente toda la especialidad.

No debemos condenar demasiado los prejuicios y aprensiones de aquella época. También rechazarán los jóvenes de hoy, cuando alcancen la vejez, algunas ideas que en la actualidad se creen muy sensatas y algunos sentimientos que ahora parecen muy naturales.

Y vale la pena señalar un contraste llamativo. Mientras la indiferencia encogía los hombros, el desdén fruncía los labios o la indignación arrugaba el entrecejo de los doctores; una profunda admiración, un pasmo casi místico, redondeaba

la boca de los profanos ante las espectaculares transformaciones que, como por arte de birlibirloque, lograban los cultores de esa moderna y poco difundida especialidad.

No eran muchos los colegas que vislumbraban el extraordinario desarrollo y el general reconocimiento que alcanzaría en el decurso de contados decenios esa actividad, que para otros no era más que un juguete de cirujanos noveleros o aburridos o, en todo caso, un pingüe filón aurífero descubierto y explotado por operadores desaprensivos y codiciosos. Entre quienes, muy cuerda y sagazmente, advirtieron el valor y las posibilidades de la nueva disciplina, estuvo Ivanissevich. En 1942, en su clase inaugural de profesor titular de clínica quirúrgica, con ese énfasis y esa pasión que le eran tan propios, exclamaba: "pongamos nuestra fuerza en la traumatología, en la cirugía reparadora, en la cirugía plástica, que ahora, más que nunca, merecen la consagración de una vida".

He dicho antes que el menosprecio o la ojeriza que inspiraba la cirugía plástica eran más acentuados y estaban más extendidos unos años antes de mi graduación. Me contó una vez Ernesto Malbec que cuando siendo practicante, allá por 1925, comenzó a operar, muchas veces de oculis, algunas orejas en asa, el director del hospital, escandalizado al enterarse de tamaña perversión quirúrgica, citó a un hermano mayor del cirujano plástico en ciernes para instarlo a que lo disuadiera de seguir haciendo "esas estupideces". ¡Como quién recomienda que se persuada a abandonar su funesto vicio a un joven que se está precipitando en el abismo de los alucinógenos!

Santamarina Iraola, en su conferencia de expresidentes de la Sociedad madre que nos agrupa, recordó que, durante un congreso médico gremial, celebrado en 1933 en Buenos Aires, se debatió el proyecto de un código de ética, uno de cuyos artículos sancionaba por inmoral el ejercicio de la cirugía estética, y que sólo la fogosa, tenaz y bien fundada oposición del delegado Juan Codazzi-Aguirre (uno de los pioneros rosarinos de la especialidad) impidió que ese punto se aprobara. ¡Y pensar que tan insólita y descabellada propuesta se presentó y discutió, no en los obscuros tiempos medievales, sino hace apenas poco más de media centuria, casi diría ayer; cuando -permítaseme una referencia cronológica personal- ya estaba yo en los umbrales de mis estudios médicos!

Héctor Ardao, el destacado cirujano plástico uruguayo ya desaparecido, relataba una sencilla anécdota que refleja con toda claridad el menosprecio que, también allende el Plata, inspiraba la cirugía plástica a algunos médicos, incluso aquella dirigida a corregir manifiestas anormalidades. Contaba Ardao que, a mediados de la década del 30, un joven galeno de su país, Enrique Apolo, emprendió una gira de estudios por Europa, para especializarse en otorrinolaringología. Visitó los servicios de Axhausen, en Berlín, y de Ernst, en Bonn; se conectó luego con Eitner, en el servicio de Neumann, en Viena; y pasó por último una temporada, en París, con Víctor Veau, el indiscutido maestro del siglo en fisuras labiopalatinas. Esta larga y provechosa excursión despertó en el novel facultativo un imprevisto interés por la cirugía plástica y muy particularmente por la de labio y paladar. A la vuelta de su instructivo y estimulante viaje, un anciano colega de su relación lo interrogó sobre las enseñanzas que había recogido. Apolo, con arrebatado entusiasmo, le refirió su itinerario y la atracción que había ejercido sobre su espíritu el grave y apasionante problema que plantean los fisurados. Tras escucharlo, el viejo cofrade

volcó sobre él un inesperado balde de agua fría, al exclamar desdeñosamente: "¡Y para estudiar esa porquería te fuiste a Europa! ¡Yo hace tiempo que me aburrí de operar labios leporinos!" No hay duda de que, con otros protagonistas, el mismo episodio podría haber tenido a nuestro país por escenario. De más está decir, porque es bien sabido, que el extinto Dr. Apolo fue pionero de la especialidad en la vecina orilla y que, por su inteligencia, su tesón y su nobleza, llegó a ser el gran maestro de una importante escuela de cirujanos plásticos uruguayos.

Algo más cerca de la hora actual, en 1940, el Dr. Jorge Orgaz publicó en "El Día Médico" un breve artículo titulado "Cirugía estética", en el que, teniendo en cuenta el deficiente estado sanitario de nuestro país, opinaba que esa rama de la medicina, si bien digna de respeto, no tiene "ningún derecho -menos que ninguna- a reclamar y obtener el apoyo y el estímulo del Estado", lo que "sería cruel y afrentoso", puesto que equivaldría a "mantener manicuras en un leprosario". Y decía, además, entre otras cosas: "Cirugía estética: refugio y engaño de nuestro narcisismo confesable y tolerable. Ortopedia más para el parecer que para el ser. Alarde sibarita de la técnica, aburrida de plenitud".

Y más cerca todavía, cuando, en 1946, el Dr. Ramón Palacio Posse publicó su meritorio libro "Cirugía estética", que llenó en su momento un sensible vacío de nuestra literatura médica, no faltó un comentarista bibliográfico que asegurara, con displicente socarronería, que esas páginas exhalaban un denso y turbador perfume de salón de belleza.

