

ANTONIO L. TURNES



PABLO PURRIEL

(1905-1975)

Pablo Purriel

MEDICINA Y PASIÓN

EG

Ediciones Granada



ANTONIO L. TURNES nació en Montevideo (Uruguay) en 1943. Médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (1975). Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina (2010). Fue Secretario Ejecutivo de la Confederación Médica Panamericana (1964-1971). Secretario del Coordinador Técnico del Ministerio de Salud Pública (1966-1967). Vinculado al Sindicato Médico del Uruguay desde 1964 hasta 1976. Administrador General de dicha institución desde 1985 a 2005. Miembro de la Sociedad de Especialistas en Salud Pública (actualmente de Salud Colectiva, SUSAC). Miembro y Presidente de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (2016-2020). Autor y coautor de más de veinte libros sobre temas de Historia de la Medicina. Recibió premios de la World Sephardi Federation (2005) y el Jerusalem (2011).

Antonio L. Turnes

PABLO PURRIEL
(1905-1975)

Medicina y pasión

2019



Ediciones Granada



Retrato al óleo de Pablo Purriel por Javier Gil Pérez, entregado a la Clínica Semiológica, dirigida por el Prof. Dr. Jorge Torres Calvete, en un acto solemne realizado en el Aula Magna de la Facultad de Medicina

PABLO PURRIEL

(1905-1975)

Pablo Purriel



Ediciones Granada

ISBN: 978-9974-8710-6-9

Primera edición – Diciembre de 2019

PABLO PURRIEL (1905-1975) Medicina y pasión

© Antonio L. Turnes

Contacto: Antonio L. Turnes
alturnes@adinet.com.uy
Montevideo - Uruguay

Queda hecho el depósito que ordena la ley
Impreso en Uruguay - 2019
XXXXXX.
XXXXXX - Montevideo.

IMAGEN DE CONTRATAPA: Mural “HERRAMIENTAS” 135 x 281 cm, pintado en el Hospital Saint Bois en 1944 por Héctor Ragni Fontana (Buenos Aires 1897 – Montevideo 1952) pintor y grabador argentino que tuvo actuación destacada en el Taller de Joaquín Torres García. Actualmente reinstalado en la Torre de las Telecomunicaciones, Edificio Cultural, Nivel 1 (hall de acceso), ANTEL, Montevideo.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro, por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo o cualquier otro medio mecánico o electrónico, total o parcial del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización de los autores.

Diseño gráfico del libro y la tapa:  Augusto Giussi

ÍNDICE

Agradecimiento	9
Introducción	11
Capítulo 1	Apuntes para un retrato informal del Dr. Pablo Purriel. 17
Capítulo 2	Purriel estudiante 33
Capítulo 3	Juan B. Morelli, su maestro de Clínica Médica. ... 43
Capítulo 4	La brucelosis y la medicina del trabajo. 65
Capítulo 5	El médico Pablo Purriel, Joaquín Torres-García, su taller y los murales del pabellón Martirené. ... 81
Capítulo 6	La evocación de Juan Jorge Ravera 113
Capítulo 7	Mario Arcos-Pérez evoca sus épicos concursos ... 125
Capítulo 8	Epidemiología de la sarcoidosis en Uruguay 131
Capítulo 9	La enseñanza de la semiología 139
Capítulo 10	Purriel, ministro de Salud Pública 149
Capítulo 11	La despedida del maestro 195
Capítulo 12	El internista. Importancia, formación científica, moral y espiritual. 205
Capítulo 13	La despedida a un viejo amigo 219
Capítulo 14	Las Comisiones Honorarias 227
Capítulo 15	La Clínica Semiológica. El primer servicio que inauguró el Hospital de Clínicas 243
Capítulo 16	Entrevista a la Dra. Eva Fogel 249
Capítulo 17	Pablo Purriel visto por el Dr. Mendel Wolyvovics. 263
Capítulo 18	Entrevista a Ricardo J. P. Elena 273
Capítulo 19	Testimonio: Jorge Bouton Martínez 299
Capítulo 20	Testimonio: Purriel por Dante Tomalino 311
Capítulo 21	Purriel fuera de la clínica. 317
Capítulo 22	Purriel, el Partido Socialista y su actuación política 323
Capítulo 23	Purriel en el nomenclátor 329
Capítulo 24	Bibliografía de Pablo Purriel. 333
Epílogo	 343

Anexos

Anexo 1	La reforma de la salud, reclamada durante muchas décadas	347
Anexo 2	Conclusiones de la 6ª. Convención Médica Nacional (1972) sobre el Seguro de Salud	365
Anexo 3	Introducción a la historia de la tuberculosis.	369
Anexo 4	Hidatidosis en la historia.	391
Anexo 5	Algunos colaboradores de Pablo Purriel.	413
Anexo 6	Las épocas que vivió Purriel.	485
Índice onomástico		511

AGRADECIMIENTO

El autor agradece la cooperación de las siguientes personas para la realización de este trabajo:

Fernando Mañé Garzón y Ricardo Pou Ferrari por su magnífica obra sobre Juan B. Morelli y su época.

Augusto Soiza Larrosa que facilitó su artículo sobre los Murales del Taller Joaquín Torres García así como sus imágenes de reuniones con los compañeros y docentes de su pasaje por la Clínica Semiológica.

Juan Ignacio Gil y Pérez por sus aportes de la conferencia en el Rotary Club sobre Servicio Nacional de Salud de 1972 y de diversos escritos del personaje.

Mariángela Santurio por su permanente ayuda para buscar y transmitir referencias y documentos, de manera especial el legajo estudiantil del Prof. Dr. Pablo Purriel.

Ricardo J. P. Elena por su disposición a recorrer los años que pasó por los servicios dirigidos por Purriel, así como sus vivencias.

Eva Fogel de Korc por haber recordado permanentemente al Profesor acercando su presencia.

Jaime Sznajder por facilitarnos su experiencia en la rehabilitación del Hospital Vilardebó.

Mendel Wolyvovics, por los recuerdos de su tiempo como Interno y sus contribuciones como docente e investigador de Fisiopatología.

Fredy Da Silva Rodio por la semblanza de la Dra. Ofelia R. Bachini.

Humberto Casarotti, por foto de Ofelia R. Bachini con Henri Ey, durante su visita a Montevideo.

Álvaro Giordano Vicente, por la imagen de Juan Antonio De Boni.

Eduardo Wilson y Rafael De Armas por su semblanza de Juan Medoc.

Francisco A. Crestanello por su anécdota del encuentro de Abel Chifflet y Pablo Purriel.

Henry Cohen por sus imágenes de Mario Arcos Pérez.

Euclides Silva Gaudin por compartir los recuerdos de su pasaje por la Clínica.

Ariel Rodríguez Quereilhac por compartir sus trabajos con el Profesor en el Saint Bois.

Arq. Nora Pons y Arq. Luis E. Faget Purriel por haber aportado información familiar relevante que permite ubicar mejor al personaje.

Octavio Posada Alpuy y Pablo Dupit, gerente y Presidente, respectivamente, de la Cámara de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA) que en 1972 tuvieron la feliz idea de editar la conferencia del Ministro Purriel en el Rotary Club Montevideo sobre el Seguro de Salud.

Rafael Santos Parada por las imágenes de los murales del Saint Bois.

Lics. Gabriela González, Claudia Speranza y Yanel Tarrech, de la Biblioteca y Archivo del Sindicato Médico del Uruguay.

A todos quienes aportaron documentos e imágenes para este libro.

INTRODUCCIÓN

Entre los maestros de la Medicina del siglo XX que brillaron en Uruguay para muchas generaciones, sin duda ocupa un lugar destacadísimo Pablo Purriel. Una personalidad múltiple en el plano de la clínica médica, la investigación científica, la enseñanza, pero también en el pensamiento y la acción social.

A través de las páginas que siguen intentaremos correr el velo que oculta las ricas facetas de este navarro ejemplar, que llegó de niño a nuestra tierra y se mimetizó con ella, contribuyendo en buena medida a formar médicos con una mirada social y humanista a través de gestos apenas perceptibles.

Para perseguir este propósito de conocer mejor a Purriel hemos recurrido a diversas fuentes. Documentos que hacen a su trayectoria como estudiante; a sus escritos plasmados en editoriales de la revista *El Tórax*, que él fundó y animó hasta su muerte. Testimonios de algunos familiares y fundamentalmente de quienes trabajaron y se formaron a su lado, teniendo importante proyección luego en el país o en el exterior. El rescate de lo que él hizo por acercar elementos para alegrar y cuidar cotidianamente la vida espiritual de los pacientes tuberculosos del Hospital Saint Bois, y de forma especial con las artes plásticas a

través de ese otro maestro que fue Joaquín Torres García y el trabajo de su Taller. Deben ser recordadas sus importantes contribuciones al estudio de patologías de amplia repercusión social: la tuberculosis, la brucelosis, la hidatidosis, con su mirada epidemiológica y la auténtica preocupación por la salud de los trabajadores. Su culminación como ministro de Salud Pública con el propósito de iniciar el camino hacia el Seguro Nacional de Salud, vieja aspiración manifestada por la profesión médica desde los albores del siglo y cuyo proyecto él intentó llevar adelante, con el apoyo de un conjunto de salubristas destacados, aunque los tiempos políticos no le permitieron concretarlo.

A través de sus estudios epidemiológicos, particularmente de la tuberculosis y la brucelosis entre los trabajadores de los frigoríficos y de los tambos, hizo un importante aporte al desarrollo de la Medicina del Trabajo, que merece ser rescatado. Lo que junto a su producción científica, está patentizado en la bibliografía suya, que se incluye.

La sensibilidad y el dolor, vertidos en una página memorable, por la pérdida de un distinguido profesor de Cirugía, otro titán como él, permite apreciar el valor que daba Purriel a la amistad, a la integridad intelectual, a la pasión por el trabajo, similar a la suya propia, asomándonos a las profundidades de su alma.

Sus contemporáneos guardan escasos y fragmentarios recuerdos de ese hombre de fuerte carácter y recia personalidad que tanto influyó en la formación de una Escuela de Medicina basada en la cercanía con el paciente a través de la Semiología. Pero desconocen tal vez, salvo por escasos trascendidos, aspectos de su vida y obra que merecen salir de la sombra de la discreción en que él siempre los mantuvo.

Formado en el viejo Hospital Maciel, donde se inició como estudiante y más tarde comenzó a surgir y crecer su magisterio, transcurrió por el Hospital "Fermín Ferreira" consagrado a los pacientes tuberculosos y luego a la Colonia Sanatorial "Gustavo Saint Bois". Le correspondió ingresar con el primer Servicio que funcionó en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". En aquel noble edificio, inundado por la luz solar y la del conocimiento, que constituía también un orgullo nacional. Por el Piso 8 lleno de estudiantes, poblado de médicos jóvenes y de docentes de gran nivel, desfilaron a lo largo de su vida miles de muchachos que hacían el primer contacto con el paciente en su formación médica. Aquel ambiente animado y tan bien organizado,

como una colmena gigantesca, donde se asistía a las clases magistrales de los docentes, y en primer lugar del Profesor, pero también a su diaria visita a las salas, a los interrogatorios junto a la cama del enfermo, era una escuela de cumplimiento del deber, de la puntualidad y del respeto. Que se predicaban no con el discurso, sino con el ejemplo.

En su figura se expresa la continuidad de la primera escuela de Clínica Médica que procede de la formación francesa, fundada en Uruguay por Pedro Visca (1840-1912), continuada por su discípulo Juan B. Morelli (1868-1947) junto a quien se formó Pablo Purriel y que llegó hasta nuestros días en renovaciones sucesivas.

A través de sus maestros, Pedro Visca había traído la enseñanza de la escuela francesa de medicina en el momento de su mayor brillo, en la segunda mitad del siglo XIX. De manera directa o indirecta venía influido por la tradición de Paul Broca (1824-1880), Armand Trousseau (1801-1867), Segismund Jaccoud (1830-1913), Jean Martin Charcot (1825-1893), Pierre Charles Potain (1825-1901), Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881), Joseph Depaul (1811-1883), Alfred Velpau (1795-1867), Adolphe Marie Gubler (1821-1879), German See, Stanislas Laugier (1799-1872), o de Georges Dieulafoy (1839-1911), de quien Visca fue su Interno, o de su dilecto compañero de Internado Samuel Pozzi (1846-1916).¹

Purriel fue un protagonista en tiempos de cambios. A través de su trayectoria se produjo la dramática introducción de los antibióticos que permitieron controlar muchas de las enfermedades que habían marcado el destino ominoso de tantos enfermos en las décadas anteriores y condicionado la cirugía de la tuberculosis. Se transformó eficazmente el tratamiento de esta y otras enfermedades infectocontagiosas, alcanzando la curación de la mayor parte de los pacientes. Lo que con el paso del tiempo dejó también cientos de lechos hospitalarios desocupados que merecían mejor destino y que hasta su llegada al Ministerio de Salud Pública, no se había producido.

Él intentó cambiar también los servicios de salud, a través de la “*socialización de la medicina*”, intentando crear un Servicio Nacional de Salud, desde su fuerte vocación social, para modificar sustancialmente las condiciones en que se organizaban. Para que los servicios de cali-

1 MANÉ-GARZÓN, Fernando: Pedro Visca, fundador de la Clínica Médica en el Uruguay, 1983, Barreiro y Ramos, Tomo I.

dad llegaran a todos los habitantes en cualquier parte del país. Donde los médicos tuvieran oportunidades de progreso profesional y personal a través de una estructura sanitaria planificada, que a la vez que radicara establecimientos de mayor complejidad en sus prestaciones, en una concepción de regionalización, permitiera la constante superación del médico, a través de una carrera funcional que acompañara sus necesidades personales y familiares. Lo hizo desde la política, dirigiendo instituciones a las que brindó su rico conocimiento y su vocación por transformar ideas en realidades. En buena medida consiguió éxitos formidables en la atención de la población, particularmente la más desvalida. Procuró también extender esa vocación transformadora a la organización sanitaria nacional, actuando como Ministro de Salud Pública en el corto período que va de marzo de 1972 a junio de 1973. Allí encendió una luz de esperanza y entusiasmo que sembró la ilusión de cambios, con una buena cuota de ingenuidad, en un tiempo que ya se anunciaba de oscuridad y dolor.

Pensó que su destino lo proyectaría como el “José Pedro Varela” de la salud, el gran reformador que transformaría un sistema de atención, con justicia y equidad, haciendo un uso optimizado de los recursos humanos, materiales y financieros, con mejores perspectivas para los usuarios y para los que brindaban el servicio. Con mayor racionalidad y economía para el País. Aunque no pudo lograrlo por circunstancias ajenas a su voluntad y dependientes de las circunstancias políticas que se precipitaron, con el quiebre institucional y la interrupción de ese esfuerzo creativo, sus esfuerzos se plasmarían treinta y cinco años más tarde, iniciando un proceso que tiene algunos puntos de contacto y muchas diferencias con lo que él y su equipo de asesores concibieron y diseñaron. Lineamientos que la profesión médica discutió y aprobó en las conclusiones de la 6ª. Convención Médica Nacional de diciembre de 1972.

Cuando en la sesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina del 5 de diciembre de 2018 se presentaron las biografías que aparecen en el Capítulo 1, elaboradas por los recuerdos de sus familiares, simultáneamente con la presentación del libro *Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana*,² el autor comprendió que era

2 GUTIÉRREZ, Alejandra, GIL PÉREZ, Juan Ignacio, BLAU, Luis y NÚÑEZ, Mario: *Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana*. Fondo Concursable para la Cultura, MEC, diciembre 2017, Mastergraf, 184 páginas.

una soberana injusticia que no hubiera disponible una reunión de datos mínimos de Pablo Purriel y su Clínica Semiológica, en la que se formaron miles de médicos uruguayos y algunos cuantos extranjeros. Con los estimados colegas y amigos Dres. Augusto Soiza Larrosa y Juan Ignacio Gil y Pérez, el autor entendió que era hora de emprender esa empresa y ambos estuvieron dispuestos a llevar la empresa adelante.

Aunque este trabajo no busca agotar el tema, ni mucho menos, se considera imprescindible dar comienzo a la construcción de la obra.

Se han presentado en este volumen documentos del personaje y evocaciones de sus discípulos, que intentan mostrar, sin necesidad de panegíricos, algunas facetas de este auténtico Maestro.

Una relación de los acontecimientos históricos mínimos que acompañaron su trayectoria en Uruguay, se incorporan como Anexo 7.

Por eso, con la información aquí reunida, podremos reflexionar sobre la contribución de esta figura que todavía espera el reconocimiento que merecen sus aportes a la transformación de la salud de nuestra gente.

CAPÍTULO 1

APUNTES PARA UN RETRATO INFORMAL DEL DR. PABLO PURRIEL

Pablo Purriel Orcoyen nació en Pamplona el 13 de diciembre de 1905. Siendo muy niño llegó al Uruguay con sus padres, trabajó y estudió Medicina. Hizo una larga y brillante carrera a través de memorables concursos y fue un gran maestro de Clínica Médica y especialmente de Semiología, sembrando la enseñanza y el amor por la medicina en miles de estudiantes y graduados que pasaron por su servicio. Consagró su vida al tratamiento de grandes problemas de salud pública, como la tuberculosis, la brucelosis y la hidatidosis. Fue Ministro de Salud Pública por un breve período entre el 1º de marzo de 1972 y el 27 de junio de 1973, en el que impulsó un proyecto de Seguro Nacional de Salud que no pudo ver concluido. Falleció atendiendo una paciente, en Montevideo, el 25 de octubre de 1975. Tenía 69 años diez meses y doce días, cuando eso ocurrió.

Arq. Nora Pons

Quienes van a Mercedes por la ruta 2, al llegar al pueblo de Santa Catalina, frente a unos angelotes robustos que nos miran desde una

azotea al otro lado de la carretera, se encuentra la escuela número 37 “Dr. Pablo Purriel”, nominada así, a partir de 1989.

Nuestra visita, hace unos años, representó una escala de un viaje en el tiempo, con el fin de conocer la trayectoria de la familia Purriel-Orcoyen, desde España a Uruguay, incitada nuestra curiosidad por los recuerdos memoriosos de Lola Purriel.



Pamplona

Los padres de Pablo Purriel-Orcoyen, Juan Purriel y Ramona Orcoyen, vivían en Pamplona donde ella, vasca de carácter fuerte, regenteaba un hotel de seis plantas de altura que aún hoy, permanece en pie, en la calle Estafeta 2, donde los toros cada 7 de julio (fiesta de San Fermín), comienzan la cuesta hasta la plaza taurina. El padre, natural de Zaragoza, ocupaba un cargo administrativo en la ciudad.



En el 1885 tuvieron su primer hijo, Antonio; le siguieron, Manuela en 1894, Dolores (a la que llamaban Lola) en 1898 y, luego de perder

el cuarto embarazo, en el 1905 nació Pablo. Algunos hijos entre ellos Pablo, vieron la luz en Ororbia, pueblo cercano a Pamplona, donde vivían los padres de Ramona, en una casa de piedra en los altos del estable. En el mismo pueblo fueron bautizados en una pequeña capilla que pudimos visitar.



El hijo mayor ante la perspectiva de tener que cumplir el servicio militar, se vino al Uruguay, país del que tenía referencias por haberse radicado con anterioridad un tío materno, en el pueblo de Palmitas, Dpto. de Soriano.

El padre, Juan, por sus ideas carlistas³, empezó a tener problemas en Pamplona hasta que, amenazas de muerte, convencieron a toda la

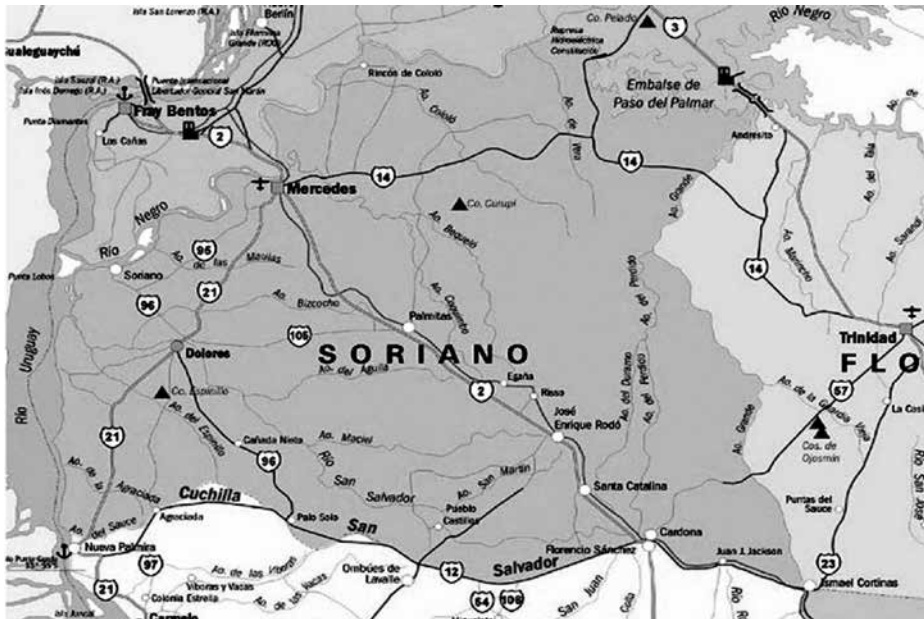
3 Las **guerras carlistas** fueron una serie de contiendas civiles que tuvieron lugar en España a lo largo del siglo XIX. Aunque la principal razón de la lucha fue la disputa por el trono, también representaron el choque de ideologías políticas de la época. Los carlistas –que luchaban bajo el lema Dios, Patria, Rey– encarnaron la oposición más reaccionaria al liberalismo, defendiendo la monarquía tradicional absolutista, el catolicismo conservador y el foralismo. Geográficamente, sus partidarios predominaron en la mitad norte de España, especialmente en el País Vasco y Navarra –sus focos más importantes–, el norte de Cataluña, Aragón y el Maestrazgo, entre Teruel y Castellón. Hubo varias guerras carlistas: 1833-1840; 1846-1849; 1855; 1860; 1869; 1872-76; 1900. Miguel de Unamuno escribió una de sus novelas a propósito de una de las guerras carlistas. “Paz en la Guerra”, publicada en 1897. No queda claro si Juan Purriel estaba a favor o en contra de los Carlistas.

familia de la necesidad de irse de España y con Antonio ya instalado en Montevideo, trabajando de aprendiz en la cocina del *Parque Hotel*, decidieron instalarse en Uruguay.

Santa Catalina

Alrededor de 1909, el matrimonio con sus 3 hijos menores, realizaron una travesía que, por lo difícil y angustiante, quedó grabada para toda la vida en la memoria de Lola. Los recibió Antonio en el puerto, pero ellos siguen viaje a Palmitas a la casa de Vicente Orcoyen. Con el tiempo éste les aconsejó que, con la experiencia de Ramona en la hotelería y el capital que habían traído de España, se instalaran en el pueblo cercano de Santa Catalina, adonde llegaba el ferrocarril desde 1902 y funcionaba un molino. En el pueblo al que acudían viajeros de comercio de Montevideo y hacendados de los alrededores, hacía falta lugar para comer y alojarse, y es así que deciden poner una Fonda, Bar y Posada.





La cocina y la atención de la posada corrían por cuenta de la madre y sus hijas. El bar lo atendía el padre compartiendo la tarea con las de empleado de correos.

Corría el año 1910 y en Santa Catalina comienza a funcionar la primera escuela, con la maestra María Friedrich, en un pequeño edificio proyectado por el Arq. Alfredo Jones Brown de la Sección Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas. La escuela contaba solamente con dos salones de clase y alojamiento para la maestra. En la nómina de sus primeros alumnos, se lee Pablo Purriel apuntado con 6 años (mínimo aceptado) en vez de los 4 que realmente tenía en ese momento y Lola con 12. En el patio de la escuela aún hoy se ve una morera que se dice fue plantada por el alumno Pablo Purriel.

Cerca de Santa Catalina se encontraba el pueblo La Lata que, con los años, se bautizó Cardona. En este pueblo vivía la familia Elizondo, que siendo vecinos en Pamplona, habían realizado juntos la travesía del Atlántico. Mientras que vivieron los hermanos Purriel se mantuvo la amistad de las dos familias.

Varios años transcurrieron hasta que Pablo terminó el ciclo escolar y se trasladó a Montevideo donde seguía viviendo Antonio que, había progresado como cocinero y ahora trabajaba como *chef* del *Hotel Espa-*

ña, lo que le permitió hacerse cargo de su hermano menor y pagarle los estudios en el *Collège Carnot*.

Víctima de una peritonitis fulminante en 1923, muere la madre en Santa Catalina, dejando al padre con sus dos hijas y la atención de la Fonda, Bar y Posada.



Escuela No. 37 de Santa Catalina (Departamento de Soriano), que lleva el nombre de Pablo Purriel, por Ley No. 15.991 promulgada el 17 de noviembre de 1988, a la que con otra edificación, pero implantada en el mismo predio, asistió el niño Pablo Purriel y alguno de sus hermanos.

Montevideo

En 1925 habiendo liquidado el negocio, se trasladaron a Montevideo, mudándose al barrio Parque Rodó. Pero varias veces los hermanos Purriel, sobretodo Antonio y Pablo, volvieron a la escuela, siempre cargados con libros, con los que se formó la biblioteca que lleva por nombre Ramona Orcoyen de Purriel, la madre que con su energía llevó a su familia adelante

Muchos años después por razones de trabajo nos llevaron a tener intereses comunes con el Prof. Dr. Pablo Purriel, orientados a actuaciones en la estructura del Pabellón Martirené, en la Colonia Saint Bois. Con ideas muy claras sabía perfectamente cómo acompañar las nuevas tecnologías, con la actualización de los espacios arquitectónicos y hu-

manizar los ambientes para mejorar la estadía de los internados, con la incorporación de las artes, entre ellas, interpretaciones musicales y pintura mural.

En las visitas a su escritorio, en un lugar destacado, se encontraba el cartel de GEOMETRIA Y PASION que definía con precisión su manera de actuar y pensar.

Arq. Luis E. Faget Purriel

Después de 43 años de la desaparición física del Prof. Dr. Pablo Purriel, la solicitud de una semblanza con recuerdos y anécdotas de la vida de mi tío, dentro de la familia, se hace difícil por los baches de la memoria.

Mi recuerdo más antiguo, es la casa de la calle Isla de Flores 1914, donde vivíamos juntos, mi abuelo, mis padres, mi tío y yo. Mi tía Manuela se había casado y radicado en Buenos Aires. Mi madre, Lola, toda la vida se preocupó por su hermano menor y contaba que Pablo había decidido seguir medicina, después de sufrir la muerte inevitable de su madre Ramona.

La casa era una típica vivienda montevideana de principios del siglo XX, con dos patios con claraboya y habitaciones alineadas a lo largo de la medianera. Al frente, la sala característica de esta tipología, convertida en escritorio y consultorio de mi tío. Separada por el zaguán, se encontraba el garaje y sobre él, una bohardilla que oficiaba como su dormitorio al que se accedía por una escalera de madera desde el primer patio. En horas de consulta, éste se convertía en sala de espera de los pacientes. Como era de suponer, los días de consulta tenía que haber un silencio absoluto y yo no podía salir a jugar con mis amigos a la vereda. El problema se acentuaba cuando preparaba un concurso que me obligaba a quedarme quieto.

Esta situación duró mientras mi tío por razones de trabajo vivió en nuestra casa. Una vez que se mudó yo heredé la piecita arriba del garaje y comprendí los calores que había sufrido en los veranos.

La vida familiar de mi tío se reducía a venir a dormir y utilizar los espacios necesarios para su vida profesional. No obstante la escasa relación siempre estaba muy atento cuando se le necesitaba. Recuerdo a los 4 años al fracturarme un brazo, me llevó de urgencia al Hospital

Pedro Visca, en la década del 40; con laringitis espasmódica, me salvó con la droga milagrosa del momento, las sulfas. Después me recordaba: “¡te salvaste en el anca de un piojo!” En el 50, casi con peritonitis, me llevó a operar con el Dr. Larghero. y estando yo, ya en Facultad, luego de un choque en Buenos Aires con el Dr. [Javier] Pietropinto me recompusieron la mandíbula. Y como estas, cada vez que mi familia tenía un percance en su salud, o se requería su opinión profesional, se encontraba siempre presente.

Pocas veces salía con la familia. Recuerdo un día de mucho calor que me llevó a un lugar donde él era habitué, Los Gordos, una cantina en la esquina de Maldonado y Eduardo Acevedo, donde probé por primera vez la Biltz con fernet dejando su amargura una sensación imborrable.

En mi casa se recibía *El Diario* de la noche pero, el sábado, se convertía en un día muy especial con la llegada de dos publicaciones. Para mí, el *Billiken* que me resultaba imperdible y para mi tío, *El Sol* que lo ponía al tanto de la opinión del Partido Socialista que era afín a sus ideas. De todas maneras aunque estas eran conocidas, nunca se habló de política en familia, ni tampoco de fútbol. Sin embargo, yo nacionalófilo supe desde siempre de su fanatismo por Peñarol.

En la puerta del zaguán de casa, mi tío había colocado una réplica de la cruz de Lorena, como símbolo de Los Aliados, durante el período de la segunda guerra mundial.

Con el correr del tiempo siendo yo, aún niño, dejó de vivir en nuestra casa, luego se casó con la Dra. Amanda Caorsi, no teniendo hijos. Se mudó entonces, a una casa con retiro en la calle Libertad y Prudencio Vázquez y Vega, por donde, un *collie*, de nombre Sheeper y muy cariñoso, se paseaba lento y majestuoso.

A los años compró una casa muy cómoda, construida por el Arq. Cattáneo, en la calle Francisco Solano Antuña entre [Pedro F.] Berro y





Purriel con su perro collie Sheepster

[José] Ellauri, con salones amplios, donde se lucían gran cantidad de pinturas, en su mayoría pertenecientes al Taller Torres García. Al fondo un detalle muy especial, un jardín con estanque y teros paseanderos. Esa casa ya no existe y su viuda mientras vivió lo hizo en un apartamento sobre Bvar. España.

Ya de grande me enteré que mi tío había pagado mis estudios en el Liceo Francés, desde el año 1944 al 1955. De la misma manera que su hermano Antonio, había colaborado en su educación, lo hizo con la mía. Sin embargo nunca mencionó que le hubiera gustado que siguiera medicina, aunque siempre se preocupó por mi futuro profesional y mostraba satisfacción que yo consultara los hermosos grabados del Tratado de Anatomía Humana de Leo Testut

Después de obtener el título de arquitecto, fui a saludarlo y agradecerle lo que había hecho por mí. Mientras él vivió siguió siendo el consejero de referencia para todos los problemas de salud, míos y de mi familia.

Dos objetos mantienen su recuerdo en nuestra casa, la chapa de bronce de la entrada de su consultorio y el maletín de sus consultas domiciliarias, maltrecho por los años y su largo recorrido.

* * *

AMANDA ISABEL CAORSI CELAYA (1905-1984)

Fue la esposa de Pablo Purriel Orcoyen desde 1951. Según Milton Rizzi, ella se había graduado el 27 de julio de 1932, fue la primera médica en resultar triunfadora en un concurso, en su caso de Ginecología, con las nuevas disposiciones reglamentarias de 1933, que sustituían la designación directa por el concurso de oposición en los cargos de Jefe de Clínica. En 1946 aparece como ginecóloga titular de una Policlínica del Ministerio de Salud Pública.⁴ Era descendiente de Giovanni Marco (Juan) Caorsi Picasso (Pian dei preti, Génova, Italia 1847-Montevideo, circa 1923), que a los



doce años salió de Génova con un circo; luego emigró a estas tierras, trabajando en los ferrocarriles ingleses, y también en Buenos Aires. Casado con Ema Rosa Armelino Vilabona, fueron la raíz de una familia numerosa. Finalmente con su hijo mayor (Antonio Caorsi Armelino) fundó un Molino harinero en Durazno, que tuvo muchas décadas de existencia. Uno de sus hijos, Eduardo Caorsi Armelino fue el padre de Amanda.⁵ El matrimonio de Pablo Purriel con Amanda Caorsi tuvo lugar en 1951, ocasión en que los alumnos de la época tuvieron noticia que el Profesor faltaba por casamiento. Cuando ellos pensaban que había contraído enlace con la Dra. Cleopatra Epifanio, que había sido su novia por mucho tiempo, una distinguida fisióloga y epidemióloga, compañera desde la Clínica del Prof. Juan B. Morelli, se llevaron la sorpresa que se había casado con la doctora Caorsi, una ginecóloga.⁶ Parece ser este matrimonio la causa del “error de diagnóstico” que menciona más adelante Mendel Wolyvovics. (Ver Capítulo 17).

4 RIZZI-CASTRO, Milton: La mujer en Medicina en el Uruguay. Médicas en Uruguay 1908-1953. En: smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/persoalidades#C

5 <https://www.geni.com/people/Giovanni-Marco-Juan-Caorsi-Picasso/5725749343900066034>

6 SILVA-GAUDIN, Euclides (integrante de la generación 1949, que en 1951 se incorporó como alumno a la Clínica Semiológica en el Hospital Maciel): Comunicación personal, octubre 2019.

Una obra relevante de Purriel fue la realización de una serie de 27 grandes murales en el Pabellón “Dr. José René Martirené” de la Colonia “Saint Bois”, donde funcionaba el Instituto del Tórax, que él dirigió. Fueron pintados por el Maestro Joaquín Torres García y su Taller de artes plásticas, en el primer semestre de 1944.

Como se indicaba en el folleto *La decoración mural del Pabellón Martirené de la Colonia Saint Bois, Montevideo, 1944*, bajo el título *Breve noticia relativa a la decoración mural del pabellón Martirené*, se expresaba: ⁷

Este Pabellón-Hospital, para bacilares, forma parte de la Colonia Saint Bois. Fue proyectado por los arquitectos Luis A. [Carlos A.] Surraco y Sara Murialdo, del Ministerio de Salud Pública. Todo el plan del edificio, interna y exteriormente, así como todas sus instalaciones, responden a un concepto moderno, por cuya razón su decoración debe corresponder al mismo espíritu. Debido a tal comprensión por parte del médico director de dicho Pabellón, Dr. Pablo Purriel, y contando con la venia del actual Ministro de Salud Pública, Sr. Luis Mattiauda, ha podido ser un hecho, y por primera vez, el consorcio de una pintura mural, dentro de la moderna estética realista, y la arquitectura pura.

Se han distribuido en salas y comedores 27 grandes pinturas dentro de los temas más variados.

La nómina de los artistas cooperadores, con composiciones individuales, integrantes todos del “Taller Torres-García”, comprendido su director, es la siguiente: J. Torres García, Julio Uruguay Alpuy, Gonzalo Fonseca, Augusto Torres, Teresa Olascuaga, Luis San Vicente, Josefina Canel, Horacio Torres, Elsa Andrada, Daniel de los Santos, Héctor Ragni, Juan Pardo, María Elena García Brunel, Luis A. Gentieu, María C. Rovira, Day Man Antúnez, Esther Barrios de Martín, Andrés Moskovics, Sergio de Castro.

En dicha publicación se presentaron diversos artículos:

Joaquín Torres García: Una decoración mural en la moderna estética realista; Dra. Esther de Cáceres: Los grandes murales en un hospital uruguayo; Carmelo de Arzadun: Una feliz realización de moderna decoración mural; Dr. Alfredo Cáceres: La obra de Torres García en el Hospital Saint Bois; Dr. Pablo Purriel: El ambiente necesario al hospital moderno; Arq. Juan R. Menchaca: Las pinturas murales de Joaquín Torres García y de su Escuela de Arte Constructivo de Montevideo;

⁷ GUTIÉRREZ, Alejandra, GIL PÉREZ, Juan Ignacio, BLAU, Luis y NÚÑEZ, Mario: *Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana*. Fondo Concursable para la Cultura, MEC, diciembre 2017, Mastergraf, 184 páginas.

Guido Castillo: Divagaciones sobre Arte con motivo de un hecho artístico.



En el Instituto del Tórax: 1ra. Fila izq a der: Pedro Larghero, Olga Muras, José Pedro Ibarra Ruiz y Dante Tomalino; 2ª. Fila, izq a der: Pablo Purriel, Víctor Armand Ugón, Aristeo Piaggio, NN., Dora Carlotta y Juan Carlos Pommerenck; 3ra. Fila, izq a der: Valentín Crosa Dorado, Sélíka Piovano, Roberto J. Freijeiro, Alfredo Ruiz Liard, Manuel González Maseda; de pie: dos enfermeras y la secretaria Dolores, Hamlet Suárez y NN.

Para una correlación de las épocas vividas por Purriel, véase **Anexo 6**.

DONACIÓN DE UN LIBRO Y UN FOLLETO QUE PERTENECIERON AL PROF. DR. PABLO PURRIEL (1905-1975) POR LOS ARQUITECTOS LUIS E. FAGET PURRIEL Y NORA PONS SIERRA

Juan Ignacio Gil y Pérez

Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina

El 13 de diciembre de este año [2018] se cumple el 113 aniversario del nacimiento de Pablo Purriel en la merindad de Pamplona, Navarra, España.

Los Arquitectos Luis E. Faget Purriel (Montevideo, 1937), sobrino del emblemático médico tisiólogo y proto “internista e infectólogo” Pablo Purriel, y Nora Pons Sierra (Montevideo, 1938) se ennoviaron y

se casaron en el transcurrir de sus vidas como estudiantes universitarios a fines de la década de 1950, y jóvenes arquitectos en la agitada década de 1960.

Fueron influenciados familiarmente y por la fuerza magisterial de Pablo Purriel.

Cuando ambos eran niños se inauguró el “Pabellón Martirené” del Hospital-Sanatorio “Gustavo Saint Bois”, en 1942. Purriel y probablemente una joven arquitecta mujer, la cuarta graduada de tal en Montevideo, Sara Murialdo (1910-1958), fueron los responsables de que el Maestro Joaquín Torres García y sus discípulos recalaran en dicho Hospital a pintar los famosos “Murales del Saint Bois” en mayo y junio de 1944.

Como es bien sabido, el Pabellón Martirené fue el “pabellón-hospital” más ambicioso y moderno que costó el Ministerio de Salud Pública en los primeros 10 años de su gestión como tal. En cierto modo podríamos decir que el MSP liderado por el “*grand patrón*” que fue el cirujano y político Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971) absorbió adventiciamente la Arquitectura hospitalaria de vanguardia que puso sobre la mesa el joven arquitecto, y hermano del cirujano y urológico [Luis A. Surraco 1872-1970], Carlos A. Surraco (1894-1978) al ganar el concurso del proyecto para edificar el Hospital universitario de Clínicas.

Aprovechamos la ocasión para presentar también el catálogo sobre el arquitecto *Carlos Surraco* (2018) que acaba de publicar el Instituto de Historia de la Arquitectura de la FADU-UdelaR.

El heredero del impulso generatriz y directriz que Manuel Quintela (1865-1928) le dio al Hospital de Clínicas fue precisamente Blanco Acevedo; desde su posición en el Consejo directivo de la Asistencia Pública Nacional en la década de 1920, hasta su candidatura fallida a la presidencia de la república en 1938 su carrera política y de servicio público vivió sus mejores años.

El MSP blancoacevedista contrató al joven arquitecto vanguardista para realizar el “Pabellón Martirené”. Hay que tener presente que probablemente Blanco Acevedo fue el mentor del arquitecto Surraco para que este proyectara el Instituto de Higiene, el Instituto de Traumatología y la Facultad de Odontología [proyectada por los Arqs. Juan Antonio Rius y Rodolfo Amargós] en el entorno geográfico inmediato al Hospital de Clínicas.

Lo cierto es que la vocación de los dos jóvenes arquitectos Faget y Pons se fue inclinando por la Arquitectura hospitalaria. Ambos se propusieron, todavía siendo novios, visitar el Hospital de Clínicas y lograron sin esfuerzo -en un Uruguay abierto y constructivo- que el propio arquitecto Surraco los recibiera y los guiara por el flamante templo de la arquitectura hospitalaria del Uruguay y América del Sur. Casi un bautismo de fe para los futuros arquitectos...

Ambos trabajaron en distintos proyectos como Arquitectos del MSP y Nora Pons completó una carrera funcional que la llevó a la responsabilidad de dirigir el Servicio de Arquitectura del MSP y posteriormente de ASSE hasta el año 1995.