Por fortuna, todo aquel ambiente desfavorable, y todas aquellas prevenciones, hijas de una incomprensión y una ceguera hoy inconcebibles, se fueron disipando y la especialidad, en todas sus ramas, llegó a ganar la excelente reputación de que actualmente goza. Y en ese lento pero radical giro de las opiniones, influyeron en todo el mundo, tanto los idóneos y honestos cirujanos plásticos, que supieron conquistar la confianza, el respeto y hasta la admiración de sus colegas, como, asimismo y en no menor escala, los pacientes satisfechos y agradecidos, que, en su vida de relación, exhibieron y proclamaron los éxitos en ellos logrados.

Redimida de su triste condición de cenicienta, la cirugía plástica, en todos sus aspectos, ocupa hoy un sonorísimo lugar entre sus hermanas, las otras especialidades quirúrgicas.

En nuestro medio, ha adquirido una gran difusión. Sus cultores han proliferado como conejos, y no pocos de ellos, disfrutan, por la calidad y cantidad de sus aportes, de un justo renombre universal. Se practica en todos los hospitales capitalinos y en muchísimos del interior. Existe en Buenos Aires un gran nosocomio oficial y en el resto del país un sinnúmero de centros de diversa complejidad dedicados a encarar el arduo problema de las quemaduras. Y existen también, en todo nuestro territorio, un buen número de clínicas privadas de cirugía estética y sobre todo de quemados.

Las tan vilipendiadas operaciones estéticas son hoy moneda corriente y ya no un monopolio de actrices, divas y mujeres adineradas de alta clase. Nuestros hospitales las han puesto a tiro de las más humildes empleadas y obreras. Y tampoco son hoy solicitadas casi exclusivamente por el bello sexo; día a día se acrecienta el número de señores que acuden al especialista, no ya ruborosos, cargados de escrúpulos y muy de tapadillo como antes, sino que ahora lo hacen a

banderas desplegadas, con toda desenvoltura y sin el menor recelo de que su virilidad sea puesta en tela de juicio.

La Secretaría de Salud Publica de la Nación otorgó carta de ciudadanía a nuestra materia cuando tomó la decisión de conceder título de especialista en cirugía plástica o en alguna de sus ramas, a quienes acrediten su aptitud.

Por su parte, la antigua y honorable Asociación Médica Argentina acogió en su seno a nuestra Sociedad, con el rango de Sección.

Y si todo esto no pareciera suficiente para patentizar la altísima consideración que nuestra disciplina se ha granjeado, bastaría con añadir, para aventar toda duda, que, en 1978, la más augusta y conservadora de las corporaciones médicas del país, la secular Academia Nacional de Medicina, le dio un consagratorio espaldarazo al sentar en uno de sus mullidos sitiales, el N° 13, a un cirujano plástico: Héctor Marino. Y el hecho cobra particular relieve cuando se repara en que tamaño honor no ha sido aún dispensado a representantes de algunas otras modernas especialidades quirúrgicas de alto coturno.

MI VOCACIÓN PLÁSTICO-QUIRÚRGICA

En aquel medio tan poco propicio que he tratado de pintar, fue brotando insensiblemente en mí una vocación plástico-quirúrgica cada vez más clara y vigorosa. Mi debilidad por las formas y los colores, mi gusto por las artes visuales y mi afición al dibujo (que, sin guía alguna, he practicado con deleite desde la más tierna infancia) me fueron inclinando hacia esa atrevida rama de la cirugía en la que el médico, en desigual competencia, trata de imitar, y hasta de mejorar, la obra del Todopoderoso Escultor que modeló al hombre con barro, nada menos que a su imagen y semejanza, y a la mujer con una costilla que de aquel tomó.

No fue un flechazo, no fue un amor a primar vista, sino que, muy lentamente, la cirugía plástica se me fue revelando como la más artística de las especialidades médicas (de "sublimación de la cirugía" la calificaba Ivanissevich) y como la más humanitaria de las artes plásticas, en la que el bisturí hace las veces del cincel. Una nobilísima tarea que, al reparar o al mejorar las formas, proporciona felicidad a quienes nunca la tuvieron (deformidades congénitas) o la devuelve a quienes la perdieron (deformaciones adquiridas). Antítesis o polo opuesto, a la vez que necesario complemento, de la cirugía de exéresis que para curar, mutila.

A la postre, después de flirtear una buena temporada con tan atractiva disciplina, resolví abandonar toda otra actividad quirúrgica y consagrarme a ella en cuerpo y alma. Desde entonces, le he guardado una fidelidad inquebrantable, a pesar de los sinsabores que, de cuando en cuando, me ha proporcionado. Y si bien es cierto que ya no la practico, también es verdad que la sigo amando entrañablemente y que sigo manteniendo con ella un ardoroso y arrobador idilio, que sólo concluirá, seguramente, cuando me toque abandonar este valle de lágrimas.

He experimentado siempre un placer inefable, casi sensual (en el mejor sentido de la palabra), al ejercer el arte maravilloso de labrar formas humanas a filo y punta de bisturí; placer lamentablemente retaceado por el agobiante compromiso de tener confiadas a mis manos la integridad corporal, la salud, la felicidad y hasta la vida del paciente. Y cierto es que la temeraria empresa suele ser castigada con el fracaso, comúnmente inculpable; cuando no con el infun-

dado descontento del paciente ante un resultado pasadero, bueno y aún brillante. Y es a todas luces, injusto y penoso que, como suele ocurrir, lo mismo el fiasco inocente del operador que la disconformidad irrazonable del operado, desencadenen contra aquel, agrias protestas, severas críticas, inquietantes litigios y hasta agresiones físicas que han llegado incluso al homicidio (como en el enternecedor y patético caso de nuestro colega hispano el Dr. José Luis Vásquez-Añón).