En el ocaso de su carrera de servicio público investigó con pasión y ahínco la historia arquitectológica de los hospitales públicos en el Uruguay, y con la asistencia y colaboración del Departamento de Historia de la Medicina y del Profesor Mañé Garzón en particular llegó a publicar un librito hoy día tan raro de conseguir como imprescindible: *Hospitales y hospitalidades. Apuntes de ayer. Reseña de la Arquitectura hospitalaria en el Uruguay desde 1787 a 1928, calidad de humanización*. Montevideo, 1997, Editorial Dos Puntos/Talleres Gráficos Barreiro y Ramos. 59 págs.

Esta publicación es única en su género en nuestro país. Le hemos expresado a su autora y su familia que deberíamos realizar una segunda edición de la misma, actualizada.

El año 2016 conocimos al Arquitecto Faget durante la inauguración de la “Puerta Dr. Pablo Purriel” del Pabellón Martirené en el marco de nuestro proyecto *Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois ayer, hoy y mañana*; la arquitecta Pons no nos pudo acompañar en aquella ocasión por estar enferma. Este año que ya casi fenece nos reencontramos con Nora Pons a raíz de los 90 años del Hospital de Canelones “Dr. Francisco Soca”, que tal y como lo vimos en el documental que presentamos en nuestra Sociedad, ella jugó un rol protagónico desde su jefatura de Servicio en la primera fase del proyecto que resultó trunco por razones políticas. En esta circunstancia, en este reencuentro que bien podríamos calificar de purrieliano el matrimonio Faget Pons decidió donarnos dos publicaciones super valiosas que pertenecieron a Pablo Purriel:

1. **La conferencia dictada por Pablo Purriel en el Rotary Club de Montevideo, en mayo de 1972, sobre el Seguro Nacional de Salud**, que se presenta a texto completo en el Capítulo 9.
2. **El libro *LES HOPITAUX MODERNES AU XIXe. SIÈCLE. Description des principaux hopitaux français et étrangers les plus récemment édifiés divisés en dix sections par contrées. Études comparatives sur leur principales conditions d'établissement. Mémoires divers se rapportant à l'hygiène et à l'économie des constructions hospitalières: Hopitaux permanents - demi-permanents - baraqués-ambulances sous toiles. Situation de l'Assistance Publique en Europe. Son extension en France et à Paris à diverses époques. Causes principales du paupérisme. Valeur sanitaire des matériaux de construction, leur emploi*, par Casimir Tollet Ingénieur, Officier de la Légion d'Honneur. Paris, chez l'Auteur. Montpellier, Imprimerie Centrale du midi (Hamelin Frères). 334 págs.**

Dedicado al Baron Hyppolyte Larrey (1808-1895), su mentor político y profesional.

Casimir Tollet (1828-1899) fue un ingeniero bien “conocido por sus realizaciones de Arquitectura hospitalaria y militar higienista, que desarrolló el “sistema tollet” fundado en la aireación para combatir los miasmas construyendo edificios hospitalarios y militares pabellonarios bajo las premisas de los conocimientos médicos de su tiempo de florecimiento profesional sobre el contagio”.

Dónde adquirió este ejemplar el Profesor Purriel no lo sabemos, pero si bien su biblioteca tenía pocos ejemplares del siglo XIX, la Arquitectura hospitalaria estaba entre sus temas de preocupación asistencial y política.

Este ejemplar, probablemente único existente en nuestro país, al morir el profesor Purriel fue sellado como todos los ejemplares de su biblioteca por su viuda y colega, la Dra. Amanda Isabel Caorsi. Buena parte de la biblioteca de Pablo Purriel fue donada a la Facultad de Medicina, probablemente entre los años 1975 y 1977, dónde permaneció en un depósito de la llamada a partir precisamente del “Año de la Orientalidad” (1975) Biblioteca Nacional de Medicina (BINAME), en lotes atados con hilo sisal y arrumbada en el subsuelo del edificio de General Flores 2125.

La Dra. Caorsi con sano criterio separó este ejemplar para regalárselo a los arquitectos de la familia de Pablo Purriel.

Quiso el devenir histórico que en el año 1989 la directora de la Biblioteca de nuestra Facultad, la Bibliotecóloga Stella Launy, probablemente a instancias de nuestro querido y recordado Profesor Dr. Raúl C. Praderi, a la sazón Consejero docente de la Facultad, nos cediera dicho depósito para acondicionarlo como incipiente Departamento de Historia de la Medicina. Vale decir entonces que la primera biblioteca que nos tocó “desembalar” y deleitarnos históricamente fue la de Pablo Purriel, junto a nuestros primeros estudiantes del “Curso libre de Historia de la Medicina” Bachilleres Sandra Burgues Roca, Fabricio Saldamando y Neiby Machado Inchauspe.

Al donar este ejemplar los Arquitectos Faget Purriel y Pons Sierra tuvieron un gesto sígnico⁸ [por el signo o la firma] que celebro: cerca del sello de pertenencia purreliana de este libro rubricaron sus nombres que los une a su familiar y referente afectivo e intelectual.

Vaya entonces el agradecimiento de esta pequeña pero auténtica comunidad de estudiosos e investigadores de la historia de la medicina al recibir la donación de este valioso ejemplar.

⁸ sígnico, ca (RAE 2018) **1.** adj. Perteneciente o relativo al signo (cosa que representa o sustituye a otra). **2.** adj. Perteneciente o relativo al signo (indicio).

CAPÍTULO 2

PURRIEL ESTUDIANTE

Pablo Purriel ingresó a la Facultad de Medicina en marzo de 1925, cuando tenía 20 años. Allí consta que es español, que sus padres eran Juan Purriel y Ramona Orcoyen, que se domiciliaba en la Avda. Millán 2901 y que no tenía materias pendientes de Enseñanza Secundaria.

De su legajo como Estudiante de Medicina rescatamos la figura del joven en una imagen de frente, que anticipa lo que serían sus rasgos característicos. Su legajo como docente en la Facultad de Medicina no pudo ser ubicado.

Realizó con regularidad sus cursos y rindió con aprobación sus exámenes, sin una sola reprobación. En su escolaridad se registra un solo examen (Medicina Legal) con un “Aprobado”, en tanto que predominan seis “Sobresaliente”, cuatro “MB, MB,



Pablo Purriel en 1925, a su ingreso a Facultad de Medicina

S”, seis “Muy Bueno”, dos “B. B. MB”, tres “Bueno”, como da cuenta la copia que se reproduce.

En la misma luce una NOTA al pie, que expresa:

“NOTA: - Se hace constar que el interesado dió término a la carrera de Doctor en Medicina y Cirugía con el exámen de Clínica Médica, - el día 5 de Setiembre de 1932, - cuyo Tribunal por unanimidad felicitó al Dr. Purriel por el brillante exámen rendido. A los efectos de la Ley de papel sellado y timbres, se adjunta la foja de \$ 0,50 No. A 383955 y el correspondiente Timbre de Biblioteca.- Montevideo, Noviembre 7 de 1938.-

Bedel General.-”



FACULTAD DE MEDICINA
MONTEVIDEO

PLAN DE ESTUDIOS DE 1912

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO GENERAL DE LA FACULTAD, DE 10 DE AGOSTO DE 1926

MEDICINA Y CIRUGÍA

Don

PABLO PURRIEL.

comenzó en 19

CURSOS ANUALES	SE MATRICULÓ EN	GANÓ EL CURSO EN	EXÁMENES	FECHA	Calificaciones
Primer año			Primer año		
Física Médica			Física Biológica		MB. MB. S.-
Química Biológica			Química Biológica		MB. MB. S.-
Anatomía (1.º curso)			Anatomía e Histología (1.º curso)		B. B. MB.-
Histología (1.º curso)					
Segundo año			Segundo año		
Anatomía (2.º curso)			Anatomía e Histología (2.º curso)		MB. MB. S.-
Histología (2.º curso)			Fisiología		B. B. MB.-
Fisiología					
Higiene 1.º curso (práctica de Bacteriología)			Tercer año		
Tercer año			Historia Natural Médica y Parasitología		MUY BUENO.
Historia Natural Médica y Parasitología			Patología Médica (1.º curso)		MUY BUENO.
Patología Médica (1.º curso)			Patología Quirúrgica (1.º curso)		MUY BUENO.-
Patología Quirúrgica (1.º curso)			Patología General		BUENO.-
Anatomía Patológica (1.º curso)			Anatomía Patológica (1.º curso)		BUENO.-
Patología General					
Patología Semiológica			Cuarto año		
Clinica Médica			Patología Médica (2.º curso)		MUY BUENO.-
Clinica Quirúrgica			Patología Quirúrgica (2.º curso)		MUY BUENO.-
Cuarto año			Higiene		MUY BUENO.-
Patología Médica (2.º curso)			Anatomía Patológica (2.º curso)		SOBRESALIENTE.-
Patología Quirúrgica (2.º curso)			Anatomía Patológica (1.º y 2.º cursos)		*****
Higiene (2.º curso)					
Anatomía Patológica (2.º curso)			Quinto año		
Clinica Médica			Obstetricia y Ginecología		SOBRESALIENTE.-
Clinica Quirúrgica			Materia Médica y Terapéutica		SOBRESALIENTE.-
Quinto año			Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria		MB. MB. S.-
Obstetricia y Ginecología			Clinica Obstétrica		SOBRESALIENTE.-
Materia Médica y Terapéutica					
Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria			Sexto año		
Clinica Médica			Medicina Legal		APROBADO.-
Clinica Quirúrgica			Clinica Médica		SOBRESALIENTE.-
Clinica Obstétrica			Clinica Quirúrgica		SOBRESALIENTE.-
Clinica Ginecológica			Clinica de Niños		BUENO.-
Sexto año					
Medicina Legal					
Clinica Médica					
Clinica Quirúrgica					
Clinica Terapéutica					
Clinica Oftalmológica					
Clinica Psiquiátrica					
Clinica Dermosifilopática					
Clinica de Niños					
Clinica Otorinolaringológica					

NOTA: Se hace constar que el interesado dió término a la carrera de Doctor en Medicina y Cirugía con el examen de Clínica Médica, -el día 5 de Setiembre de 1932,- cuyo Tribunal por unanimidad felicitó al Dr. Purriel por el brillante examen rendido.- A los efectos de la Ley de papel sellado y timbres, se adjunta la foja de \$ 0,50 N.º A 383955 y el correspondiente timbre de Biblioteca.- Montevideo, Noviembre 7 de 1936.-

Model General.-



FACULTAD DE MEDICINA
MONTEVIDEO

PLAN DE ESTUDIOS DE 1912

MEDICINA Y CIRUGIA

Don Pablo Purriel

NOMBRE: Pablo Purriel
Exámenes: 22
Puntos: 267
Promedio: 4,045

CURSOS ANUALES	SE MATRICULO EN	DIAO EL CURSO EN	EXÁMENES	FECHA	Calificaciones
Primer Año			Primer Año		
Física Médica	1925	1925	Física Biológica	1er Mayo 1925	13
Química Biológica			Química Biológica	21 Mayo 1925	13
Anatomía (1.º curso)			Anatomía e Histología 1.º curso	14 Mayo 1925	10
Histología (1.º curso)			Segundo Año		
Segundo Año			Anatomía e Histología 2.º curso	2 Mayo 1926	13
Anatomía (2.º curso)	1926	1926	Fisiología	3 Mayo 1926	10
Histología (2.º curso)			Tercer Año		
Fisiología			Historia Natural Médica y Parasitología	12 Mayo 1926	12
Higiene 1.º curso (práctica de Bacteriología)			Patología Médica (1.º curso)	8 Mayo 1927	12
Tercer Año			Patología Quirúrgica (1.º curso)	1 Mayo 1927	12
Historia Natural Médica y Parasitología	1927	1927	Patología General	27 Mayo 1927	9
Patología Médica (1.º curso)			Anatomía Patológica (1.º curso)	1 Mayo 1928	9
Patología Quirúrgica (1.º curso)			Cuarto Año		
Anatomía Patológica (1.º curso)			Patología Médica (2.º curso)	20 Mayo 1928	12
Clinica Semiológica			Patología Quirúrgica (2.º curso)	2 Mayo 1928	12
Clinica Quirúrgica			Higiene	4 Mayo 1930	12
Cuarto Año			Anatomía Patológica (2.º curso)	6 Mayo 1929	12
Patología Médica (2.º curso)	1928	1928	Anatomía Patológica (1.º y 2.º cursos)		
Patología Quirúrgica (2.º curso)			Quinto Año		
Higiene (2.º curso)			Obstetricia y Ginecología	25 Mayo 1930	15
Anatomía Patológica (2.º curso)			Materia Médica y Terapéutica	31 Mayo 1930	12
Clinica Médica			Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria	17 Mayo 1930	13
Clinica Quirúrgica			Clinica de Niños	8 Mayo 1932	12
Quinto Año			Clinica Obstétrica	27 Mayo 1930	15
Obstetricia y Ginecología	1929	1929	Sexto Año		
Materia Médica y Terapéutica			Medicina Legal	24 Mayo 1932	12
Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria			Clinica Médica	5 Mayo 1932	12
Clinica de Niños			Clinica Quirúrgica	24 Mayo 1931	12
Clinica Obstétrica			Clinica de Niños		
Clinica Ginecológica					
Clinica Otorinolaringológica					
Sexto Año					
Medicina Legal	1930	1930			
Clinica Médica					
Clinica Quirúrgica					
Clinica Terapéutica					
Clinica Oftalmológica					
Clinica Psiquiátrica					
Clinica Dermosifilopática					

Modificado en esta forma por resolución P. E. de 24 de Marzo de 1916.

El examen de Clinica de Niños podrá rendirse al final del 5.º o 6.º año.
El examen de Anatomía Patológica se dará al final del 3.º y 4.º año debiendo hacerse su estudio paralelamente al de las Patologías (Resolución del Poder Ejecutivo de Abril de 1912).

Nº 202194



DE LA CARPETA Nº

Señor Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Hector J. Rosello.

Pablo Turnes se presenta y expone:

que habiendo ganado todos los cursos
y rendido con aprobación todos los
exámenes para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía, pongo
a solicitar a que se me conceda
un año de plazo para satisfacer
los respectivos derechos de título.

Saludo al Sr. Decano atte

Pablo Turnes

E MEDICINA
1934-
Nº 212

Marzo 11/34 = ~~Suplente~~ el Oficial
Primero, oyo al Redel.

Mate

Sucede que en 1934, debiendo retirar el título de Doctor en Medicina y Cirugía, para lo que debía abonar los derechos en la Universidad de la República (entonces denominada Universidad de Montevideo) solicita una prórroga de un año para cumplir dicho trámite, lo que le es aceptado. Sin embargo, no completaría esa diligencia hasta 1938, en que efectivamente canceló el pago de los derechos exigidos, tanto por el egreso de la Facultad de Medicina (\$ 120) como para el pago de los derechos por el título de Bachiller (\$ 50) que entonces dependía también de la Universidad la Enseñanza Secundaria y Preparatoria. No pudo establecerse si la dilación era por dificultades económicas, o porque estaba abocado a rendir pruebas de concurso que lo llevarían a ser Profesor Agregado de Clínica Médica.

Entre los docentes en cuyos Servicios cursó las Clínicas, constan certificados de Augusto Turenne (Obstetricia), Juan Pou Orfila (Ginecología), Alfredo Navarro (Cirugía), Luis Morquio (Niños, como se llamaba Pediatría entonces) y Juan B. Morelli (Medicina).

Cuando llegó el momento de rendir el último examen (Clínica Médica) presentó un certificado médico de enfermedad, debiendo solicitar al Decano se le formara Mesa Especial, la que fue integrada con el Prof. Dr. Juan B. Morelli y Dres. Juan N. Quagliotti, Gilberto Sáenz y Uruguay Marino, debiendo rendir el examen el cinco de Setiembre a la hora 10 y 30 (aunque la solicitud luce de fecha 30 de agosto de 1932 y la resolución autorizando lo peticionado luce fecha de Setiembre 5 de 1932).

Seis años después de graduado, solicita a otro Decano (Prof. Dr. Pablo Scremini) que se le expida el título:

NºA1270080



Montevideo Setiembre 14 de 1938.-

Señor Decano de la Facultad de Medicina,
Prof. Dr. Pablo Scremini.-

PABLO PURRIEL, uru-

guayo, de 32 años de edad, ante Ud., se presenta y expo-
ne:

Que habiendo llenado
todos los cursos y rendido con aprobación todos los
exámenes para optar al título de DOCTOR EN MEDICI-
NA Y CIRUGÍA, solicita le sea expedido el corres-
pondiente DIPLOMA.-

Adjunto el certifica-
do de pago de derechos de título que corresponden.-

Saludo al señor Decano, muy atentamente.-

Pablo Purriel

Montevideo Setiembre 14 de 1938.- Pase a informe del Sr.
Bedel General, Don Pedro Demaestri.-

Miguel E. Fourcade
(Secretario).-

Set/14/1938.- El interesado ganó los cursos y rindió
con aprobación los exámenes para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía, habiendo abonado los de-

rechos correspondientes a los títulos de : Bachiller y
Médico.-

Cedro Genuaert
Bodol General.-

*Montevideo Setiembre 14/1938-Vict.
el Duque presoluto, eschido el
título de Dentista Medicina y Cir-
gia solicitada.-*

Leutauis.-

Secano.-

Formulario

1933

Universidad de la República

TESORERIA

El que suscribe consigna en la Tesorería de la Univesi-
dad la suma de Ciento veinte pesos (\$ 120.00)

que asciende el importe de los derechos reglamentarios estable-
cidos por concepto de Doctor en Medicina y Cirugía.-

a efecto de poder justificar el previo pago en la solicitud corres-
pondiente que se propone presentar al Sr. Decano de la

Facultad de Medicina

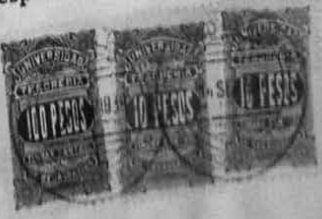
de 193

Montevideo,

Firma: *Pablo Purriel*
Pablo Purriel

Domicilio: Calle *7 de Mayo* N.º *1914*

La Tesorería de la Universidad ha recibido la suma
expresada en prueba de lo cual se agregan los timbres
de control que corresponden.



CAPÍTULO 3

JUAN B. MORELLI, SU MAESTRO DE CLÍNICA MÉDICA

Juan B. Morelli (1868-1947) fue con quien Pablo Purriel se formó en clínica médica y especialmente en fisiología. Había sido discípulo de Pedro Visca, formado en París y el Primer Maestro de Clínica Médica en Uruguay. Fernando Mañé Garzón y Ricardo Pou Ferrari⁹ consignan que “el 20 de julio de 1917, siendo decano de la Facultad de Medicina Américo Ricaldoni, Morelli es nombrado profesor titular de Clínica Terapéutica. Al crearse la IV Cátedra de Clínica Médica, con fecha 17 de febrero de 1924, es designado para ocuparla, previo llamado a aspirantes. Esta designación merece las siguientes palabras, vertidas en el Consejo de la Facultad:

“En todas las iniciativas y reformas de alguna importancia que se realizaran en la Facultad durante ese período, vemos siempre figurar al Dr. Morelli, siendo entusiasta partidario de encaminar a la Facultad por la vía del estudio y de la Investigación científica... Desde entonces, ininterrumpidamente ha continuado prestando a la Enseñanza el valioso concurso de su ilustración y de su cariño a la Facultad, nunca puesto en duda.”

9 MAÑÉ-GARZÓN, F., POU-FERRARI, R.: Juan B. Morelli en la Historia de la Medicina Uruguaya. El Toboso SRL., 376 p. Montevideo, 2004, p. 48-49.

Morelli al acceder a la Cátedra de Clínica Médica traía una larga trayectoria en materias básicas. Había sido docente e investigador en Bacteriología, de la Cátedra de Fisiología entre 1891 y 1902 y Profesor de Clínica Terapéutica entre 1902 y 1924. En reconocimiento a sus trabajos en la organización de los Laboratorios de Bacteriología, Análisis Químicos y Fisiología, el 30 de junio de 1893 a solicitud del Consejo de la Facultad de Medicina, el Consejo de Enseñanza Secundaria y Superior resuelve:

“...autorizar al Sr. Rector de la Universidad, Dr. Vásquez Acevedo para hacer entrega al Dr. Morelli de una placa de oro que dice así: La Universidad de la República, al Dr. Juan B. Morelli, por sus importantes servicios a la enseñanza práctica y por su ardiente dedicación a las investigaciones científicas. 1893.”

“Al hacerse cargo de este Servicio, Morelli es rodeado de colaboradores, en años sucesivos, tales como Justo Montes Pareja, Manuel Abascal, Pablo Purriel, Alberto Mañé (como cirujano de la Clínica), Juan N. Quagliotti, Gilberto y Abelardo Sáenz, Andrés Castro, Aristeo Piaggio, Cleopatra Epifanio, José J. Estable, Uruguay Marino, entre otros. El trabajo en esta Clínica fue intenso, se investigó en diferentes campos (enfermedades infecciosas, hematológicas, neurológicas, etc.), pero rápidamente se orientó en forma definitiva hacia el estudio de la tuberculosis y en general, de las enfermedades respiratorias, donde llevó a cabo una labor de relevancia internacional al haber sido, junto con Gumersindo Sayago en la Argentina y Manuel Abreu en el Brasil, uno de los creadores de la lucha antituberculosa en Sudamérica.”

Una buena síntesis del ambiente que vivió Purriel en esa Clínica de Morelli, la describió en estas palabras:

“En su clínica se puede trabajar ampliamente; hay libertad máxima, que es lo que más me agrada; hay allí un hombre a quien puedo consultar sobre cualquier tema; siempre me informará al respecto, siempre me dará datos bibliográficos y con dulce sonrisa terminará diciendo: “Yo tengo el libro o la revista, pase por mi casa a buscarlo”... Pero en este hombre hay muchas cosas que admirar. Se le ve activo al exceso; su capacidad de trabajo es infinita y lo que más me impresiona es esa contagiante inquietud que tiene por lo desconocido. En todo punto encuentra el misterio. Como sabe y está informado, ubica el problema, pero siempre plantea la falta de solución. En su duda se adivina el conocimiento

del punto, pues sólo a los que saben los asalta la duda y son los ignorantes los que todo lo han resuelto.”¹⁰

Morelli era un ferviente miembro del Directorio del Partido Nacional presidido por el Prof. Dr. Alfonso Lamas actuando él como Secretario. Había sido activo partícipe de la Sanidad revolucionaria y sufrido privación de libertad en dos ocasiones. En la última, el 25 de junio de 1904 después de la batalla de Tupambaé, la más sangrienta de esa guerra civil, fue enviado a la Isla de Flores permaneciendo confinado allí hasta octubre cuando la



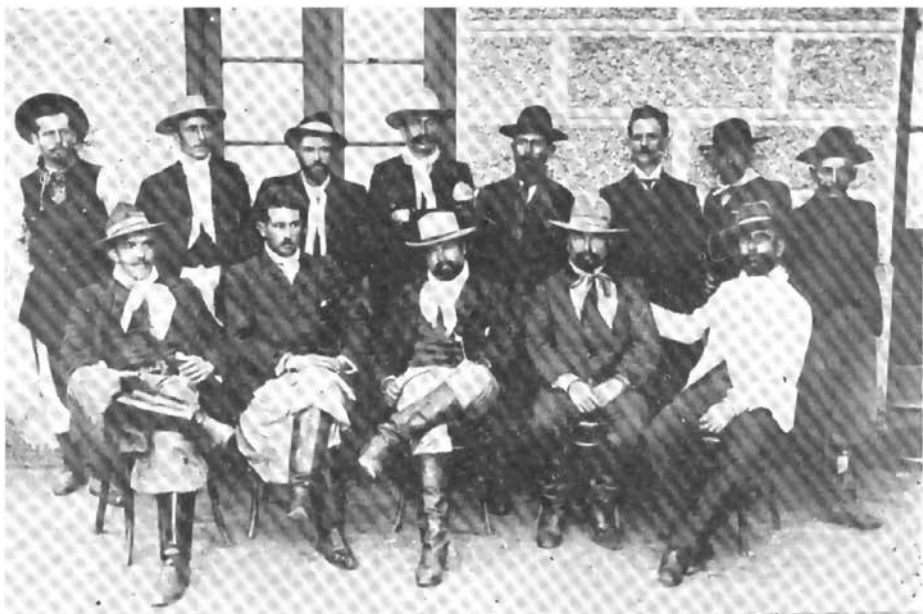
Juan B. Morelli, c. 1925 (de F. Mañé Garzón y R. Pou Ferrari)

contienda había finalizado el mes anterior, con la muerte de Aparicio Saravia en Masoller el 10 de setiembre de 1904. Purriel en 1938 describió sintéticamente el ambiente que reinaba en el servicio del Prof. Dr. Juan B. Morelli:

“Fue profundamente tolerante; logró reunir a su lado, en cierto momento, colaboradores que sustentaban las más contradictorias ideas. En su clínica han convivido, en su trabajo diario, místicos como Abascal, anarquistas como Bottero, socialistas como yo, hombres que él sabía que combatíamos con todo nuestro ardor sus ideas políticas, que las ubicábamos dentro de los severos límites de un conservadorismo que siempre creímos perjudicial y enemigo para la felicidad de los hombres humildes. Jamás puso reparos a nuestra manera de pensar, haciendo en ocasiones un estudio analítico de nuestro ideario y reconociendo los puntos que él aceptaba como buenos.”¹¹

10 MAÑÉ-GARZÓN, F., POU-FERRARI, R.: op. cit. p. 49.

11 MAÑÉ-GARZÓN, F., POU-FERRARI, R.: ídem anterior.



Cuerpo de Sanidad del Ejército Revolucionario (1904). Sentados (de izquierda a derecha): Dres. Joaquín Ponce de León, Arturo Lussich, Alfonso Lamas, Cirujano Mayor del Ejército; Eduardo Lamas y Juan B. Morelli. De pie: estudiante de medicina José Pedro Urioste; de farmacia Juan R. Uris; practicante José Muñoz, Dr. Félix Ángel Olivera; estudiante de medicina Corralio Capillas; Farmacéutico Arrambide, practicante Lema; estudiante de medicina Cicao. Fotografía obtenida en Rivera, 13 de abril de 1904 por el fotógrafo M. Brunel. Reproducción en R. Praderi y L. Bergalli. Como bien dicen Praderi y Bergalli, "entre ellos hay cuatro profesores de nuestra Facultad de Medicina: Alfonso Lamas, Arturo Lussich, Juan B. Morelli y José Pedro Urioste". (De Augusto Soiza Larrosa, Sanidad Militar Vol. 26, No. 1, julio 2004).

El Parlamento crea en el Presupuesto el Instituto de Tisiología, por Ley No. 9.667 promulgada el 8 de julio de 1937, con la firma del Presidente Dr. Gabriel Terra y de su Ministro de Hacienda Dr. César Charlone. Culmina así una vieja aspiración de Morelli que había resultado infructuosa desde mayo de 1929, cuando era Decano el Dr. Alfredo Navarro. La Dirección del Instituto la llevará adelante Morelli, pese a sus resistencias y seguramente impulsado por sus colegas, ejerciéndola hasta su jubilación en 1943. Fue entonces que el Consejo de la Facultad de Medicina le designa Profesor Emérito y da su nombre al Instituto.

El Senado le tributó ese mismo año un homenaje, y en la ocasión el senador Ángel María Cusano expresó:

"Los que hemos asistido de cerca a la tremenda lucha, al combate que desarrolló el doctor Morelli contra la incomprensión, contra el egoísmo y, a veces, contra la hostilidad que se levantaba en su camino, rodeado por un grupo bene-

mérito de discípulos, sabemos que el doctor Morelli en un sótano del hospital Fermín Ferreira, careciendo de los elementos más esenciales, pudo, al fin, hacer triunfar el Instituto de Tisiología, que es ahora uno de los elementos primordiales de investigación en la lucha contra la tuberculosis. Todo lo sacrificó Morelli para conseguir los medios materiales que le permitiesen seguir adelante. Para él no había humillación: pedía, rogaba, imploraba como si se tratara de algo para sí, pedía para su Instituto, donde la sombra tutelar del gran profesor prolongada en sus discípulos, aparece como un fulgor de esperanza para los que sufren. Veía a los legisladores, a los hombres públicos. Todo le parecía poco y, al fin, el doctor Morelli pudo cimentar el Instituto de Tisiología, que hoy con plena justicia lleva su nombre”.

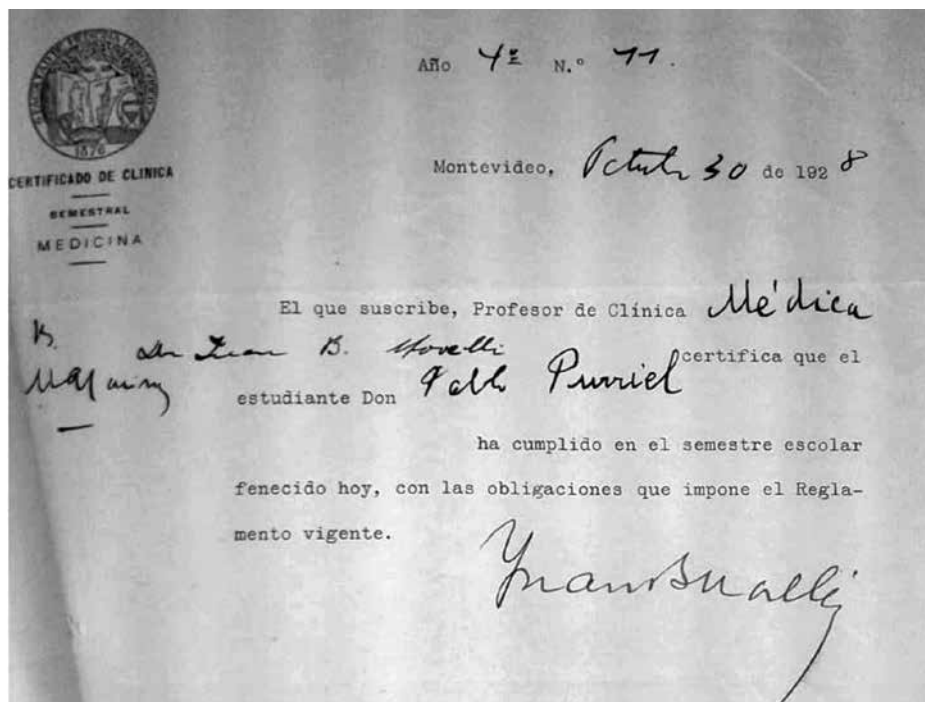


Juan B. Morelli (Tomado de Sangre de hermanos, Samuel Blixen y Ángel Adami, Montevideo, 1905, p. 179).

Al retirarse Morelli de la Cátedra¹² y hacerle “*entrega del diploma de Profesor Emérito, su alumno Pablo Purriel, pronunció un discurso, donde destaca con su acostumbrada elocuencia y singular lucidez, un esbozo magnífico de la personalidad del maestro. Allí pinta a Morelli en toda su grandeza de hombre sabio y humilde, presto siempre a enseñar, a orientar a sus colaboradores en los trabajos científicos, a facilitarles material bibliográfico. Con cariño señala la amplitud y tolerancia de Morelli, que congregaba a su alrededor a un conjunto de profesionales de las más diferentes ideologías, algunas contrarias a las propias, sin que ello fuera obstáculo al trato igualitario y afable, ni al menor roce entre ellos.*”

Mañé Garzón refirió una anécdota que Mario Berta, discípulo, amigo del bien recordado psiquiatra y cumplido humanista Alfredo Cá-

12 MAÑÉ-GARZÓN, F. y POU-FERRARI, R.: op. cit. p. 267.



Certificado expedido a Pablo Purriel, el 30 de octubre de 1928, de haber cumplido el semestre de Clínica Médica, firmado por Juan B. Morelli

ceres y de su esposa la poetisa Esther [Correch] de Cáceres recogió de boca de esta última:

*“El Prof. J. B. Morelli, ya jubilado y enfermo, recibía periódicamente la visita devota de su discípulo Pablo Purriel, profesor de Semiología de la Facultad de Medicina. En la última entrevista, siempre afectuosa, Morelli conversaba y oía a Purriel con la afabilidad acostumbrada. De pronto, sin mediar nada que anticipara lo que iba a decir, pone la mano en la rodilla del discípulo y le dice: **Pablo, toda mi vida he sido un farsante.** Purriel quedó profundamente impactado y le cuenta lo ocurrido a Esther de Cáceres y ésta nos lo trasmite fielmente. Después de varias décadas, Mario Berta no olvidó la frase memorable de Morelli y le cuenta la anécdota a su amigo Fernando Mañé Garzón y, a pesar de los años transcurridos, ambos quedan profundamente impactados como lo fue Purriel, en su momento”.*¹³

Los autores al abordar la exploración de esta peculiar anécdota, expresan:

¹³ MAÑÉ-GARZÓN, F. y POU-FERRARI, R.: op. cit. p. 274.

“Cuando uno escucha un juicio autocrítico tan poco común, por su simplicidad y amplitud y por ser un ejemplo de honradez intelectual y moral, uno queda, simultáneamente, maravillado y obligado. “Maravillado” por su calidad humana – sólo el hombre puede llegar a esa cumbre de sinceridad total frente al mundo y a sí mismo – y “obligado” porque no se puede evitar el autocuestionamiento resultante: “¿Quién no es un farsante?”, exclamó FMG, luego de escuchar atento la anécdota. Después de oír esa frase es imposible no enfrentarse a sus propias farsas. Desde entonces nos parece que la aventura metafísica del ser humano culmina cuando llega a ese punto de inflexión, donde la sinceridad perfecta – a través de un juicio, una actitud o un gesto – otorga Sentido pleno y final a toda la historia personal. Un juicio sobre sí mismo, como el de Morelli, implica asumir de frente lo negativo de nuestra conducta en la vida y el mal inherente a todo pasado. No hay posibilidad de metahistoria sin una aceptación de la muerte en vida. El ser que creemos exclusivamente bueno tiene que morir para dejar paso a una realidad total: el ser bueno y malo, que cada uno es. Por eso, la metahistoria se caracteriza por una ampliación de la conciencia que confiere un nuevo SENTIDO sobreordenado a la existencia”.

“Este tipo de experiencia corresponde a una actitud íntima insólita, que aparece al final o cerca del final de la vida y se presenta como una experiencia decisiva porque la persona se vuelve “otra”, diferente y sobreordenada, en virtud de que surge un nuevo centro ampliado de visión y de valoración, tanto del pasado como del futuro. La transformación no ocurre fuera de la vida mundana y de la realidad histórica pero es diferente de ésta como la vivencia en la cima de una montaña es diferente de la experiencia ciudadana en el valle. Esta última no es eliminada por el ascenso a la montaña pero queda subordinada. No se puede anular la historia sin anular la posibilidad de una metahistoria, porque no es posible subir hasta la cima si no se parte del valle, y si se suprime la metahistoria se suprime el Sentido de la historia.”¹⁴

Esta anécdota motivó a un estudio analizando sus posibles significados, cuya publicación dio lugar a una presentación en la Academia Nacional de Medicina el 31 de julio de 2003 de la que participaron el Dr. Humberto Casarotti, el Prof. Dr. Ángel M. Ginés y el Sr. Ministro de Educación y Cultura Dr. Leonardo Guzmán. En su intervención¹⁵ Ginés entre otros conceptos manifestó:

¹⁴ BERTA, M. y MAÑÉ-GARZÓN, FT: Metahistoria: en torno a una anécdota ejemplar, El Toboso, Montevideo, 2003, 127 p.11-12.

¹⁵ GINÉS, Ángel M.: Comentario en la presentación del Libro “Metahistoria – En torno a una anécdota ejemplar” de Mario Berta y Pablo [Fernando] Mañé-Garzón. En: www.smu.org.uy/publicaciones/libros/gines.pdf (Consultada el 20.09.2019).

“A mi manera de ver, Mañé Garzón y Berta se empeñan en ver al sujeto en movimiento, en movimiento trascendente. Tanto que para ellos, si la historia presente del hombre y sus circunstancias – que aparece tan desmantelada – es insuficiente, que el hombre y sus circunstancias se transformen también en y desde su Metahistoria, es decir que se trastoque o se convierta con la levadura de sus dimensiones espirituales y axiológicas, con sus cualidades creativas y conflictivas, asumiendo y avanzando más allá de la verdad y la falsedad, del bien y el mal, de Abel y Caín, pero con todo ello embarajado, esto es sin expulsar lo rechazado de su condición humana.

Una jugada a fondo del maestro con su discípulo tensa la discusión de los autores y en forma recurrente realimenta la reflexión. El Prof. Morelli, acompañado en su enfermedad por su alumno – y luego también maestro – Pablo Purriel, en el último encuentro le interrumpe para comunicarle: “Pablo, toda mi vida he sido un farsante”. En esta asombrosa “ampliación de conciencia”, de resonancia socrática – ahora no en el conocimiento sino en la actitud ante lo rechazado y repudiado de uno mismo -, Morelli se ha convertido, ante sí y ante el compañero final de su aventura existencial; y se ha convertido con un salto de transfiguración espiritual, cual Gregorio Samsa de Kafka al despertar convertido en un monstruoso insecto”.

Purriel acompañó a su maestro hasta su última morada, pronunciando un discurso de homenaje a nombre de sus discípulos.

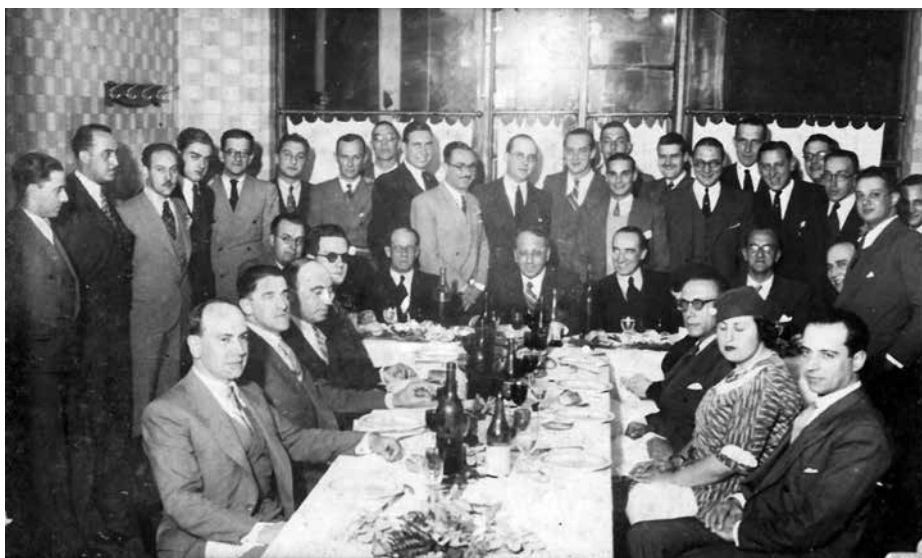
*Mañé y Pou establecen con claridad que “Los tres grandes discípulos de Pedro Visca fueron la base de nuestra vigorosa medicina clínica y creadores de tres Institutos: el de Neurología en 1927 (hoy Américo Ricaldoni), el de Pediatría y Puericultura (hoy Luis Morquio) en 1935 y el de Tisiología (hoy Juan B. Morelli) en 1937. A ellos se sumaron en 1936 el Instituto de Endocrinología (hoy Juan César Mussio Fournier) y en 1943 el de Enfermedades Infecciosas (hoy Enrique Claveaux). En cada uno de ellos se desarrolló una actividad completa en la docencia, la asistencia y la investigación, que se prolongó sin interrupción hasta hoy.”*¹⁶

La proyección social de la obra de Morelli en sus discípulos, en lo que dice relación con el desarrollo de la Neumología:

“Fue decisiva la contribución de Morelli a la creación de esta especialidad, que se desprende de la medicina interna, centrándose inicialmente en la tuberculosis pulmonar, para luego abarcar también otras patologías del aparato respiratorio. Es de destacar, además, la importancia del aspecto social que la neumotisiología fue tomando con el paso de los años, con lo que podemos ubicar a Morelli, junto a Augusto Turenne y Luis Morquio, entre los maestros pertenecientes a la misma generación que dieron un carácter social a la medi-

¹⁶ MAÑÉ-GARZÓN, F. y POU-FERRARI, R.: op. cit. p. 282.

cina nacional: la salud y la enfermedad son temas de naturaleza social, por consiguiente, este aspecto no puede ser desconocido por el médico. Es preciso que el profesional se forme y preocupe por las condiciones de vida, de trabajo, de alimentación, de retribución, de educación, etc., tanto o más que por los aspectos estrictamente médicos. De esta actitud social surge el criterio de la prevención en gran escala, en lo que la escuela neumotisiológica del Uruguay, obra inicial de Morelli, fue adalid, a través de la acción de sus discípulos, Pablo Purriel, Fernando D. Gómez, Cleopatra Epifanio, Aristeo Piaggio y otros. Las generaciones sucesivas lograron el despistaje en grandes poblaciones de las enfermedades respiratorias, la tuberculosis primero, el quiste hidático y el cáncer de pulmón después. También llevaron adelante campañas de educación popular, a efectos de prevenir o tratar precozmente tales afecciones. Con referencia estricta a la tuberculosis, se estableció la obligatoriedad de la vacunación antituberculosa, el estudio de colectividades por la abreugrafía y la cutirreacción, las investigaciones epidemiológicas a punto de partida de los casos diagnosticados, así como la quimioprevención de las poblaciones expuestas.”¹⁷



Con los colaboradores del Prof. Dr. César Bordoni Posse, que está al centro de la cabecera de la mesa. Pablo Purriel es el quinto desde derecha a izquierda, entre los que se encuentran de pie. El segundo es José J. Estable, a cuya familia debemos la gentileza de esta imagen (circa 1940).