Creo poder decir que, con un pequeño grupo de colegas (que no me atrevo a enumerar, por temor de incurrir en omisiones), integro la segunda hornada de cirujanos plásticos argentinos químicamente puros, quiero decir exclusivos. De la primera hornada, forman parte, entre otros (que tampoco me arriesgo a mencionar), los actuales Cirujanos Maestros Malbec y Marino. Anteriormente, sólo habían existido precursores e iniciadores. Los precursores fueron aquellos cirujanos generales (como Ignacio Pirovano o Alejandro Castro) y aquellos otorrinolaringólogos, oftalmólogos, ginecólogos, urólogos y ortopedistas que, durante lo que podríamos llamar la prehistoria de nuestra disciplina, realizaron algunas operaciones reconstructivas o reparadoras de las formas externas. Los iniciadores, los auténticos pioneros, fueron quiénes (como Oscar Ivanissevich, Enrique Finochietto y Lelio Zeno), sin abandonar otros quehaceres quirúrgicos, practicaron con gran asiduidad y sostenido entusiasmo toda clase de operaciones plásticas (estéticas inclusive) y fundaron renombradas escuelas en las que se formaron los primeros especialistas de raza, maestros a su turno de generaciones posteriores. Después de mi hornada, se sucedieron muchas, cada vez más nutridas. Y hoy, como ya dije, los cirujanos plásticos forman legión entre nosotros.

MI NOVICIADO PLÁSTICO-QUIRÚRGICO

En los viejos tiempos, cualquier facultativo de nuestro país podía, con sólo desearlo y sin llenar requisito alguno, autotitularse impunemente especialista en cirugía plástica o estética o en cualquier otra rama del arte de curar y proclamarlo en una chapa de bronce atornillada a su puerta de calle. Ninguna entidad oficial ni privada expedía diplomas o certificados que acreditaran su competencia. Pero, si era entonces muy fácil echárselas de especialista, convertirse en un cirujano plástico "de verdad" resultaba, en cambio, mucho más difícil que ahora.

Quién, décadas atrás, anhelaba llegar a ser un cirujano plástico idóneo debía improvisar su propio programa de información y adiestramiento. Después de pasar algunos años en un servicio de cirugía general, para adquirir una visión amplia de la ciencia y el arte quirúrgicos, tenía que gestionar su ingreso a alguno de los contados centros hospitalarios en los que se practicaba la especialidad; y, en el caso de ser admitido (que no siempre se daba), esperar de la benevolencia de los colegas experimentados, a la par que unan guía de lecturas, la ansiada oportunidad de ayudarlos en sus operaciones y de ir realizando luego, él mismo, otras de dificultad creciente. No existía nada planificado, nada formal en la faz educativa. El camino era largo y escabroso, y para recorrerlo se necesitaba mucho tiempo, mucha tenacidad, mucha resignación y una paciencia de benedictino. En buena medida, había que hacerse solo.

Yo no tuve el privilegio, que otros tuvieron, de crecer a la vera de un maestro, que me llevara de la mano por los intrincados senderos y vericuetos de la especialidad. Ivanissevich, mi primer jefe, estaba muy lejos de mí, no sólo en edad y en jerarquía, sino también en gustos y

en idiosincrasia. Y, por otra parte, pronto abandonó definitivamente la cátedra y el hospital para emprender una carrera política poco feliz. Con todo, aprendí de él muchas cosas útiles, fundamentalmente orden, disciplina y método de trabajo, y también recibí de él importantes estímulos y favores. Era, en muchos aspectos, un hombre digno de ser admirado. Me enorgullezco de haber hecho mis primeras armas en su famosa e histórica escuela. Los jefes que tuve después no fueron cirujanos plásticos.

En alto grado, y muy a mi pesar, me he visto obligado a ser un autodidacto, algo así como el "*self made man*" de que hablan los sajones; y por haberme hecho a mí mismo es que mi hechura adolece de tantas imperfecciones.

Pero si no disfruté la dicha de contar con un maestro, en el más excelso significado de esa palabra, tuve en compensación la suerte de contar con buenos colaboradores. Por otra parte, de todo el mundo he aprendido algo. Ralph Waldo Emerson declaraba: "Todos los hombres que conozco son superiores a mí en algún sentido, y en ese sentido aprendo de ellos". Y si lo decía el ilustre filósofo y poeta norteamericano ¡con cuánto más motivo puede repetirlo quien les habla!

Viendo actuar y oyendo a mis colegas, he aprendido muchísimo. De algunos, no siempre de los más encumbrados, he aprendido lo que hay que hacer. De otros, no siempre de los más ignorados, he aprendido, al advertir las consecuencias de sus destinos, lo que de ninguna manera conviene hacer

Cuando me inicié, no se había implantado aún en nuestro medio, para ninguna especialidad, el beneficioso sistema de la residencia hospitalaria. Tampoco existían, salvo quizás rarísima excepción, becas internas ni externas para formarse o perfeccionarse en cirugía plástica. Quienes contaban con los recursos necesarios, podían, y así lo hicieron unos cuantos, darse el lujo de ir a cultivarse en algún importante centro del exterior; pero no fue éste mi caso. Sólo muy de vez en cuando, se pronunciaba alguna conferencia sobre un tema de nuestra disciplina. Y los cursos sobre ella comenzaron a dictarse más adelante.

En 1945, Carlos Rivas organizó uno de los primeros, si no es el primero, en el Instituto de Clínica Quirúrgica. Allí se me ofreció la oportunidad de debutar en la docencia plástico-quirúrgica. Con el mayor desparpajo, diserté sobre cirugía de la oreja. ¡Confío en que Dios y aquel auditorio hayan perdonado mi moceril osadía!

Con provecho y agrado, asistí a alguno de los primeros cursos dictados por Malbec. Los ilustraba con unas grandes, pesadas y frágiles diapositivas de vidrio (en blanco y negro, por supuesto), que transportaba en imponentes cajas de lustrosa madera. ¡Cómo le envidié esa tan rica y clara documentación! Lo común era entonces utilizar, los hoy obsoletos proyectores de láminas, llamados epidiascopios: inmensos e inamovibles armatostes, parecidos a las máquinas de los maniseros, que reflejaban sobre la pantalla unas pálidas y brumosas imágenes.