17 MAÑÉ-GARZÓN, F., POU-FERRARI, R.: op. cit. p. 281.

Una vez graduado, Purriel participó de la Clínica del Prof. César Bordoni Posse, como lo muestra esta asistencia a un homenaje que le brindaron.

SU HOMENAJE AL MAESTRO JUAN B. MORELLI

Resulta muy interesante leer lo que Purriel escribió de un Maestro, al que estuvo unido por los lazos de afecto que él bien describe. Con una escritura impecable volcó recuerdos autobiográficos a la vez que expuso instancias de su formación académica junto a Juan B. Morelli, el primer profesor de Tisiología. Allí encontraremos una pista de por qué Purriel dedicó tanto esfuerzo al estudio y difusión del Cáncer de Pulmón y de la Tuberculosis, entre otros campos a los que volcó su energía creadora.

En diciembre de 1943 el Consejo de la Facultad de Medicina resolvió dar al Instituto de Tisiología el nombre de JUAN B. MORELLI (1868-1947). En el acto realizado con tal objeto, y que abrió en representación de la Facultad el Señor Decano, Prof. Julio García Otero, el Profesor Purriel, en nombre del personal del Instituto, pronunció el discurso aquí inserto.¹⁸

Sr. Rector, Maestro, Señores Profesores;

Señoras y Señores:

Hace ya muchos años, a nuestra desolada campaña de aquella época llegó, procedente de un pueblo vasco, una joven mujer que traía por todo capital el idealismo de su raza, y por toda ambición, dar a su pequeño hijo la carrera liberal que consideraba más humana, la más beneficiosa para la comunidad: la carrera de médico. Solía decir esta santa mujer, que para ejercer a conciencia tan delicada profesión se necesitaba un alma bondadosa, pura, impregnada de ternura, con gran espíritu de justicia, y, según ella, estas condiciones espirituales sólo podían adquirirse dentro de las normas de la religión católica. La mujer de que os hablo era mi madre, y el pequeño era yo.

Muy de vez en vez llegaba a tan apartados lugares un sacerdote, también de origen vasco, quien, en una pequeña y modesta capilla que un terrateniente

18 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y POU FERRARI, Ricardo: Juan B. Morelli en la historia de la Medicina Uruguaya. Montevideo, 2004, 376 páginas; pp. 337-345.



En el homenaje al fundador del Instituto de Tisiología el Prof. Dr. Juan B. Morelli (al centro de los sentados), se encuentran de pie, de izq a der: José J. Estable, NN, Pablo Purriel, Jorge Lockhart, Ángel Ginés y Arturo Achard Abaracón. Sentados: NN, Cleopatra Epifanio, Juan B. Morelli, Uruguay Marino Perciante, Aristeo Piaggio (circa 1943).

mandó construir, ejercía sus oficios; misas y sermones se cumplían con estricta regularidad durante algunos días del año. A ellos asistía mi madre acompañada por mí.

Entre los dulces y puros recuerdos de mi infancia pocos persisten con tanta intensidad como el de aquellos sermones, durante los cuales mi madre se afanaba, sin mayor resultado, por forzar mi atención hacia la exposición del sacerdote. Pero una noche - ¡la recuerdo muy bien! - el tema del sermón versaba sobre la conversión al cristianismo de hombres de importancia. Y el cura narró el caso reciente de un médico ya célebre, poseedor de grandes conocimientos científicos y filosóficos, popular en lo político, que habiendo hasta entonces militado en campos diametralmente opuestos a la religión católica, acababa de engrosar sus filas. El nombre del personaje de la narración era el de Juan B. Morelli. He aquí cómo y de qué manera oí hablar por primera vez de un hombre que debía tener más tarde capital influencia en la dirección de mis estudios médicos. Tiempo después enfermó gravemente el terrateniente de que os hablé, dueño de grandes haciendas, de influencia básica en la vida de todos los que en sus predios vivían; su suerte inquietaba profundamente a aquellas gentes, pero he aquí una alentadora noticia recorre la comarca: “Mañana vendrá de la capital a asistir al enfermo un célebre médico”. Y en los angustiados corazones de aquellos bue-

nos campesinos renace la esperanza. Llega Morelli. Hace un pronóstico fatal, que se cumple inexorablemente.

No hay nada que más influya en la idea que de un hombre nos formamos, que la primera impresión que de él tenemos: y en estos dos hechos en que se mezcla lo real y lo irreal, mi imaginación de niño saca elementos para hacer una imagen de Morelli que sobresale muy por encima de los hombres que hasta entonces yo había conocido.

Un nuevo ciclo de mi vida ha pasado. Soy ahora un inquieto adolescente, plétórico de esperanzas, sediento de justicia, indiferente a lo pasado, enamorado de lo que creo que vendrá. El eco de la gran guerra todavía resuena con fuerza en el alma de algunos de los componentes de mi generación, quieren creer que se abre un nuevo ciclo de cultura, de reforma universitaria y de reforma social.

Las clases de Filosofía son tribuna apropiada para exponer nuestras inquietudes, para defender nuestra posición, con el fuego y el ardor propios de aquella hermosa edad. Pero hay allí un compañero que se sitúa frecuentemente en opuesto campo ideológico; defiende ideas y posiciones que nosotros combatimos; es partidario de doctrinas y, ¿por qué no decirlo?, pertenece a una clase social que no es la nuestra. Uno y otro tenemos adeptos; y el ala derecha e izquierda de nuestra clase queda constituida. Pero todo esto es esporádico y accidental; el fin de la clase pone término a la polémica y luego somos amigos como se es cuando se tiene quince o veinte años.

Mi circunstancial adversario es Alberto Morelli, hijo muy querido del Profesor Morelli. El solía comentar ante su padre nuestras discusiones, nuestras divergencias ideológicas; y he aquí que ahora Morelli sabe que yo existo; pero también conoce mi posición que en lo social y en lo filosófico es precisamente el polo opuesto de la de él y los suyos. A pesar de ello no se ha formado mal concepto de mí. Un día, al notar yo que no podía seguir estudiando y leyendo con la avidez de antes, al sentir declinar mis fuerzas, disminuir mi entusiasmo pienso que tal vez me sea imposible continuar mis estudios. Recurro a Morelli, quien me recibe con todo cariño y ternura; me estimula, y con sonrisa afable y paternal me dice: "Crisis de la adolescencia, cosa sin importancia. ¡Adelante muchacho!" Aquello me lo había dicho Morelli, tenía que ser cierto, y lo fue. La cuenta entre ambos, con eterno saldo a su favor, quedó abierta ese día.

Pocos años después, al iniciarse los cursos de un nuevo año escolar, me presento a Morelli y le digo: "Vengo a que me enseñe Ud. Medicina." Y ese día Morelli me demuestra por primera vez que sabe y conoce la manera de orientar a un discípulo. "Bien, me dijo, el caso de la clase de mañana lo presentará Ud.;



Promotores y Director del Instituto de Higiene Experimental. De izquierda a derecha: José Sanarelli, José Scoseria y Juan B. Morelli (de F. Mañé-Garzón y R. Pou-Ferrari)

se trata de un Cáncer de Pulmón; puede Ud. consultar el tema en los siguientes tratados; yo sé que Ud. es estudioso y mañana tendrá una ocasión para lucirse.”

No olvidaré nunca mi tarea febril de aquella tarde en la Biblioteca de la Facultad... “Morelli me ha dicho que mañana podré lucirme, será el primer triunfo.” ¿A qué hombre no le gusta el triunfo y más si es un adolescente? “Por otra parte, si él me dice que puedo triunfar es porque cree en mí y tiene fe en mí.”

Y desde entonces Morelli es mi Maestro. Antes de haberme enseñado Cáncer de Pulmón había cumplido con la función esencial del maestro, había creado fe en mí; y maestros, señores, no sólo son los que enseñan, sino los que depositan también la fe en el corazón de sus discípulos.

Cristo es mil veces más maestro cuando transporta su fe al alma de los apóstoles, que cuando predica su Divino Verbo.

Ahora Morelli es mi Profesor de Clínica, yo soy su discípulo, pero esto no es todo. Desde el primer día este hombre deposita en mí una entera confianza, que no se justifica por mis escasos méritos, sino que está basada en la simpatía que yo le he inspirado.

En su clínica se puede trabajar ampliamente; hay libertad máxima, que es lo que más me agrada; hay allí un hombre a quien puedo consultar sobre cualquier tema; siempre me informará al respecto, siempre me dará datos bibliográficos, y con dulce sonrisa terminará diciendo: “Yo tengo el libro o la revista, pase por mi casa a buscarlo.”

Pero en este hombre hay muchas cosas que admirar. Se le ve activo al exceso; su capacidad de trabajo es infinita, y lo que más me impresiona es esa contagiante inquietud que tiene por lo desconocido. En todo punto encuentra el misterio. Como sabe y está informado ubica el problema, pero siempre plantea la falta de solución. En su duda se adivina el conocimiento del punto, pues sólo a los que saben los asalta la duda, y son los ignorantes los que todo lo han resuelto. Uno va viendo la parte más interesante de la Medicina, lo desconocido, que será tema para probar nuestra capacidad, aunque más no sea como objeto de gimnasia psicológica, en el simple planteo de intentos de solución.

¡Qué recuerdos tan hermosos conservo del Morelli de aquella época! A la mañana dicta su clase, a la tarde despliega una intensa actividad profesional que matiza con ocupaciones de orden político; y ya muy entrada la noche, cuando la carne cansada pide reposo, cuando los instintos aprisionados en el fondo del subconsciente piden a gritos venir al mundo de lo consciente, Morelli empieza a estudiar, prepara sus clases, plantea sus investigaciones, hace experimentación, lee literatura, crítica de arte en sus diferentes aspectos, o con olímpico aire llega al mirador de su casa para atisbar con su telescopio el centelleo de las estrellas, hundiéndose en el infinito misterio del Cosmos, donde tal vez encuentre descanso el espíritu, sometido durante el día a las mil vibraciones de una desorbitada actividad.

Poco a poco voy enterándome de su vida, la voy conociendo como se debe conocer la vida de los grandes hombres. Estando a su lado, compulsando sus

defectos y virtudes, siendo testigo de los problemas que en esa vida se van planteando. ¡Así yo he conocido a Morelli!

Así supe que nació en tierra de artistas, que fue médico por tradición, pues su padre también lo era. Aventajado y estudioso, que, según él, le encendió la lámpara divina de la investigación desde las primeras épocas de su vida de estudiante. Llegó a profesor de la Universidad muy joven, cuando era casi un adolescente, y por aquella época su alma de investigador vibró con la intensidad de los aldabonazos que anunciaban los descubrimientos de fines de siglo pasado y comienzos de éste.

Lo atrae la Bacteriología, que vive su infancia; empieza a profundizar los conocimientos fisiológicos que van tomando auge; domina diferentes lenguas, y tal vez, en aquella época, nada de lo contemporáneo le es desconocido. Es un humanista, muy del ciclo renacentista.

Pero no hay que olvidar que nació en Italia y que además por sus venas corre savia del Siglo XVIII. Es un romántico, tiene sed de aventuras. La época es propicia, se está viviendo el comienzo de nuestro incipiente sistema democrático. Existen convulsiones internas, revueltas, montoneras y revoluciones. Morelli toma partido y sale por nuestros campos a dar su ciencia, y su sangre si es necesario, a una causa que, lógico es suponer, él debió creer justa.

Sinsabores, destierros, persecuciones. Accidentes sin importancia para un espíritu como el suyo. Todo pasa rápidamente y poco tiempo después se embarca para Europa. Lleva una intensa cultura médica que le permitirá asimilar todo lo que los clásicos puedan ofrecerle.

Conoce allí a los grandes maestros: Babinski, Déjèrine, Sergent, Besançon... Todos esos cíclopes de la medicina francesa le son familiares en la ciencia y en el trato. Llega hasta Italia, su país de origen. Asimila la Ciencia allí imperante y sumerge su espíritu de artista en los escondidos tesoros que guarda la Roma Eterna. Visita su solar natal, evoca los recuerdos de sus antepasados y vuelve de nuevo a estas tierras más inquieto que nunca, con las alforjas del saber repletas de conocimientos, con un corazón henchido de esperanzas, con miles de proyectos a realizar.

Inicia febrilmente su acción; todo lo quiere abarcar, la Ciencia, la Filosofía, la política, el Arte, la Historia, la Literatura. La época de Leonardo ha pasado, pero este hombre que posiblemente debió nacer cien años atrás, quiere encerrar en su cerebro todo el conocimiento humano de su época, con la misma audacia que el artista del Renacimiento quería representar una lucha de gigantes en el

puño de una espada. Sólo una vertiginosa acción proteiforme, pero fecunda, recuerda Morelli de aquella época.

Un día le pregunto: “¿Qué hacía Ud., Maestro, en su juventud, en las horas de ocio?” Y él me responde: “Nunca tenía horas libres. ¡Solía diversificarme tanto!”

Morelli, como tantos otros selectos espíritus, pagó tributo a estos medios embrionarios, sobre todo en aquella época, que obligaba a los hombres de esta calidad a abarcar problemas múltiples, heterogéneos, pues así lo exigía la escasez de valores humanos.

Pronto inicia su tarea fundamental, su obra fisiológica.

Ha aparecido una nueva arma que parece revolucionar los conocimientos terapéuticos en la cura de la Tuberculosis: me refiero al pneumotórax.

Morelli se da por entero al estudio del método, lo practica con la audacia de los precursores, lo estudia con el ahínco que le es propio, atesora bibliografías con la capacidad del bibliómano reconocida en él. Proyecta escribir una obra trascendente en donde resumirá su experiencia de años; marcará los derroteros que es necesario seguir en la aplicación del método, y expondrá la bibliografía existente sobre el tema; todo con la elegancia y el arte de que él es poseedor.

Tiene ahora una colaboradora que endulza sus horas, estimula su trabajo, y perpetúa su stirpe; tiene una esposa. La quiere entrañablemente y ella colaborará en esta su obra que considera fundamental.

Y aparece su tratado sobre pneumotórax, obra fundamental en la literatura científica de Latino-América; pilar principal en las publicaciones de nuestra escuela Médica. Morelli hubiera justificado su existencia con sólo haber escrito este hermoso libro.

Ahora es ya un maestro dentro de la Fisiología de su época. Conoce esta rama de la ciencia como nadie, sabe de sus secretos y conoce también sus fracasos.

Pero es tanta su avidez de aprender, es tanta la curiosidad de su espíritu, que no decide dedicar todos sus esfuerzos al estudio de este sector del conocimiento; y es así como hoy lo veréis entrañablemente preocupado con un tema de Fisiología, mañana estará dictando una clase esmeradamente preparada sobre cronaxia, y pocas horas después llegarán a su escritorio todos los libros y monografías que sobre temas de Metafísica acaban de aparecer.

Su espíritu humanista no se aviene con las rígidas disciplinas de la ciencia actual que exigen que el hombre siga un estrecho surco profundizándolo sin prestar atención a los problemas que se van planteando a su lado, ni detenerse

a admirar o a coger las flores que se presentan a la vera del camino. Él es un gustador de la vida y quiere conocer todo aquello que la inteligencia del hombre o el espíritu creador del artista edifican.

Recorred su bibliografía personal: cientos y cientos de trabajos, todos sobre diferentes temas, todos planteados, todos resueltos.

El hombre es esclavo de un determinismo psicofisiológico, en nuestro sentir; es como lo quiere su constitución; así es la constitución de Morelli, y así será su obra.

No son humanas ni lógicas tontas críticas de comentaristas desocupados sobre lo que podía haber hecho; lo lógico y viril es reconocer lo que se ha hecho. Y por otra parte, comparando lo que se puede hacer en el momento actual, puede deducirse lo que era factible en esa época en donde no existía, no existe actualmente, un ambiente propicio para severas investigaciones; todo fallaba, medios, colaboradores, ambiente, material de investigación; sólo teniendo una férrea voluntad y una recia personalidad, era posible dejar grabado el paso del cientista por esas desoladas y áridas épocas.

Fue siempre profundamente tolerante; logró reunir a su lado, en cierto momento, colaboradores que sustentaban las más contradictorias ideas. En su clínica han convivido, en su trabajo diario, místicos como [Manuel] Abascal¹⁹, anarquistas como [Virgilio] Bottero²⁰, socialistas como yo, hombres que él sabía que combatíamos con todo nuestro ardor sus ideas políticas, que las ubicábamos dentro de los severos límites de un conservadorismo que siempre creímos perjudicial y enemigo para la felicidad de los hombres humildes. Jamás puso reparos a nuestra manera de pensar, haciendo en ocasiones un estudio analítico de nuestro ideario y reconociendo los puntos que él aceptaba como buenos.

Se equivocan los que crean o digan que ofreció su ciencia con más amor a los que profesaban sus mismas ideas filosóficas o pertenecían a su mismo sector político. Ofreció siempre, generosamente, su ciencia al hombre, sin tener en cuenta para nada lo político o lo filosófico.

Yo no vengo a decirlos que en este hombre sólo existe lo excepcional, lo puro, lo virtuoso. No. De la misma manera que en tantos años de amistad pude percibir las aristas más brillantes de su personalidad, pude observar también que tenía defectos, fallas, y tal vez alguna claudicación; pero ¿es que habéis conocido hombres puros? Y por otra parte, el defecto, ¿no entra dentro de la constitución

19 MORELLI, Juan B. Manuel Abascal (1894-1929). En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/abascal.pdf> (Consultada el 12.12.2018).

20 TURNES, Antonio L.: Virgilio Bottero Mortara (1902-1944). En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/virgilio-bottero.pdf> (Consultada el 12.12.2018).

del hombre como inexorable fatalismo? Los puros llegan al Apostolado y, creedme, señores, que desde que existe el hombre, el número de apóstoles no debió sobrepasar a doce. ¿Dónde está el hombre con la suficiente autoridad moral para criticar los defectos de otro hombre?

Morelli forma parte de una maravillosa generación de hombres que yo tuve la suerte de mirar desde abajo, de conocerlos en la cátedra y también en la vida; verdaderos maestros que, como antes he dicho, pagaron tributo al medio primitivo en que actuaron, pero que dejaron, en el espíritu de las generaciones a quienes enseñaron, la huella de su indiscutible personalidad.

A esa generación pertenecen hombres como Alfredo Navarro, señor de la cátedra, de inigualada elegancia en el decir, majestuoso, hierático en el hacer; dueño de una vasta cultura médica, poseedor de un dinamismo que propulsa o destruye, y en ambos casos igualmente maravilloso. Los grandes clásicos franceses fueron sus condiscípulos y no debieron haber llegado más alto que él.

Turenne, el galo, que no se conforma con ejercer la medicina como un arte, sino que es un artista de su vida. Su cerebro está alumbrado por la llama de la Francia eterna.

Lamas, el épico, recio espíritu de acero que dominó la ciencia de su época, formó escuela entre sus discípulos y legiones en su pueblo, pues a su alma de maestro, se unía el viril carácter de un caudillo.