En la actualidad, el panorama es en este aspecto muy diferente. Numerosísimos son los cursos, conferencias, simposios, coloquios y mesas redondas que sobre nuestra materia organizan múltiples instituciones oficiales y privadas. Y en la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador se creó, en 1974 una Carrera de Postgrado de Cirugía Plástica, de la que, cumplidos tres años de estudio, se egresa con un

título reconocido por la Nación. En este punto, las facultades estatales de medicina están en mora, pero pienso que no tardarán en aparecer, también en ellas, si no carreras, sí, al menos, cátedras de cirugía plástica. Por de pronto, en la de Buenos Aires se viene dictando anualmente, desde 1985, un curso sobre nuestra disciplina.

Muy apreciadas fuentes de información han sido siempre las conferencias y las demostraciones quirúrgicas de los ocasionales visitantes insignes, provenientes de los más adelantados centros del planeta. Estas bienvenidas aves de paso dejaban valiosas enseñanzas y suscitaban o avivaban vocaciones.

En mis años mozos, no había aparecido aún el sinnúmero de esplendidas revistas foráneas especializadas que hoy nos llegan regularmente. Algunas antiguas publicaciones periódicas habían dejado de aparecer con motivo de la Segunda Guerra Mundial. Las modestas revistas argentinas empezaron a editarse tímidamente mucho después. Desde luego que artículos muy interesantes sobre temas plásticos podían encontrarse desperdigados en revistas nacionales y extranjeras dedicadas a cirugía general o a especialidades que tienen puntos de contacto con la nuestra.

Ciertamente que, en lo que iba del siglo, habían aparecido importantes tratados de cirugía plástica, algunos de los cuales, verdaderos hitos históricos, han alcanzado la categoría de clásicos (como el de Nelaton y Ombredanne, los de Joseph, el de Gillies, el de J. S. Davis, el de Ferris-Smith, el de Blair y los de Veau, entre otros pocos). Pero obras de esa clase no se editaban con la frecuencia, la tirada ni la calidad tipográfica con que hoy se editan. Mi primer libro de cirugía plástica, mi preciado volumen de cabecera durante algunos años, fue el de Fomon, ese lúcido escritor médico que, sin ser cirujano plástico, enriqueció la bibliografía de la especialidad con una obra muy clara, muy práctica, muy completa y muy abundante en citas.

De aquella época, no recuerdo otros filmes sobre temas plástico-quirúrgicos que los producidos por Ivanissevich, en blanco y negro, titulados: “Rinoplastia por el método argentino”, “Injerto tubular” y “Reconstrucción de la oreja”. Más tarde, ya en la era del color, aparecieron otros, entre los que me complazco en destacar los muchos y muy buenos que nos proyectaba Malbec.

No existían aún las cintas magnetofónicas ni las video-grabaciones, tan útiles para propagar los conocimientos. En cuanto a las fotocopias, que tanto facilitan la cosecha de informaciones, distaban de haber alcanzado su actual difusión y calidad.

Los Congresos Latinoamericanos de Cirugía Plástica, iniciados en 1941 -que se transformarían más tarde en Ibero latinoamericanos- impulsaron notablemente la especialidad en todos los países de hablas románicas del continente, el nuestro entre ellos. Las comunicaciones y en particular los relatos presentados en esas asambleas han dejado siempre inapreciables enseñanzas. Muy provechosas fueron para mí, por ejemplo, las ponencias de Rebelo Neto y Malbec sobre inclusiones, de Marino sobre labio leporino y de Alberto Beaux sobre injertos de piel. Mis limitados medios no me permitieron participar de las primeras reuniones. A la que tuvo lugar en 1942 en la Argentina, los médicos del Instituto de Clínica Quirúrgica no concurrimos, porque nuestro jefe había tenido una diferencia con sus autoridades

A partir de 1955, se celebran, alternativamente en diversos países, Congresos Internacionales

de Cirugía Plástica. Las actas de tales certámenes han representado desde entonces una importantísima fuente de conocimientos. Años más tarde, también comenzaron a realizarse congresos nacionales e internacionales sobre aspectos parciales de nuestra especialidad o sobre temas afines a ella (cirugía estética, quemaduras, cirugía de la mano, microcirugía, etc.). Y en los Congresos Argentinos de Cirugía, que de antiguo se llevan a cabo todos los años, es ahora muy frecuente que se traten asuntos de nuestro particular interés.

Cuando carecíamos una sociedad nacional que nos congregara, los cirujanos plásticos argentinos vivíamos, en general, algo aislados. Poco nos veíamos. A algunos de los más distinguidos colegas no llegué a conocerlos hasta varios años después de haberme recibido.

Creo que fue a fines de la década del 40, no puedo precisarlo, cuando iniciamos, por feliz idea de no sé quién, unas reuniones, habitualmente nocturnas, en diversos servicios, a las que llamábamos ateneos hospitalarios. En amable tertulia, se mostraban casos de interés, se intercambiaban conocimientos y opiniones y se creaban o fortalecían vínculos amistosos. Cuando se realizaban por la mañana, se ofrecían demostraciones quirúrgicas. Los dueños de casa de esmeraron desde un principio en atender y hasta en agasajar gastronómicamente a los visitantes. Y lo que primero fue un sencillo piscolabis, adquirió pronto, en cordial y desenfrenada competencia, todas las características de una opípara cuchipanda, y llegó el momento en que la prudencia aconsejó fijar sensatos límites a tan sibaríticas y costosas expresiones.

En esos encuentros se afirmó el propósito que ya muchos abrigábamos, de crear una sociedad que nos agrupara. Y, tras repetidos cabildeos, en los que se logró zanjar algunas discrepancias e inconvenientes, el 17 de julio de 1952 fue fundada la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, con 39 miembros titulares y 15 adherentes. Me cupo la distinción de integrar, como Director de Publicaciones, la primera Comisión Directiva, que presidió Malbec.