Lussich, ¡justo, ecuaníme, virtuoso, Catón de nuestros días! Su figura puede exhibirse como ejemplo ante las nuevas generaciones como un legado de virtudes.

Mondino, el santo laico. Desparramó con gesto generoso y noble la enseñanza que asimiló en largos años de penoso aprendizaje. Y tantos otros que yo no tuve la suerte de conocer.

Los que rigen los destinos de nuestra Facultad no podrían realizar acción más grande y simbólica que fundir en bronce las figuras de estos hombres. Ellas evocarían épocas pasadas en las que para triunfar había que tener, además de otras cualidades, espíritu épico. Tiempos difíciles en que los arquitectos de nuestra magna obra no se dedicaban a superfluas decoraciones, sino a construir los cimientos básicos que hoy sostienen el complejo y enorme edificio que es la Medicina moderna.

No hay cultura sin tradición. Los hombres de que os he hablado constituyen la tradición de nuestra cultura médica.

Hace algunos años se encomendó a Morelli la creación de nuestro Instituto de Tisiología y se le dio un título y un depósito de tuberculosos crónicos para que hiciese escuela, para formar discípulos, para realizar obra social. Y todo esto a un hombre que ya hace tiempo ha pasado los sesenta años, que en su creación científica disputa una carrera con el tiempo, para quien cada minuto que pasa es de vital importancia, pues la marcha del tiempo es ahora muy diferente a la de los años mozos. Otro se hubiera desanimado ante semejante ambiente, paupérrimo, de trabajo; pero este hombre no desmayó y como el personaje de la leyenda se propuso hacer germinar una simiente en árido desierto. Vio a políticos, personas influyentes a quienes expuso sus problemas, aprovechó su situación de hombre de partido para obtener rubros, adquirir aparatos, crear puestos, etc., con el fin de fundar un Instituto que aun estando situado en insalubres sótanos, más convenientes para albergue de animales de experimentación que para locales de trabajo, pudiera cumplirse la labor que se le había asignado.

Son muy pocos los que conocen todo el esfuerzo que tuvo que hacer Morelli para la obtención del material y personal con que este Instituto actualmente cuenta.

Juntos recorrimos muchas veces oficinas y Ministerios para pedir, insistentemente, lo que él creía imprescindible. Gracias a Morelli el Instituto posee un discreto material de investigación que le permite, en el momento actual, iniciar una obra que tendrá vasta proyección en lo científico y social en un futuro próximo.

Nuevamente aquí, Morelli fue generoso conmigo al extremo. Puso a mi disposición todos los medios a su alcance para que yo pudiera iniciar una actividad científica que es y ha de ser sin duda mi orientación definitiva: la Medicina Social.

Dejó en mis manos la dirección de la Sección Epidemiología de este Instituto, que inició, dentro del ambiente docente, una nueva orientación en la investigación científica.

Aquí, como otras veces, hice lo posible por no defraudar a mi Maestro y justificar la confianza que me dispensó. Cúmpleme manifestar que el acto generoso de Morelli hoy tiene retribución, pues con mi compañero [Aristeo] Piaggio²¹, logramos realizar el estudio epidemiológico de 60.000 personas, constituyendo así un material científico que sabremos aprovechar y servirá de tema de estudio a los que vienen subiendo detrás nuestro.

21 Aristeo Piaggio Anselmo, nacido el 18 de setiembre de 1905, graduado el 30 de agosto de 1932 y fallecido el 12 de febrero de 1979. Fue un neumólogo que trabajó junto a Purriel en el Instituto de Tisiología, desde el origen del mismo, y en la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Por muchos años asistió a los ateneos dirigidos por el Maestro en su Clínica Médica "D", del Piso 8 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

¡Cuánto podría decirse de este hombre que solamente en la enseñanza de la Medicina lleva actuando más de 55 años! ¿Sabéis lo que es enseñar durante 55 años?

Sólo pueden enseñar los que viven en perpetua tensión, los que tienen sus antenas prontas para captar toda onda de cultura que circula en el Cosmos, los que llevan dentro de sí el fuego del entusiasmo que deben propagar a sus discípulos, los que saben sentir lo que enseñan.

Los que así enseñan, cada vez que lo hacen se desprenden de algo de sí mismos, y al hacerlo vibra su espíritu como elástica vara.

No hace mucho tiempo, al final de una clase, Morelli me dijo: “Vive Ud. todavía la emoción de la clase. ¡Cuántas veces la he sentido en mi vida!”

En el transcurso de esta disertación he preferido más que hacer un estudio analítico de la personalidad de Morelli, hablar de nuestra amistad, de la influencia que en mí ha tenido, de lo mucho que le debo, del profundo agradecimiento que le guardo, de lo entrañablemente que lo aprecio; es que todo esto me resulta fácil expresarlo, y es una especie de alivio que siento al dar forma a estos sentimientos; es algo así como si me desprendiese de parte de una pesada carga que voy llevando. Por otra parte, tú, Morelli, eres un afectivo, un sentimental, y hoy te he hablado con sincero lenguaje del afecto. ¡Te ha hablado mi corazón!

Maestro: vienes de vuelta por el camino de la vida. Traes el recuerdo de jornadas pasadas en las que unas veces te has embriagado con el vino del triunfo, y otras has probado el acíbar del fracaso.

Has amado y te han amado. Has luchado y en tu alma han quedado las huellas de mil justas cumplidas. Yo te he visto subir impulsivo y anhelante y bajar poseído de augusta serenidad. Dime, Maestro, ¿qué has visto desde arriba?

Tal vez tu carne esté cansada, es posible que no quieras volver a recorrer lo andado, pero tu espíritu se siente con ansias de subir nuevas cuestas, de seguir salvando obstáculos, de sacudirse con nuevos bríos.

¡Trágico desacuerdo entre la carne y el alma que suele perpetuarse hasta el fin de la existencia!

Yo voy subiendo, estoy muy lejos del nevado pico del que por voluntad propia decidiste emprender el retorno. Está tan alto, falta tanto para llegar a él, que no sé si tendré fuerzas para alcanzarlo; pero cuanto más me aproxime, tanto mejor podré apreciar la distancia que lo separa de lo vulgar, tanto mejor podré ver lo grande que tú has sido.



Pedro Visca (1840-1912)

Maestro: hace tiempo que te noto apartado, retraído, sumergido en ti mismo, poseído de angusta serenidad.

¡Haces bien! Consérvate así. Estás en la época de la vida en que el hombre sólo debe enfrentarse con lo sublime o trascendente.

Si alguien quiere saber de ti, si alguien quiere saber quién eres, que vaya a estudiar tu obra, pues tú, como el grande Miguel Ángel, puedes decir a ella: "¡Habla por mí!"

Y esto, Morelli, te lo digo yo, que soy uno de tus tantos discípulos i que soy el más fiel de tus discípulos!

CAPÍTULO 4

LA BRUCELOSIS Y LA MEDICINA DEL TRABAJO

Por su bibliografía podemos advertir que ya en 1941 presentaba un trabajo sobre “Epidemiología de la brucelosis en el personal de los Frigoríficos Artigas y Swift”, con el Dr. Aristeo Piaggio.²² Se continúa con otro artículo sobre “Brucelosis y tuberculosis” publicado en la misma revista.²³ Al año siguiente publica “Investigaciones sobre brucelosis”.²⁴ Le sigue otro estudio de campo titulado “Infección por brucelas en el personal de estancias y tambos”.²⁵ Continúa con el tema en su publicación siguiente: “Investigación sobre infección brucelósica realizada en las usinas de pasteurización de leche de Montevideo” (Conaprole).²⁶ Sigue investigando en los frigoríficos, ahora en el Departamento de Río Negro.²⁷ Investiga sobre la infección

22 PURRIEL, P., PIAGGIO, A.: Epidemiología de la brucelosis en el personal de los Frigoríficos Artigas y Swift. *Arch Urug Med Cir Especial.*, 19: 275-283. 1941.

23 PURRIEL, P., PIAGGIO, A., RISSO, R.: Brucelosis y tuberculosis. *Arch Urug Med Cir Especial.*, 19: 401-405. 1941.

24 PURRIEL, P., RISSO, R., y ESPASANDÍN, J.: *Arch Urug Med Cir Especial.*, 20: 5-12, 1942.

25 PURRIEL, P., PIAGGIO, A., RISSO, R.: *Arch Urug Med Cir Especial.*, 20: 99-103, 1942.

26 PURRIEL, P., PIAGGIO, A., RISSO, R.: *Arch Urug Med Cir Especial.*, 20: 225-231, 1942.

27 PURRIEL, P., RISSO, R., ESPASANDÍN, J. y PRADINES BRAZIL, N.: Investigación sobre infección brucelar humana y animal realizada en el Frigorífico Anglo (Dpto. Río Negro). *Arch Urug Med Cir Especial.*, 20: 332-337, 142.

brucelar genital en el hombre.²⁸ Publica “Epidemiología de la brucelosis en Juan L. Lacaze”, una población de obreros industriales, donde años antes había realizado otra investigación epidemiológica.²⁹ Múltiples otras contribuciones fueron encabezadas por Purriel a lo largo de los años, culminando en el Primer Congreso Nacional de Brucelosis, realizado en Montevideo en 1947.

En 1959 publica en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, un artículo sobre “Aspectos epidemiológicos y clínicos de la brucelosis en Uruguay”.³⁰

BREVE HISTORIA DE LA BRUCELOSIS

Varios autores citan que el primer caso podría haber sido descrito por Hipócrates, del que Eyre transcribió la descripción que aquel hizo de un probable caso de dicha enfermedad, que la padeció un paria que vivía encima del templo de Diana, en Thasos, el cual murió a consecuencia de la misma después de ciento veinte días de evolución.^{31,32,33} La primera evidencia escrita de brucelosis de cabra podría inferirse de la descripción de tres casos humanos de brucelosis. En el siglo IV aC, en su libro de Epidemias, Hipócrates describió tres casos de fiebre de 120 días en dos de ellos y de 80 en uno, en personas que viven en el litoral mediterráneo, muy probablemente asociado con el consumo de leche cruda o derivados de ovejas o cabras infectadas con *B. melitensis*.^{34 35}

28 PURRIEL, P., RISSO, R., ESPASANDÍN, J.: Localización genital de la brucelosis en el hombre. *Arch Urug Med Cir Especial.*, 21: 128-152, 1942.

29 PURRIEL, P., ESPASANDÍN, J., PRADINES, N.: *Arch Urug Med Cir Especial.*, 21: 615-623, 1942.

30 PURRIEL, P.: Aspectos epidemiológicos y clínicos de la brucelosis en Uruguay. *Bol Of San Panam.*, febrero 1959, pp.118-135.

31 SAN NICOLÁS, M., ROYO, M.: Brucelosis, Mayo 27, 2014, en: www.es.slideshare.net/aduyan/brucelosis-35350853

32 LAVAL R., E.: Contribución al estudio histórico de la brucelosis en Chile. *Rev Chil Infect* 23 (4): 362-366

33 NAVARRO, F: Determinación de la Prevalencia serológica de la Brucelosis bovina en distintas zonas de la República Argentina. Tesis, 1995, FAV, UNRC, www.produccion-animal.com.ar

34 EYRE, JWH. Melitensis septicemia. *Lancet*. 1908; 1: 1677-1682.

35 ROSSETTI, CA, ARENAS-GAMBOA, AM, MAURIZIO, E. Caprine brucellosis: A historically neglected disease with significant impact on public health. *Plos Negl Trop Dis* v. 11 (8); 2017 Aug

He aquí las citas aludidas en los Tratados Hipocráticos:³⁶

“1. En Tasos, al Pario, que yacía enfermo por encima del templo de Ártemis, lo atacó una fiebre aguda, en principio continua, del tipo causón; sed; al comienzo en estado de coma y otras veces en cambio insomne; el vientre trastornado en los comienzos, orinas fluidas. En el sexto día emitió orina oleosa, deliró. El séptimo se exacerbaron todos los síntomas, no durmió nada; pero orinas semejantes, y trastornos de la mente. Del vientre evacuó heces biliosas, grasientas. El octavo día sufrió una ligera epistaxis, vomitó sustancias verdosas, escasas, durmió un poco. El noveno, en las mismas circunstancias. El décimo disminuyeron todos los síntomas. El undécimo sudó por todo el cuerpo; se enfrió y rápidamente de nuevo volvió a calentarse. El decimocuarto, fiebre aguda, deposiciones biliosas, fluidas, abundantes; en las orinas partículas en suspensión, deliró. El decimoséptimo, en un estado penoso, porque no tenía sueño, y la fiebre aumentó. El vigésimo día sudó por todo el cuerpo; sin fiebre, deposiciones biliosas, inapetente, en estado de coma. En el vigésimo cuarto recayó. El trigésimo cuarto, sin fiebre, el vientre no se estreñía, y de nuevo volvió a tener calor. El cuadragésimo, sin fiebre, el vientre se estreñió por no mucho tiempo, inapetente, de nuevo padeció una ligera fiebre y durante todo el tiempo de un modo errático: sin fiebre unas veces y otras al contrario; pues si dejaba una intermisión y descendía, rápidamente de nuevo retornaba. Y tomaba alimentos escasos y de baja calidad, sueños malos, en la proximidad de las recidivas deliró. Emitía orinas que presentaban espesor entonces, pero removidas y perniciosas. Y el vientre estreñado y otras veces en cambio relajado. Febrículas continuas. Deposiciones fluidas, abundantes. En el día ciento veinte murió. Este tenía el vientre, constantemente desde el primer día, húmedo con heces biliosas, líquidas, abundantes, o estreñado con heces hirvientes y sin cocer. Orinas siempre malas; en estado de coma la mayoría de las veces, insomne con dolores, inapetente constantemente.”

“2. En Tasos, a la mujer que yacía enferma junto al Agua Fría, a consecuencia del parto – tras haber parido una niña –, no habiéndole sobrevenido la evacuación loquial, la atacó en el tercer día una fiebre aguda con escalofríos. Pero desde mucho tiempo antes del parto estaba febril, postrada en cama, inapetente. Y después de los escalofríos intensos que se originaron, las fiebres fueron continuas, agudas y acompañadas de escalofríos. El octavo día deliró mucho y los siguientes, y rápidamente de nuevo estaba lúcida; el vientre trastornado con heces abundantes, fluidas, acuosas y de color de bilis; sin sed. El undécimo se hallaba

36 TRATADOS HIPOCRÁTICOS, V, EPIDEMIAS. Libro III, 1, Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1989, p. 113-116.

lúcida, pero en estado de coma; orinas abundantes, fluidas y negras, insomne. El vigésimo se enfrió ligeramente y rápidamente de nuevo volvió a calentarse, desvariaba un poco, insomne; lo del vientre en las mismas condiciones; orinas acuosas, abundantes. En el vigésimo séptimo día, sin fiebre, el vientre se estriñó, y no mucho tiempo después, un fuerte dolor en la cadera derecha durante mucho tiempo; acompañaban fiebres de nuevo, orinas acuosas. El cuadragésimo, los padecimientos en la cadera se aliviaron; pero tos continua, húmeda, abundante; el vientre se estriñó, inapetente; orinas en las mismas condiciones. Y fiebres que no cesaban por completo, sino que tenían sus paroxismos de un modo errático, unas veces sí y otras no. En el sexagésimo día la tos cesó sin dejar indicios; pues ni llegó a haber cocción alguna en los esputos ni otro depósito de los acostumbrados; y la mandíbula del lado derecho se contrajo convulsivamente; en estado de coma; desvariaba y rápidamente de nuevo estaba lúcida; sentía repugnancia hacia los alimentos; la mandíbula se relajó, pero el vientre expelió heces biliosas, en pequeñas cantidades, tuvo fiebre de forma más aguda, con escalofríos; y los días siguientes sin voz, y otras veces en cambio hablaba. En el octogésimo día murió. En ésta el líquido de las orinas era siempre negro, fluido y acuoso; acompañaba el coma, inapetente, desalentada, insomne, accesos de ira, malestar, el espíritu melancólico.”

Otro tercer caso, en cambio, alcanzó la crisis completa³⁷ a los 120 días.³⁸

“9. En Abdera, Heropito estaba con dolor de cabeza, sin verse obligado a guardar cama; pero no mucho tiempo después se acostó. Vivía junto al Camino Alto. Le atacó una fiebre del tipo causón, aguda; vómitos, al comienzo, de abundantes sustancias biliosas, sediento, mucho malestar, orinas fluidas, negras, partículas en suspensión en la parte superior unas veces, y otras no; por la noche en un estado penoso, fiebre con paroxismos en algunas ocasiones de una manera y en otras de otra, casi siempre sin orden. Y hacia el decimocuarto, sordera, las fiebres aumentaban, las orinas en las mismas condiciones. El vigésimo desvarió mucho, y los días siguientes. El cuadragésimo tuvo mucha hemorragia por la nariz y estaba más lúcido; la sordera existía, pero menos; las fiebres disminuyeron. En los días siguientes sufría hemorragias frecuentemente de poco cada vez. Hacia el sexagésimo día las hemorragias se detuvieron, mas se le presentó un fuerte dolor en la cadera derecha y las fiebres aumentaban. No mucho tiempo después, sufrimientos en toda la parte inferior; y ocurría

37 Crisis está empleada en el sentido de: “Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente.” RAE.2019.

38 TRATADOS HIPOCRÁTICOS, op. cit., p.120-121.



que o bien las fiebres eran mayores y la sordera mucha, o bien esto aflojaba y se aliviaba, pero eran mayores los sufrimientos de la parte inferior en torno a las caderas. Y ya hacia el octogésimo día disminuyeron todos los síntomas, pero nada cesó (por completo); porque bajaban orinas de buen color y con sedimento más abundante, y los delirios eran menores. Pero hacia el centésimo día el vientre se trastornó con abundantes heces biliosas, y eran evacuadas durante no poco tiempo muchas con tales características; otras veces afecciones disintéricas con dolor, pero mejoría de lo demás. Y en general las fiebres cesaron y la sordera terminó. En el centésimo vigésimo día alcanzó la crisis por completo.”

Fue en tiempos de la Guerra de Crimea que se despertó la atención de los médicos sobre la llamada “fiebre de Malta”, en la década de 1850. Jeffery Allen Marston (1831-1911), graduado en Glasgow en 1854, fue quien describió su propio caso de esta afección en 1861 a la que llamó “Fiebre del Mediterráneo”. La afección fue también conocida como “Fiebre ondulante” por sus características clínicas. En ese tiempo él era asistente de cirujano del Ejército británico. El agente etiológico fue hallado por David Bruce (Melbourne, Australia 1855-Londres 1931) en 1887. En 1897 el veterinario danés Bernhard Bang (1848-1932) aisló un bacilo como agente del aborto espontáneo en vacas, denominándose en el ámbito veterinario “Enfermedad de Bang”, desconociendo que era el mismo germen causante de la fiebre del Mediterráneo.

El científico y arqueólogo maltés Dr. Themistocles Zammit (1864-1935) encontró que la leche de cabra no pasteurizada era el principal factor etiológico de la fiebre ondulante, en junio de 1905, integrando una comisión internacional que llevó a cabo investigaciones sobre la brucelosis entre 1904 y 1906 en el laboratorio de Sir Themistocles, en La Valeta, Malta.

David Bruce fue médico, naturalista, microbiólogo y patólogo australiano-británico, que descubrió las causas y vías de transmisión de varias enfermedades tropicales. Estudió en la Universidad de Edimburgo, graduándose en 1881. Posiblemente fue contemporáneo del médico uruguayo Francis Vardy Davison, que egresó de la misma Universidad en 1879 y trabajó toda su vida hasta su muerte en 1921 en Minas de Corrales, actual departamento de Rivera (Uruguay).³⁹

Cuando en 1887 se encontraba Bruce en Malta como médico del Ejército británico descubrió el microorganismo de la fiebre de Malta, demostrando que los humanos contraían esta enfermedad al beber leche de ganado enfermo (vacas o cabras). Se trataba de un bacilo gram negativo aerobio, que presenta cuatro especies patógenas para los humanos. Sus síntomas más comunes son fiebre, malestar y cefaleas, pudiendo ocasionar fuera del período agudo espondilitis y otras lesiones óseas. David Bruce en 1895 realizando estudios en Sudáfrica, descubrió el *Tripanosoma brucei gambiense*, que se transmite de los animales al hombre y de persona a persona a través de la mosca *tsé-tsé*.

The Royal Society, de Londres, nos cuenta así esta historia:

Después de la Guerra de Crimea, los soldados del ejército británico estacionados en Malta comenzaron a sufrir una enfermedad que nadie podía explicar. Tal fue la gravedad de la fiebre que la estadía promedio en el hospital para los pacientes fue de 90 días, pero podría durar hasta dos años. Alrededor del dos por ciento de los casos de fiebre mediterránea del ejército británico, también conocida como fiebre de Malta, terminaron en fatalidad, y esta cifra fue mucho mayor para la población en general.

Con descubrimientos recientes que han identificado las causas de enfermedades como la fiebre tifoidea y la difteria, Sir David Bruce, un cirujano militar británico que inicialmente sirvió en Malta en 1884, se

39 TURNES, Antonio L.: Francisco Vardy Davison (1853-1921): De Edimburgo a Minas de Corrales. Montevideo, Ed. Granada, 2019.



Jeffery Allen Marston



David Bruce



Bernhard Bang



Themistocles Zammit

inspiró para buscar los microbios detrás de la fiebre mediterránea. En 1887, Bruce descubrió que el organismo *Micrococcus melitensis* era responsable de los síntomas debilitantes en los afectados.

En 1904, Bruce comenzó a pedir una investigación para descubrir la ruta por la cual esta bacteria estaba infectando a los pacientes, aún un misterio para los médicos de la región, en un intento por encontrar una cura. El científico maltés Dr. Themistocles Zammit ya estaba trabajando en el problema y estaba convencido de que la enfermedad se había propagado por los insectos. Bruce notificó la investigación de Zammit a la Royal Society, y así nació la Comisión de Fiebre del Mediterráneo de 1904-1906. Encabezada por Bruce, la membresía de la Comisión también incluyó a Zammit, el Mayor William Horrocks, el Cirujano Ernest Shaw y el Dr. Ralph Johnstone.

Nadie que haya lidiado primero con la fiebre mediterránea habría esperado que la ruta de infección fuera a través de la leche de la cabra maltesa. De hecho, el Capitán de Cirujanos Matthew Louis Hughes escribió un libro, publicado en 1897, en el que afirmó que la leche no podía ser el agente causal, ie incluso la recomendó como tratamiento! Pero eventualmente, quizás en parte debido a la escasez de monos para experimentar, Zammit demostró que la leche de la cabra maltesa era la ruta principal por la cual *Micrococcus melitensis* estaba infectando al ejército británico y a la población maltesa con fiebre mediterránea.

En 1906, el uso de la leche de cabra por el ejército británico fue prohibido por completo; entre 1900 y 1906 hubo 3.631 casos de fiebre mediterránea en el ejército británico, pero en 1907 solo había 21. Sin embargo, esto no evitó casos en la población maltesa, donde la enfermedad continuó siendo generalizada, y no fue sino hasta 2005 que Malta finalmente estuvo libre de fiebre mediterránea.

Por exitosa que fuera la Comisión de Fiebre del Mediterráneo, hubo controversias sobre quién había descubierto qué. Shaw afirmó que él, y no Zammit, había sido el primero en descubrir que la leche de cabra era el medio de transmisión, pero Bruce rechazó sus afirmaciones e insistió en que el trabajo de la Comisión en su conjunto, en lugar de los éxitos individuales, había llevado al gran descubrimiento o desarrollo, progreso, ruptura, penetración. Para confundir aún más las cosas, Bruce, en sus informes posteriores sobre la Comisión, comenzó a omitir los nombres de los jugadores clave hasta que se asumió ampliamente que

había sido el único responsable del descubrimiento clave. En 1920, K. F. Meller sugirió que la fiebre de Malta fuera renombrada Brucelosis y, de hecho, cuando investigué este blog por primera vez, itenía la impresión de que Bruce había resuelto la “cuestión de la leche de cabra” solo por Bruce! Si esta acción fue intencional o no, nunca lo sabremos...

Más información sobre la Comisión de Fiebre del Mediterráneo, incluida la correspondencia del personal de la Royal Society sobre el progreso de la investigación y la publicación de informes, además de las Actas del Comité de Enfermedades Tropicales de la Royal Society (CMB / 50, CMB / 51 y CMB / 52), se puede encontrar en los archivos de la Royal Society.⁴⁰

BRUCELOSIS EN URUGUAY

Milton Rizzi-Castro ha presentado en junio de 2007 en la sesión científica de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, un trabajo que trata de “Sir David Bruce (1855-1931) y algo de la brucelosis en el Uruguay”. Allí señala, entre otra valiosa información, que:⁴¹

En 1931 Julio Nin y Silva y los Dres. C. N. y J. L. Murguía presentaron un artículo de 31 páginas acerca de “*fiebre ondulante de origen bovino en Uruguay*” donde describen la búsqueda detectivesca de la etiología de tres casos de empleados de tambo en Santa Lucía que se resuelve gracias a la comunicación del veterinario De Boni acerca de la brucelosis. Para la confirmación debió aguardarse traer los reactivos desde Argentina.

En 1932 el bacteriólogo Hormaeche publicó su investigación sobre la brucelosis de laboratorio.

En 1935 una investigación sobre vacas lecheras en tambos de Montevideo arrojó un 20% de infectadas.

Entre 1937 y 1945 aparecieron varios trabajos de mi primo hermano Héctor Díaz-Castro sobre patología genital en la brucelosis. En resumen describe epididimitis y nódulos epididimarios muy dolorosos en obreros ocupados del procesamiento de la carne e incluso se extiende en las complicaciones de la enfermedad como espondilitis y endocarditis sobre válvulas patológicas.

Ahora, en 1938 surge la figura excluyente de Pablo Purriel nacido en Pamplona, España y graduado en Uruguay en 1932. Purriel estudió la enfermedad en investigación de campo en el Frigorífico Nacional a donde

40 <https://blogs.royalsociety.org/history-of-science/2017/05/03/malta-fever/> (Consultada el 18.9.2019).

41 RIZZI-CASTRO, Milton: Sir David Bruce (1855-1931) y algo de la brucelosis en el Uruguay. *Ses Soc Urug Hist Med*, Vol. XXXV (2016-2017).

llegaba a las cinco de la mañana junto con Rogelio Risso y los veterinarios y a la población de Juan Lacaze que se prestó al estudio estadístico.

Dos epigramas sobre la brucelosis de Purriel; “*en Uruguay es frecuente la infección y rara la enfermedad*”, “*fiebre prolongada, neutropenia con linfocitosis y esplenomegalia deben hacer sospechar la enfermedad*”.

El artículo publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* en 1959, define la brucelosis como una infección producida por microorganismos del género *Brucella*, principalmente por las especies *Brucella melitensis*, *Brucella abortus* y *Brucella suis*; esta infección constituye una zoonosis que afecta a los animales domésticos, particularmente al ganado bovino, caprino y porcino, los que son la fuente de infección del hombre.⁴²

Purriel plantea el problema ganadero en Uruguay, partiendo del hecho que el veterinario Antonio Cassamagnaghi en 1927 verificó mastitis [mastitis]. Afirma que los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país demuestran que la infección está circunscrita al ganado bovino y que la especie que la causa es la *Brucella abortus*, estando hasta la fecha del artículo las especies caprinas, ovinas y suinas libres de infección brucelar.

Para un estudio de dimensiones desconocidas en el país, afirma que entre 1950 y 1956 se analizaron 100.253 muestras de sangre entre ganado bovino, sin discriminación de razas, arrojando el 4,1% de positivos y 3,1% de dudosos. En 7.084 hembras de raza de carne, se encontró 5% positivas y 0,5% dudosas. En 29.855 hembras de raza de leche, 9,7% resultaron positivas y 4,5% dudosas. Pero el autor advierte a continuación que estos índices de infección no reflejan la verdadera situación de los ganados del país en cuanto a infección brucelósica, pues los materiales analizados se deben considerar muestras seleccionadas. Porque la casi totalidad de los análisis fueron efectuados para dar cumplimiento a normativas o regulaciones para exportación, o con motivo de

42 NAVARRO, F.: Determinación de la Prevalencia serológica de la brucelosis bovina en distintas zonas de la República Argentina. Tesis, FAV NRC, Tesis, 1995. www.produccion-animal.com.ar Señala que actualmente se reconocen seis especies del género *Brucella*, con sus respectivos huéspedes principal y otros huéspedes: *melitensis* (ovinos, caprinos y hombre), *abortus* (bovino y hombre), *suis biovar* (con tres variedades: *suis biovar* 1,2,3 en cerdo, hombre, excepto la 2; *suis biovar* 4: en reno y hombre; *suis biovar* 5, en móridos y hombre), *neotomae* (en ratas); *ovis* (carnero) y *canis* (caninos). Todas las especies tienen como otros huéspedes a varios animales, excepto las dos últimas: *ovis*, otro huésped desconocido, y *canis* registra como otro huésped al hombre.

exposiciones ganaderas, remates o ferias, constituyendo por tanto una mínima fracción del ganado en los establecimientos de procedencia.

Señala que *“en el año 1950 se estudió por medio del ABR [Abortus Bang Ringprobe] o prueba del anillo, la leche de 1.200 establecimientos lecheros, de los 1.800 que abastecían a Montevideo en ese entonces. De ello resultó que el 42% de dichos establecimientos tenían brucelosis y el 14% eran dudosos. Se examinó la leche de cada uno de los tarros remitidos mediante la reacción del anillo o Fleischauer y un antígeno coloreado con hematoxilina de Delafield. Dicha investigación se hizo en la planta pasteurizadora de leche de la capital y permitió conocer la difusión de la brucelosis en los tambos de la cuenca lechera, pero no la difusión de la misma en los animales de dicha zona.”*

Señala que la población caprina (18.225 cabras) es muy pequeña y parece estar exenta de infección, en tanto que la población suina (284.391 cabezas) con datos de diez años anteriores, sólo se encontró un foco en 1943 en tres establecimientos, que fue rápidamente erradicado, agregando que *“Se encontró en un establecimiento con bovinos infectados varias gallinas que reaccionaron a la hemoaglutinación”*.

Al resumir los hallazgos afirma que: *“Si se tiene en cuenta la disminución de leche, la pérdida de terneros, el reemplazo de vacas infectadas en los rodeos, se puede formar idea de los millones de pérdidas que esta zoonosis produce en países ganaderos como el nuestro”*. Aquí las consideraciones de Purriel coinciden con las que años más tarde haría a los productores agropecuarios respecto de la hidatidosis, en cuanto a las pérdidas económicas brutales que hacían imperioso combatir esta otra zoonosis, manifestando una tendencia a demostrar con cifras el impacto de estas afecciones para las personas y la producción ganadera, que entre otros efectos, desprestigiaba al país.

Respecto del *Problema humano*, señala Purriel que *“En 1931 Nin y Silva notificó por primera vez casos de brucelosis humana en el Uruguay. Poco después, Hormaeche efectuó 8.000 reacciones de aglutinación por el método de Huddleson en sueros humanos provenientes del Laboratorio Central del Hospital Maciel. Sólo en 1,5% la aglutinación fue positiva. Pereyra Fonseca estudió 404 obreros empleados del Frigorífico, practicando en ellos la seroaglutinación. El porcentaje de casos positivos fue de 9,15. Estas dos investigaciones epidemiológicas tienen el inconveniente de haber sido realizadas mediante la seroaglutinación. En 1938 emprendimos el estudio de esta enfermedad en Uruguay y el programa trazado fue estudiar, en primer lugar, la epidemiología de la infec-*

ción. Hicimos una serie de investigaciones epidemiológicas, que por su número, constituyen las más extensas realizadas en Latino-América.”

Dirigiendo su investigación epidemiológica con el concepto de zoonosis, a los grupos humanos en íntimo contacto con las especies infectadas por brucelosis, emplearon la intradermorreacción de Burnet, considerando que la brucelina preparada en su laboratorio es el mejor antígeno cuando se es escrupuloso en la preparación. *“Ha sido de capital importancia la estandarización de estos antígenos, de acuerdo con técnicas emanadas del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. El uso de antígenos así preparados permite relacionar y homologar resultados provenientes de diferente medio. Se empezó por estudiar los obreros de la industria de la carne, que en el momento en que se iniciaron las investigaciones ocupaban, en épocas de zafra, cerca de 20.000 hombres, llegando a faenar un millón de cabezas anuales.”*

Seguidamente expone los resultados hallados en los frigoríficos:

“En el Frigorífico Nacional, el 19% de los investigados, dieron resultados positivos; en el Artigas, el 15,47%; en el Swift, el 8,56%; en el Anglo, el 15,30%. Los índices de infección siempre son mayores dentro de las secciones que trabajan con carne cruda o con animales recién faenados, decreciendo progresivamente a medida que la carne es sometida a procesos de conservación.

Dentro del personal de las plantas de pasteurización de la leche Conaprole, se encontró un índice de 27,52%.

Con el fin de conocer la epidemiología de grupos humanos sin riesgo de contaminación profesional, se examinó en el año 1942 a 2.690 habitantes de la población de Juan Lacaze, de los cuales 1.460 eran hombres y 1.230 mujeres, encontrándose un índice de infección total de 1,04%; 1,43% y 0,56% respectivamente, de hombres y mujeres. En 1945, se volvió a repetir esta investigación en idénticas condiciones, examinando a 2.418 personas: 1.338 hombres y 1.080 mujeres. El índice global de infección fue de 2,11%, correspondiendo a los hombres 2,98% y a las mujeres 1,12%.

En el verano de 1950 se planeó una investigación que tenía por finalidad conocer el índice de infección del Depto. de Canelones, en donde la industria lechera tiene gran incremento. El propósito era, además, efectuar un estudio comparativo de las diferentes reacciones biológicas empleadas para el diagnóstico de la brucelosis, en investigaciones epidemiológicas. Contaba dicho departamento en ese momento con 500 establecimientos dedicados a la producción de leche,

con un total de 25.000 vacas.” Seguidamente detalla cómo procedieron en los exámenes, diferenciando las poblaciones expuestas de las no expuestas y los resultados de las intradermorreacciones, así como de la práctica del índice opsonocitofágico. Entre el grupo de los expuestos a “riesgo de contaminación: tamberos, carniceros, obreros de la industria de la leche, personas ocupadas en labores de campo, etc. El número de investigados fue de 2.390 personas de las que 250 dieron resultados positivos, siendo, pues el índice de este grupo de 10,88%.”

“En los primeros meses del año 1952 se realizó en el Dpto. de Salto una investigación similar. Se examinaron 2.710 personas, empleando el antígeno brucelina tipo Burnet. De ellas 297 resultaron positivas, lo que implica un índice de infección de 10,96%.”

“El total de investigados se agrupó en dos clases según las personas ejerciesen o no profesiones que tenían riesgo de infección. En la clase con riesgo, se encontró un índice de infección de 21,78%. En la sin riesgo, el índice de infección fue 0%.”

“De este conjunto de investigaciones epidemiológicas se sacó como conclusión: la población uruguaya tiene un índice de infección bajo en relación con el de la infección animal, lo que se explica por costumbres particulares de nuestro pueblo, tales como no ingerir leche sin hervir o pasteurizar, etc., y especialmente porque la especie de brucela infectante, la abortus, es la menos patógena para el hombre.”

“Los altos índices de infección se hallan en grupos humanos que actúan en ambientes contaminados; en Uruguay la infección y la enfermedad tienen carácter casi exclusivamente profesional, por lo que predomina en los adultos del sexo masculino. Los niños tienen bajo índice de infección y nula morbilidad.”

Respecto a la morbilidad, expresa que: *“No se podría decir qué relación existe entre el número de infectados y el número de enfermos. Sólo diremos que hay una enorme discrepancia entre ambos estados, debido especialmente a la poca patogenicidad de la especie abortus. En opinión de algunos parece haberse “humanizado” perdiendo progresivamente su virulencia. En Uruguay es frecuente la infección y rara la enfermedad”*.

Seguidamente detalla la clínica encontrada en sus investigaciones:

“En 20 años se han estudiado en el Centro de la Brucelosis del Banco de Seguros del Estado alrededor de 490 casos de brucelosis. En el 100% la enfermedad tiene un carácter profesional y sólo se observa en los sujetos expuestos al contagio masivo y continuado: obreros de frigorífico, encargados de tambos, los

que intervienen en maniobras para inducir partos o abortos espontáneamente iniciados, veterinarios, laboratoristas, carniceros, etc.”

Distingue Purriel diversas formas clínicas: “*aguda, subaguda, crónica a continuación de la aguda, crónica desde el comienzo, pudiendo observarse en la forma crónica episodios agudos que simulan la forma aguda*”.

“*Forma aguda: No se caracteriza por lo proteiforme de su sintomatología, sino que, la enorme mayoría de las veces, corresponde a un cuadro clínico cuyos síntomas son los siguientes: fiebre de diversos tipos, pero sólo por excepción ondulante; astenia muy marcada, comparable en algunos casos a la que se observa en el amplio cuadro infeccioso del tifo o de la granulía. Sudor intenso, de olor especial, que el enfermo reconoce como insólito, y sudores vespertinos que lo obligan a un cambio continuo de ropa. Apenas iniciado el cuadro, aparece una rica y profusa sintomatología subjetiva: gran astenia y artralgias, por lo general sin exudación sinovial, aun cuando ésta puede observarse. Este cuadro articular es idéntico al que suele verse en las infecciones generalizadas. Los sufrimientos articulares retroceden rápidamente sin dejar secuelas; algunas veces, se constituyen nódulos llamados reumáticos. Algias de diversa localización, cefalalgias intensas de predominio vespertino, lumbartrias, ciatalgias, mialgias casi constantes, que se localizan de preferencia en los músculos de las pantorri-llas. En suma: cuadro febril de diversa intensidad, con astenia física y psíquica acentuada, sudores intensos, algias de localización múltiple, es la historia más frecuente de los brucelóticos uruguayos. En gran número de casos el examen clínico da pocos datos de las localizaciones parenquimatosas. Estas no son frecuentes en la forma aguda, y suelen observarse en la subaguda o crónica.*”

“*Con anterioridad al advenimiento de los antibióticos, la localización más frecuentemente observada en la etapa aguda, era la orquiepididimaria; la espondilitis y en un porcentaje más bajo localización hepatoesplénica, exantema de diferentes tipos, localización del neuro-eje, óseas, hemopatías, etc. Los datos biológicos y bacteriológicos son imprescindibles para el diagnóstico.*”

“*Forma subaguda: Su diagnóstico emana de un concepto cronológico. Se denominan formas subagudas las que presentan la sintomatología después de tres meses de iniciada la enfermedad. Los componentes semiológicos suelen ser los mismos que los de la anterior, con la diferencia que la sintomatología es menos variada y menos intensa, lo que permite que el enfermo siga sin tratamiento hasta su diagnóstico definitivo. Es frecuente que un síntoma predomine sobre los demás, lo que crea confusiones con diversas afecciones.*

Tanto en esta forma como en la anterior, los datos del examen clínico son en extremo pobres. En Uruguay la gran mayoría de las veces dicho examen es negativo. El complejo hepatoesplénico, tan frecuente en los casos de brucelosis caprina y suina, no tiene alteraciones morfológicas en el 90% de nuestros casos. El diagnóstico que se presume por la anamnesis se confirma por las investigaciones biobacteriológicas.”

En cuanto a la Forma crónica, la describe así:

“La forma crónica tiene dos modalidades: la forma aguda que ha llegado a la cronicidad y la crónica desde el comienzo.

En el primer caso, una vez pasada la fase aguda y haber tenido el enfermo la sensación de mejoría evidente, aparecen remisiones caracterizadas por una sintomatología proteiforme, en las que predomina lo subjetivo. Son los cuadros neuróticos, asteniformes, depresivos, con sensación de fiebre, dolores musculares erráticos, algias múltiples de diversa localización, trastornos genitales, sobre todo impotencia, que se proyecta en lo psíquico agravando el cuadro de fondo.

El trastorno genital, muy constante, ha sido estudiado últimamente, ya por biopsia testicular, ya por dosificación hormonal.

En esta forma infinidad de enfermos no precisan bien sus trastornos. Dicen que sufren anímica y físicamente, sin poder determinar de manera precisa la intensidad de sus sufrimientos o la localización de los mismos.