Nuestra Sociedad, que actualmente reúne a varios centenares de cirujanos, ha cumplido ya treinta y cinco años de vida. Mucho ha hecho, en ese lapso, por el mejoramiento de cada uno de nosotros y por el prestigio de la cirugía plástica nacional. Al margen de sus frecuentes sesiones, viene organizando, desde 1971, en distintas ciudades del país, congresos anuales, cada vez más concurridos, a los que hacen también sus aportes colegas extranjeros y en los que se distribuyen estimulantes premios. Y, desde 1977, se dicta en ella un Curso Superior trienal de la especialidad, como el de la Universidad del Salvador y se acuerda, a quienes del mismo egresan, un título, cuya validez fue oficialmente reconocida en 1986.

Paulatinamente, se han ido fundando, en el interior de la República, sociedades filiales de la nacional. Y no queda ciudad más o menos populosa que no tenga la suya.

Pienso que de todo lo dicho se desprende con claridad meridiana que, sin disputa, es hoy mucho más asequible lograr una buena formación plástico-quirúrgica de lo que lo era algunas décadas atrás.

LOS PROGRESOS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA

Muchos y muy trascendentales han sido los adelantos que ha experimentado la cirugía plástica desde que la conocí. En el último medio siglo ha avanzado más que en cualquier otro período

igual de su historia; y no sería arriesgado decir que más que en la suma de todos los tiempos anteriores.

Por una parte, se ha beneficiado grandemente de las conquistas de la medicina en general, la que a su vez ha sido favorecida por las adquisiciones de las ciencias básicas y de la tecnología. Hoy disponemos, entre otras cosas, de mejores anestesias, de mejores recursos para combatir el shock y los desequilibrios del medio interno, de mejores agentes antiinfecciosos y de mejores instrumentos, aparatos y materiales. Además, y no es lo de menos, contamos con una organización asistencial y preventiva muy superior.

Pero mucho ha sido también lo que la cirugía plástica ha progresado en su propio y específico territorio. Deslumbra, en efecto, el ingenio desplegado por especialistas del mundo entero en su incesante y esforzado afán de restablecer o de perfeccionar las formas humanas, en pugna con un elemento tan indócil como es el tejido vivo. Hazañas que pocos años atrás eran inconcebibles, o a lo sumo utópicas quimeras, son hoy realidad palpable. La cirugía plástica ha adquirido una jerarquía, una eficacia y una seguridad sorprendentes.

A quienes acaban de asomar las narices en el mundo de nuestra disciplina les costará darse cuenta de cuán pobre era nuestro arsenal, de cuán desarmados estábamos hace algunos decenios. Y si quieren poner de manifiesto ante sus ojos los asombrosos cambios que han sobrevenido, no tienen más que cotejar alguno de los primeros números de una revista internacional de alto nivel (del "*Plastic and Reconstructive Surgery*", por ejemplo) con alguno de los más recientes. ¡Es como confrontar la cartilla de primeras letras con una voluminosa y actualizada enciclopedia!

Y tal es el torrente de novedades que sigue derramándose sobre nuestras cabezas, desde todos los rincones del globo terráqueo, que, para estar al día, es forzoso estudiar constante y ahincadamente.

Se ha hecho ya muy difícil, prácticamente imposible, que alguien ejerza, con razonable competencia, la especialidad en toda su amplitud. Y es por eso que ella se ha dividido, y se seguirá dividiendo, en un número creciente de subespecialidades. La cirugía estética fue quizás la primera en desprenderse del tronco común; después se han desprendido otras. En la actualidad, hay quienes solo se dedican a las quemaduras o solo a los aspectos plásticos de la cirugía infantil, de la cirugía oncológica, de la cirugía ortopédica y traumatológica, de la cirugía de la mano o de la cirugía máxilofacial

Por otra parte, el cirujano plástico ha ido dejando de ser un francotirador solitario, al ir comprendiendo que, como en toda cirugía, también en la suya, el éxito depende hoy mucho más del enfoque multidisciplinario de los problemas que del virtuosismo de un mago del bisturí. Se ha ido haciendo carne en él la idea de que la mayoría de los casos, y sobre todo los complejos (quemaduras graves, fisuras labiopalatinas, tumores malignos extendidos, etc.), deben ser estudiados y tratados por un equipo médico, de composición variable, del cual podrá o no ser él, según las circunstancias, el coordinador

No cabe dentro de los límites de este relato hacer un minucioso inventario de todos los adelantos de la cirugía plástica surgidos en el período que me ocupa. A este respecto, recomiendo la lectura de un interesante artículo de Héctor Marino, titulado "Síntesis de los progresos de la cirugía plástica en los últimos decenios". Se hace en

él una somera pero amplia revisión, a vista de pájaro, de los más salientes, entre los que no faltan algunas estimables contribuciones argentinas. Aunque la publicación es de 1981, no ha perdido del todo actualidad y el arqueo que en ella se hace del moderno patrimonio plástico-quirúrgico basta para impresionar al menos impresionable.

Me limitaré aquí a señalar rápidamente sólo algunos de los cambios más visibles, de los que mejor ponen de manifiesto el ancho y profundo abismo que nos separa de aquellos más viejos y, de todos modos, añorados tiempos.

El dermátomo de Padgett fue dado a conocer en 1939, el año en que me gradué; pero recién a principios de la década del 40 llegó uno de esos aparatos al Instituto de Clínica Quirúrgica. Nos enseñó a manejarlo el cirujano cordobés Ernesto Osácar que estaba pasando una temporada con nosotros y que ya lo había utilizado en su ciudad de origen. Los dermátomos eléctricos y neumáticos aparecieron después. Todos estos ingeniosos adminículos simplificaron y perfeccionaron la toma de un injerto de piel y, consecuentemente, la democratizaron, es decir, que pusieron al alcance de cualquier cirujano medianamente entrenado lo que anteriormente, aún con las cuchillas calibradas, había sido un recurso reservado a virtuosos.

Cuando, para reparar un defecto de la superficie corporal, hacía falta un colgajo, se recurría habitualmente a alguno de los hoy llamados "de circulación azarosa" ("*random pattern flaps*" de los sajones), que por lo común exigían engorrosos, dilatorios y en alguna medida perjudiciales diferidos. No eran muchos entonces los colgajos hoy denominados "de circulación axial" ("*axial pattern flaps*") ni se habían apreciado cabalmente las ventajas de tales transplantes. Y cuando en los alrededores del defecto no se contaba con una adecuada cantidad o calidad de tejidos, había que importarlos de regiones distantes, ya acercándolos palmo a palmo por pases o saltos sucesivos, alternando sus pedículos, ya aproximando, de ser posible, el área dadora a la receptora (el brazo al tórax, por ejemplo) o ya utilizando para el transporte un intermediario móvil, es decir un vehículo (generalmente la muñeca). Todo esto implicaba varias sesiones operatorias, a la par que molestas, prolongadas y peligrosas inmovilizaciones en posturas más o menos acrobáticas. Ahora es posible, en la mayoría de los casos, soslayar tales inconvenientes, acudiendo a alguno de los colgajos musculares (combinados con un injerto de piel), músculo cutáneos o fascio cutáneos, descritos, la mayoría de ellos, en los últimos tiempos, de los que casi siempre hay disponibilidad en las cercanías del defecto. Y, si no la hubiera, echando mano de alguno de los llamados colgajos libres de piel y grasa (combinados con un injerto de piel).

Los todavía novedosos expansores de tejidos suelen solucionar ahora el problema planteado por la escasez de tela en las inmediaciones del defecto.

En mis primeros años de práctica, los colgajos tubulares (que Ginestet, no sin razón, prefiere llamar cilíndricos) estaban a la orden del día. Con ellos se reparaba la mayor parte de los defectos de alguna importancia. Y eran muchos los pacientes que, en los consultorios, en las enfermerías y aún en los jardines del hospital, ostentaban esas insólitas y chocantes asas o manijas, cutáneo grasosas. Hoy han sido reemplazados en buena medida por métodos más rápidos y efectivos. Conservan, sí, algunas indicaciones, pero no creo que tarde en llegar el momento en que sólo los mencionaremos para rememorar su "vida, pasión y muerte".

La acción limpiadora que, sobre las heridas o úlceras infectadas o con tejidos muertos, ejercen los colgajos nutridos por un buen pedículo vascular permanente ha sido destacada, desde 1961, por Héctor Marino. Esta benéfica acción, que ha recibido el nombre de "detersión biológica", representa un útil complemento, y hasta un eficaz substituto, de la tradicional escisión quirúrgica.

Infinidad de materiales de inclusión, que con resultados muy inciertos se empleaban para reemplazar tejidos duros y blandos, han sido desplazados por las siliconas que llenan la mayor parte de los requisitos exigibles a la inclusión ideal. Con mis propios ojos alcancé a ver los desastrosos resultados de las inyecciones de parafina, que, desde mucho antes, habían sido abandonadas.

El quemado no era por aquel entonces un enfermo bienvenido en nuestros hospitales, ni en los de muchos otros países. Considerado poco atractivo y hasta indeseable (un auténtico clavo), tanto por el complejo, absorbente y mal conocido tratamiento que requería, como por no ofrecer la halagüeña promesa de una operación lúcida e interesante, se lo internaba de mala gana en un servicio de cirugía general o de ortopedia, no rara vez junto a un paciente con heridas infectadas. Curado al principio por un médico, luego por un practicante y después por un enfermero, concluía por ser olvidado y convertirse en un paria, en una "tierra de nadie". Cuando se lo injertaba, se lo hacía mal y tarde. Y su indefectible destino era abandonar el hospital horrible e irreparablemente deteriorado, cuando no con los pies adelante y cubierto por una sábana.

Pero sería injusto silenciar que, dentro de tan sombrío panorama, no faltaban algunos mirlos blancos que, contra viento y marea, se esforzaban abnegadamente en prodigar a esos infelices todos los cuidados de que, en ese medio adverso, podían disponer.

Innumerables han sido los avances que, a través de los años, han ido mejorando la atención del quemado, tanto desde el punto de vista general como desde el local. Y grande ha sido el cambio de mentalidad frente al problema, cambio que se ha traducido en la mayor preocupación con que hoy se lo contempla y en los mayores recursos económicos que se le dedican. En nuestro ambiente, nadie puede negarlo, las mejoras conseguidas se deben, en alto grado, a los afanosos y prolongados desvelos de Fortunato Benaim. Toda la República está hoy sembrada de centros de quemados, de variada complejidad, que desarrollan una ponderable labor asistencial, docente e investigadora. Y, periódicamente, se emprenden en el país plausibles campañas preventivas a través de los más variados medios de difusión. Queda, con todo, bastante por hacer.

El reimplante exitoso de un miembro, con anastomosis de sus grandes vasos, fue logrado en 1962 por Ronald Malt, quien convirtió así en realidad una antiquísima leyenda expresada en varias obras pictóricas y escultóricas de artistas anónimos o famosos. Antes de la proeza de Malt, habían obtenido algunos resultados felices con el reimplante, por simple aposición, de pequeñísimos trozos de tejidos. Hoy existen en nuestro país centros oficiales y privados dispuestos a practicar reimplantes a cualquier hora del día o de la noche.

La aplicación a nuestra especialidad de las técnicas microquirúrgicas, que ya habían beneficiado a otras disciplinas médicas, posibilitó el reimplante del cuero cabelludo, de diferentes estructuras de la cara (labios, nariz, orejas), de

pequeños segmentos distales de los miembros y hasta del pene. La microcirugía permitió asimismo trasplantar libremente a distancia, en un solo tiempo, grandes y complejas masas de tejidos blandos y duros; maravilloso recurso con el que solucionan con prontitud muchos problemas. Hizo también factibles delicadísimas reparaciones del nervio facial, de los nervios de la mano y de algunos otros delgados filetes. Y, en el linfedema, se establecen hoy, con la ayuda del microscopio, finísimas anastomosis linfovenosas, cuyo propósito es derivar hacia el torrente sanguíneo la linfa estancada en los tejidos superficiales.

Otro gran avance plástico-quirúrgico ha sido el advenimiento de la gran cirugía correctora cráneo facial, introducida por Tessier. Se trata, como es sabido, de largas y laboriosas operaciones destinadas a normalizar la estructura esquelética del cráneo y de la cara, mediante osteotomías e injertos óseos. Con estas atrevidas técnicas, efectuadas a través de una doble vía (craneal y facial), se obtienen sorprendentes resultados en acentuadas dismorfias congénitas (hipertelorismo, síndromes de Apert y de Crouzon) o adquiridas (secuelas graves de los traumatismos de la cara), para las que no existía una solución satisfactoria.

Las úlceras por presión de los parapléjicos, que pesimistamente se consideraban una fatalidad ineluctable, por creerse que en su génesis intervenía un obscuro mecanismo neurodistrófico imposible de controlar, comenzaron a tratarse con todo éxito durante la Segunda Gran Guerra.

Notables progresos se han alcanzado igualmente en todas las demás facetas de la cirugía reparadora. La suspensión alámbrica interna de los huesos, concebida por Adams, representó un significativo avance en el tratamiento de las fracturas de la cara. Los grandes traumatismos orbitarios y nasoorbitarios son hoy mucho mejor conocidos y consiguientemente mejor tratados, gracias sobre todo a los trabajos de Converse. Los fisurados de labio y paladar se benefician ahora sensiblemente del enfoque multidisciplinario de su problema, de técnicas más exquisitas y de la más racional programación de los sucesivos tiempos ortopédicos, ortodóncicos y quirúrgicos y foniátricos. La comprensión regulada y sostenida ha resultado muy eficaz en la prevención y el tratamiento de las cicatrices exuberantes. Y muy apreciable ha sido también el perfeccionamiento de los métodos de reconstrucción parcial o total de la nariz, de los párpados, de los labios, de las orejas, de las manos, de las mamas y de los órganos genitales, en cuyo análisis no me puedo detener; pero no dejaré de apuntar que tales adelantos han impulsado substancialmente la cirugía oncológica, al justificar enormes resecciones de intención curativa, antes inaceptables por la cruel mutilación y el grave trastorno funcional que hubieran implicado.

La cirugía estética, por su parte, no se ha quedado atrás. Las técnicas de rinoplastia correctiva se han afinado mucho; sobre todo aquellas dirigidas a enmendar las deformaciones secundarias, hoy tan comunes debido a la cantidad de cirujanos inexpertos que, sin adecuada tutela, se lanzan a practicar estas operaciones, que suponen sencillas.

El envejecimiento cérvico facial se enfoca ahora con un criterio muy amplio y detallista. No todo se limita ya a estirar la piel arrugada y colgante, sino que se procura corregir también otras peculiaridades de la cara y el cuello avejentados, tales como la ptosis de las cejas, de la nariz y del mentón, la hipertrofia de los lóbulos auriculares, el aplanamiento de los pómulos, el alargamiento del labio superior, los depósitos regionales

de grasa, el resquebrajamiento cutáneo y, en el hombre, la calvicie hipocrática. La actuación sobre el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS) y en particular sobre el *platysma* ha contribuido apreciablemente a realzar los resultados.

En las modernas técnicas de mastoplastia reductora, se prescinde actualmente de los extensos y peligrosos despegamientos cutáneos, que antes nos parecían insoslayables y tantos disgustos nos deparaban. Las bolsas de silicona, introducidas por Cronin en 1964, y ulteriormente muy perfeccionadas, solucionaron en gran medida el problema de las mastoplastias de aumento. Al presente, las dermolipectomías se realizan utilizando incisiones estratégicamente ubicadas para esconder las cicatrices. La lipoaspiración, combinada o no con ellas, ha enriquecido las posibilidades de esta cirugía llamada del contorno corporal.

En la corrección de las orejas en asa, el cirujano plástico moderno no se conforma con aproximar los pabellones al cráneo, sino que también se esmera, apelando a sutiles artificios, en crear o restablecer los pliegues característicos de esas estructuras.

Muy difícil y muy aventurado es predecir el mañana de la cirugía plástica. La futurología dista mucho de ser una ciencia exacta. Hasta los menos optimistas pronosticadores del progreso se quedan siempre cortos; la realidad supera con creses sus vaticinios. No es ésta la mejor ocasión para especular sobre el porvenir de nuestra disciplina. Por el momento, me limitaré a expresar mi más absoluta convicción de que le esperan días brillantes. ¡Sólo Dios sabe los prodigios que verán los más jóvenes de nosotros!

MI AMIGO JULIÁN FERNÁNDEZ

En esta deshilvanada revisión de mi vida médica, no puede faltar siquiera un párrafo destinado a evocar a Julián Fernández, que fue, hasta su muerte, mi amigo y consejero, y, durante muchos años, mi colaborador. Me ocupé de él con cierta amplitud cuando, hace un lustro, me cupo el triste cometido de darle el último adiós en nombre de sus camaradas, lo que me exime ahora de extenderme en su recuerdo. Tenía Fernández catorce años más que yo. Lo conocí a principios de los años 40. Era yo entonces un novato y él ya un cirujano general hecho y derecho, dotado de un singularísimo sentido práctico. Sus enseñanzas y su ejemplo guiaron mis primeros pasos en el arte de operar. Con su contagioso optimismo, me hacía ver fácil y alcanzable lo que se me figuraba difícil e inasequible. Por otra parte, y es lo que más valoro, su hombría de bien, su permanente entusiasmo, su invariable buen humor, su proverbial bonachonería y su fortaleza espiritual para enfrentar reveses significaron para mí una muy saludable lección de vida. Por largo tiempo, hasta que me alejé del Clínicas, trabajamos en la más estrecha y cordial colaboración. Juntos aprendimos cirugía plástica, disciplina que había comenzado a interesarle y juntos escribimos una nutrida serie de artículos. Y llegamos a formar una yunta hasta tal punto indivisible, que la sola mención del nombre de uno de los dos evocaba automáticamente el nombre del otro. Rindo aquí al amigo inolvidable el emocionado tributo de mi cariño y de mi reconocimiento.

MI PASO POR EL HOSPITAL FIORITO

Anhelando ser cabeza de ratón, decidí un día, tras largas cavilaciones y no sin sufrir un hondo desgarramiento, abandonar mi muy querido Hospital de Clínicas, en el que había sido cola de león durante un cuarto de siglo, para asumir la

jefatura del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Fiorito en Avellaneda, que había conquistado en el concurso abierto para llenar la vacante producida por la jubilación de su primer jefe, el Dr. Jorge Santamarina Iraola.

Entiendo que ese centro fue el primero del país que tuvo la categoría del Servicio. Pero, a pesar de su antigüedad, poco se había desarrollado. Funcionaba en un cuartucho de mala muerte, entre cuyas desconchadas paredes se padecía una pobreza franciscana; clara expresión, todo ello, del poco interés que despertaba entre nosotros la especialidad. Poco o nada apropiado era ese ambiente hospitalario tan inhóspito (valga la antítesis), no digo ya para investigar y para enseñar, sino incluso para atender pacientes.

Por fortuna, me encontré allí con algunos colegas jóvenes y animosos. No eran muchos, sobraban para contarlos los dedos de una mano. Con el tiempo, el grupo se fue engrosando, sin llegar nunca a ser numeroso.

Carecíamos de muchísimas cosas. Y no me refiero a una sierra de Stryker, a un dermátomo eléctrico ni a un expansor de injertos de piel (lujos asiáticos inaccesibles, para nosotros, de los que nos resignábamos a prescindir), sino que aludo a los elementos más simples e irremplazables. Las internaciones y las operaciones debíamos efectuarlas en los servicios de cirugía general, lo que cortaba bastante nuestra libertad de acción. Desde luego que, tanto la disección cadavérica como la experimentación animal, estaban fuera de nuestro alcance. De la microcirugía... ¡ni hablar!

Trabajé con mis nuevos colaboradores, mancomunada y fervorosamente, durante casi veinte años. Batallamos juntos, a brazo partido, contra los mil y un obstáculos y escaseces que esterilizaron buena parte de nuestros esfuerzos, pero que no pudieron apagar nuestro quijotismo, nuestra vocación de servir, nuestro espíritu de sacrificio, nuestras ansias de progreso. Una labor con ilusiones, por penosa que sea, se sobrelleva placenteramente. O, dicho en términos más vulgares, sarna con gusto no pica.

Procuré implantar en el Servicio el orden y el método que reinaban en el Instituto de Clínica Quirúrgica. Y traté de enseñar a mis jóvenes colaboradores algunas cosas que, por su temprana edad, no habían tenido tiempo de aprender. Pero lo más importante fue que, trabajando codo a codo, enriquecimos juntos nuestros conocimientos y nuestras experiencias. A menudo, sentados alrededor de un pequeño escritorio, comentábamos las últimas observaciones, mientras apurábamos sendas tazas de un rico y humeante café (adquirido por nosotros, naturalmente).

Tanto empeño no fue del todo vano. Superando escollos, pudimos ir desarrollando una modesta, pero sin duda fructuosa, labor asistencial y docente e ir difundiendo a la vez, en algunas publicaciones, las enseñanzas que cosechábamos. Y conseguimos también que, paso a paso, el Servicio fuera ampliado, y equipado, si no óptima, si al menos decorosamente.

Convivimos todos en franca camaradería, sin que faltara, por supuesto, como ni en una familia falta, alguna que otra desavenencia. El afectuoso agasajo con que hoy se me obsequia me induce a pensar que las salidas de tono en que pude haber incurrido han sido olvidadas. Por mi parte, conservo de mis colaboradores del Fiorito el mejor de los recuerdos. No presumo, ciertamente, de haber sido para ellos un auténtico maestro (que "maestro" es palabra mayor).

Pero creo, sí, haber sido un compañero que, por haber nacido antes, pudo señalarles y allanarles un poco sus caminos.

MI RETIRO

Los años volaron vertiginosos y llegó la hora de retirarme del Fiorito. Me sucedió en el cargo el Dr. Héctor Luis Panigatti, mi primer colaborador, que ha quedado al frente de un activo conjunto de cirujanos plásticos capacitados; y sé que siguen trabajando con diligencia y eficacia.

Poco después, debí también dejar mis funciones de profesor adjunto de Cirugía, por haber alcanzado el límite de edad reglamentario. Y, recientemente, puse asimismo fin al ejercicio privado de la profesión, anticipándome a que alguien pensara o hasta llegara a decir aquello de que "ya está viejo maese Juan para cabrero".

Liberado de todo compromiso, me siento ahora embebido de una dulce paz. Disfruto, feliz, de la primavera de mi tercera edad; lamentando, eso sí, que no exista una cuarta. Ya no respingo ni brinco al primer campanillazo del teléfono y los días se me hacen cortos para leer, escribir, dibujar, meditar y recrearme, como antes no pude hacerlo, con todas las cosas buenas, bellas o interesantes, obras de Dios o de los hombres, que tengo a mano.

Y he llegado a convencerme de que la mejor profesión del mundo, después de la de médico, es la de jubilado, aunque, por desgracia, diste ella de figurar entre las más lucrativas.

Mi alma está serena. Creo que, dentro de mis fuerzas, he cumplido razonablemente con mis deberes. Bregando siempre contra infinidad de obstáculos, he alentado un constante afán de perfeccionamiento y he tratado de ofrecer lo más bueno de mí. Y, como escuché decir, en su ocaso, a un noble y ya extinto colega, también yo digo ahora: "pude haber hecho más y mejor, pero también pude haber hecho menos y peor". EAB

Correspondencia. Dr. Ricardo Losardo
Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar

EAB

EDITORIAL ALFREDO BUZZI

FACEBOOK // EABeditorial

TWITTER // @EABeditorial

WEB // www.editorialalfredobuzzi.com