A falta de localización visceral, cosa frecuente, el examen clínico es muy a menudo negativo. Si se une a esto la vaguedad de los datos subjetivos y la parquedad de los cuadros biológicos que hemos de analizar, se llega a la conclusión de que uno de los diagnósticos más difíciles para el internista, es el de la forma crónica de la brucelosis.

Esta dificultad ha llevado a algunos a una posición negativa sobre su existencia, y a otros, hacia una “creación sintomática” para diagnosticarla.

Más clara y de fácil diagnóstico aparece la forma crónica, cuando es matizada de episodios agudos que dependen de infecciones endógenas, que al producir el brote simulan casi por entero la fase aguda en lo clínico y en lo biológico. Hay cierta similitud entre el brote de la forma crónica y la forma aguda.

Las máximas dificultades diagnósticas se encuentran en la forma crónica desde el comienzo, en la cual el sujeto presenta el conjunto de

síntomas subjetivos ya citados, no precedidos por estados agudos y con gran escasez de signos clínicos.”

Se extiende luego el artículo en el *Diagnóstico biológico*, en el *estado agudo*, en la *Brucelosis crónica desde el comienzo*, en las *Localizaciones parenquimatosas*, *Sintomatología*, *Formas radiológicas*, *Diagnóstico*, *Lesiones óseas*, *Localización orquiepididimaria*, *Forma crónica*, *Localizaciones cardiovascular*, *Localizaciones neurológicas*, *Cuadro hematológico*, a lo que suma algunos casos clínicos y un capítulo final sobre *Terapéutica*, señalando especialmente el avance desde la introducción de los antibióticos, ya que con anterioridad, los tratamientos resultaban ineficaces.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS DE LA BRUCELOSIS EN URUGUAY*

PABLO PURRIEL

Profesor de Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

La brucelosis, infección producida por microorganismos del género *Brucella*, que, como se sabe, está compuesto principalmente por las especies *Brucella melitensis*, *Brucella abortus* y *Brucella suis*, constituye una zoonosis, que afecta a los animales domésticos, particularmente el ganado bovino, caprino y porcino, los que son la fuente de infección del hombre.

Como todas las enfermedades de este género, la brucelosis crea un doble problema: el humano, de morbilidad e invalidez, y el ganadero, de ingentes pérdidas económicas.

Las características bacteriológicas de este género, que no interesan aquí, han sido puestas en evidencia en los últimos años. El objeto de este trabajo es simplemente analizar el problema de la brucelosis en Uruguay.†

Problema ganadero

En 1927 Cassamagnaghi verificó el primer caso animal en nuestro país: una vaca afectada de mamitis. Los estudios epidemiológicos efectuados en nuestro medio demuestran que la infección está circunscrita al ganado bovino y que la especie que la causa es la *Brucella abortus*. Múltiples investigaciones llevadas a cabo en suinos, caprinos y ovinos prueban que estas especies están hasta ahora libres de infección brucelar.

* Trabajo presentado en el IV Congreso Interamericano de Brucelosis, 6-8 de octubre de 1957, Lima, Perú.

† En trabajos presentados en el Primer Congreso Nacional de Brucelosis (Montevideo, 1947) y en el Tercer Congreso Panamericano, de Washington, se señalaba la difusión de la brucelosis en el ganado bovino del Uruguay.

En el período de 1950 a 1956 se analizaron 100.253 muestras de sangre, sin discriminación de razas, dando el 4,1% de positivos y 3,1% de dudosos.

En 7.084 hembras de raza de carne, se encontró 5% positivas y 0,5% dudosas. En 29.855 hembras de raza de leche, 9,7% resultaron positivas y 4,5% dudosas.

Estos índices de infección no reflejan la verdadera situación de los ganados del país en cuanto a infección brucelósica, pues los materiales analizados se deben considerar como muestras seleccionadas. La casi totalidad de los análisis son efectuados para dar cumplimiento a los reglamentos de exportación o con motivo de exposiciones, remates o ferias, constituyendo una mínima parte del ganado de los establecimientos de donde proceden.

En el año 1950 se estudió por medio del ABR o prueba del anillo, la leche de 1.200 establecimientos lecheros, de los 1.800 que abastecían a Montevideo en ese entonces. De ello resultó que el 42% de dichos establecimientos tenían brucelosis y el 14% eran dudosos. Se examinó la leche de cada uno de los tarros remitidos mediante la reacción del anillo o Fleischner y un antígeno coloreado con hematoxilina de Delafield. Dicha investigación se hizo en la planta pasteurizadora de leche de la capital y permitió conocer la difusión de la brucelosis en los tambos de la cuenca lechera, pero no la difusión de la misma en los animales de dicha zona.

Nuestra población caprina es muy pequeña, pues según los últimos datos asciende a 18.225 cabras, que parecen estar exentas de infección.

En lo referente a nuestra población suina, compuesta de 284.391 cabezas según datos

CAPÍTULO 5

EL MÉDICO PABLO PURRIEL, JOAQUÍN TORRES-GARCÍA, SU TALLER Y LOS MURALES DEL PABELLÓN MARTIRENÉ. (HOSPITAL SAINT BOIS DE MONTEVIDEO, 1944)

Dr. Augusto Soiza Larrosa⁴³

*Al Maestro Pablo Purriel,
cuya voz y gestos aún tengo presentes.
Y la pasión que ponía en todos sus actos.
El mejor docente que alguna vez tuve.
Una guía en mi vida de médico.*

Resumen

En 1944 el *Pabellón Martirené* (obra de los arquitectos uruguayos Carlos Surraco y Sara Murialdo, 1942) en el Hospital “*Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois*” recibió a un grupo de artistas provenientes de la *Escuela del Sur*, más conocida como *Taller Torres-García*, una academia de artes visuales donde se enseñaba y practicaba la doctrina de su gestor, Joaquín Torres-García (Montevideo, julio 28 de 1874 – agosto 8 de 1949). La presencia de Torres-García y sus

⁴³ Médico Ex Presidente y Miembro de Honor de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina

alumnos en el *Pabellón Martirené* resultó en una obra pictórica mural inédita – la mayor - en América del Sur.

El Pabellón Martirené

La *Colonia de Convalescientes*, luego transformada en *Hospital Colonia Sanatorial Gustavo Saint Bois*, fue creada por la Asistencia Pública Nacional (A.P.N.), el organismo responsable de la asistencia médico-quirúrgica en el Uruguay desde 1911 hasta su reemplazo en 1934 por un Ministerio de Salud Pública. La *Colonia* fue un proyecto del médico José Scoseria (Montevideo, 1861-1946) presentado en junio de 1912 a las autoridades de la A.P.N, de la cual era director general (lo fue desde su creación por ley en 1910 hasta 1915). La A.P.N fue una organización emblemática de la política social de José Batlle y Ordóñez, el líder del partido colorado, dos veces presidente de la República, cuya influencia en la historia del país dio lugar a una verdadera época: “el Uruguay batllista”. Aprobado el proyecto de Scoseria en 1918, se comenzó la obra en 1922 al disponer de proventos, quedando a cargo de arquitectos argentinos. El lugar elegido fueron los terrenos comprados con el legado del financista y hacendado Pedro Gustavo Saint-Bois (Montevideo, 1847 – Niza, 1918), unas 40 hectáreas en la zona de Melilla-Villa Colón.

La *Colonia* fue inaugurada - sus primeros edificios - el **18 de noviembre de 1928** lejos del centro urbano de Montevideo, en el barrio conocido como **Villa Colón**. El **origen de la Colonia** fue descongestionar sus dos mayores hospitales públicos generales. Tanto el *Hospital Maciel* (ex *de Caridad*) como el *Hospital Pasteur* estaban desbordados por enfermos crónicos o con prolongada convalecencia que impedían ocupar camas con pacientes agudos. De ahí el nombre inicial de *Colonia de Convalescientes*, ideado para “completar la cura” de aquellos crónicos. Pero el incremento de la **tuberculosis y el desborde de la capacidad hospitalaria para los infectados** obligó a convertirla en una *Colonia Sanatorial* para enfermos tuberculosos (1934). Aire, sol, reposo, alimento y muy limitada cirugía paliativa era lo que podía ofrecerse a los “bacilares”. Dispuesta en forma pabellonaria, la *Colonia* permitía separar los enfermos por patologías por lo que convivieron crónicos, convalescientes no tuberculosos y tuberculosos, pero separados.



Instaurado el Ministerio de Salud Pública que reemplazó a la A.P.N. (1934), nuevas tendencias en el tratamiento de la tuberculosis y enfermedades broncopulmonares llevaron a crear un centro para tratamiento integral de enfermedades del tórax. Se proyectó una edificación aparte dentro de la *Colonia*: será el *Pabellón Martirené*. Allí, aparte de enfermos tuberculosos se asistirían otras enfermedades torácicas. Se erigió según proyecto (1940) de los arquitectos uruguayos Carlos Surraco (Hospital de Clínicas, 1929) y Sara Murialdo. Dentro de aquel desmesurado hospital todavía ampliándose (hoy rebautizado como *Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois*) se inauguró el 22 de noviembre de 1942 el *Pabellón Martirené* donde se ubicó un centro especializado en enfermedades torácicas médicas y quirúrgicas, el *Instituto del Tórax*, con varios pisos, instalaciones médicas, quirúrgicas y servicios auxiliares de avanzada en su época, con capacidad de 300 camas. Enfermos tuberculosos podían recibir aire y sol en sus amplias terrazas. Cabe recordar que homenajea a *José René Martirené* (Montevideo, 1868 – 1961), primer cirujano de niños uruguayo, formado en Francia, director general de la A.P.N. entre 1915 y 1934 e impulsor de centros hospitalarios en todo el territorio nacional.

El médico Pablo Purriel

En 1944 el SubDirector de ese Instituto y responsable del Servicio de Medicina, el joven y pujante médico, neumotisiólogo y luego profesor director de la Cátedra de Clínica Semiológica de la Facultad de Medicina de Montevideo Pablo Purriel, tuvo una idea sorprendente que gestaría la obra mural en el *Pabellón Martirené*: invitar al pintor Joaquín Torres-García.

¿Quién era Pablo Purriel? Un médico graduado en Uruguay pero nacido en Pamplona, País Vasco, en 1905 (murió en Montevideo en 1975).

Relata el médico Tabaré Fischer, que fue adjunto en el Servicio de Purriel del Hospital de Clínicas y le consideró siempre como su maestro: *“Había llegado de Pamplona con sus tíos y se asentó en el departamento de Soriano, se trasladó de un medio rural a otro similar. Empezó ayudando a su tío en*

una pulpería y gracias a un hermano, que era maître del Hotel España, cursó [estudios médicos] con tanta brillantez que llegó, muy joven, a ser profesor de Clínica Semiológica de la Facultad, en un memorable concurso” [1].

“Poco antes de morir - quien recuerda ahora es otro discípulo, el médico Mario Arcos Pérez - me dio un trabajo de la Organización Panamericana de la Salud, donde se establece lo que debe hacer un profesor de Medicina. Allí está como novedad, lo que hacía años él estaba haciendo por vocación, lo que él sentía. En esa definición que hoy es moderna para los que no estuvieron a





su lado, decía que un profesor de medicina necesita los pacientes como un sociólogo necesita la ecología para enseñar. Debe ser un estudiante de problemas y un director de hombres en el Servicio, debe contribuir al avance científico, estar al día en literatura médica para estar vinculado a la Universidad” [2].

La semblanza de Mario Arcos Pérez muestra a su Maestro identificado con una forma avanzada de ejercer medicina; la invitación al pintor Torres-García estaba en línea con el pensamiento que anidaba en la mente de Purriel: crear *el ambiente necesario al hospital moderno*. Lo confirma en su texto para el folleto de 1944 al inaugurarse la obra mural torresgarciana:

“Pertenece al grupo de médicos que en el balance de la enfermedad valoran en su justo término el estado espiritual del enfermo. Y esto caracteriza en parte, la manera de aplicar la ciencia de curar a los seres humanos... Nada mejor que poner a los enfermos en contacto con las más altas y puras manifestaciones del espíritu humano: la pintura, la música, la literatura. Es por eso que al hacernos cargo de este servicio fue una de nuestras primeras preocupaciones dar un contenido espiritual a la obra asistencial que el Estado ofrece” [3].

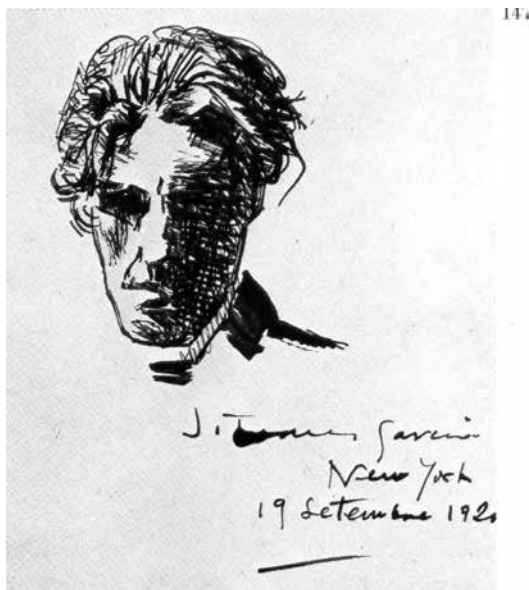
Conocedor profundo Purriel de la psicología de los enfermos, sobre todo en patología crónica como la tuberculosis, de difícil cura, en aquel ambiente de tristeza y desesperanza, procuró proporcionarles

entretenimientos culturales (biblioteca, audiciones de música seleccionada) y en ese plan fue que surgió dar color a las paredes del pabellón para estimular en algo el alicaído espíritu de los enfermos que pasaban las horas, días, meses y años sin el más mínimo toque de vida.

Joaquín Torres-García y su taller. La propuesta

Pablo Purriel, en fecha imprecisa invitó al Maestro Joaquín Torres-García y a sus alumnos a pintar los **treinta y cinco murales** en el Pabellón Martirené.

El taller montevideano había sido fundado por el ensayista y pintor uruguayo Joaquín Torres-García (Montevideo, 1874 – 1949), para difundir su credo artístico, muy mal comprendido y poco aceptado en esa época en su ciudad natal, el *Universalismo Constructivo*. Propuso Purriel al Maestro realizar una serie de murales (no al fresco, sino pintados directamente sobre la mampostería).



¿Conocía Purriel los antecedentes de Torres? Sin duda; el artista tenía obra mural hecha en Barcelona y largo trabajo pictórico y artesanal en varios países de Europa. Purriel fue un amante del arte y un coleccionista, aspectos de su persona poco conocidos. En el reportaje citado al médico Tabaré Fischer, una foto del entrevistado lo muestra al lado de una escultura de apreciable tamaño, que reproduce el *Spinario* (*Niño de la espina*) de época imprecisa (siglo I aC), un bronce que se custodia en el museo del Capitolio, en Roma. Pertenecía a la colección de Purriel y le fue obsequiada por éste a Tabaré Fischer. En su hogar lucían valiosas pinturas, varias de Torres-García. En su despacho del Hospital de Clínicas había colgado un cartel cuya leyenda es todo un símbolo: “*Geometría y Pasión*”. ¿No le es aplicable este juicio a Torres-García?

El contacto de Purriel con Joaquín Torres-García habría sido a través del médico Alfredo M. Cáceres (1900-1970), un conocido psiquiatra y gestor cultural y de su esposa María Esther Correch (1903-1971), también médica pero sobre todo escritora y poeta. Ambos tenían profunda amistad con Torres-García y fueron los primeros impulsores de su retorno al Uruguay y sostén en los primeros tiempos.

Llegó en 1934 muy desalentado a Montevideo desde España, y probablemente con la ayuda económica de Pablo Picasso, después de casi toda una vida en Europa (se fue a la edad de 17 años y retornó tras 43 de ausencia). Pasó a vivir en finca alquilada en la calle Isla de Flores y luego en una hermosa casa de la calle Abayubá, entre Fiol de Pereda y Evaristo Ciganda, barrio del Reducto. Cerca del ex manicomio Nacional (*Hospital Vilardebó*) ¿tal vez conseguida por los Cáceres? En enero de 1943 tuvo que arrendar un local próximo a su casa de la calle Abayubá para recibir al crecido número de alumnos que deseaban estudiar con el Maestro. En 1949 se trasladó a la calle Caramurú 5612, barrio de Punta Gorda, donde morirá.

Formó aquí, luego de un fracaso inicial – que fue la *Asociación de Arte Constructivo* - un grupo de enseñanza doctrinaria, el *Taller de Arte Constructivo*, más conocido como *el Taller Torres-García*.

Entre finales de 1942 y principios de 1943 se realizaron las primeras reuniones del *Taller*. Allí Torres – que morirá en agosto de 1949 a los 75 años - impartirá doctrina y técnica de arte a jóvenes alumnos enseñando una pintura estrictamente planista basada en colores primarios, puros, línea y geometría. La unidad de la obra lograba una *estructura* abstracta, realizada con lo que llamó la “regla áurea”.

La propuesta de Purriel - ¿incentivado por los Cáceres? – vino de perillas a Torres-García. Como afirma Cecilia Bissio de Torres, el Maestro quería asociar el arte constructivo a la arquitectura:

“En 1934, a su llegada a Montevideo 43 años después de haberla dejado a los 17 años, Torres-García anunció que venía <a realizar en la piedra y en el muro lo que ya realicé en la tela> lo que revela su propósito de efectuar un cambio radical: pasar de la pintura de caballete a la pintura mural” [4].

Joaquín Torres-García era ya anciano y no vivía precisamente en la abundancia (a su muerte dejó deudas: por asistencia médica, a la funeraria, la hipoteca de su vivienda) pero aceptó el proyecto, a sabiendas

que sería gratuito, y exponiendo a jóvenes, sus alumnos (incluyendo a sus dos hijos) a un ambiente infeccioso (los artistas fueron radiografiados antes y después de la obra, por el temor a ser contagiados por los enfermos bacilares del pabellón). El taller tendría un espacio de trabajo, saldría al ámbito público lo que no era un asunto menor, y obtendría una publicidad impensada de su doctrina. La comunidad artística montevideana no aceptaba fácilmente su pintura abstracta, incluyendo a críticos académicos como Eduardo Vernazza, desde el periódico *El Día*. ¿No les gustaba esa pintura se dijo Torres-García? ¡Pues la haremos públicamente, y en un hospital!

El Maestro siempre quiso que la obra plástica estuviera integrada a la obra arquitectónica, como bien lo ha destacado el arquitecto César Loustau.

Testimonios de su credo artístico quedaron plasmadas en la impresionante obra en piedra *Monumento Cósmico* (jardín del Museo de Artes Visuales de Montevideo, Parque Rodó) y precisamente los varios murales que existen en Montevideo, siendo los más importantes los pintados en el *Pabellón Martirené*. Destruídos por el fuego, queda como consuelo en Montevideo su mural *La Maternidad* (1944), un fresco para el sanatorio privado del médico ginecólogo Manuel Rodríguez López, basado en un detalle de “*La Edad de Oro de la Humanidad*” (1915) del *Saló Sant Jordi*, de la Diputación de Barcelona, que fue cubierto en 1927.

Se concreta la obra mural

Pablo Purriel propuso al entonces ministro de Salud Pública Cr. Escr. Luis Mattiauda (1890 - 1956) la decoración del pabellón. Aprobada la iniciativa, fue a la casa del Maestro, le habló sobre la idea y Torres-García aceptó. Puso a disposición del taller una ambulancia del Ministerio de Salud Pública para el traslado hacia y desde Colón de los artistas y sus enseres. No se cobrarían expensas ni viáticos; todo se haría “por amor al arte”. Almorzarían en el lugar de trabajo, en lugar reservado y con cocinera propia (recordemos que se trataba de un ambiente de infecciosos), y retornarían a la puesta del sol. Según testimonios el Maestro iba adelante con el chófer y los demás apiñados atrás en “tren de farra”. Así de sencillo se concretó el mayor proyecto monumental y decorativo torresgarciano de América del Sur.

Torres-García seleccionó entre sus discípulos aquellos que le acompañarían en la obra mural del hospital. Sólo les exigió que le presentaran un boceto de inspiración constructiva con los colores primarios. Luego cada uno eligió libremente su tema, y el Maestro, abandonando temporalmente sus murales, bajaba del andamio y se paseaba entre ellos controlando los trabajos, pero sin inmiscuirse en el proyecto en sí.

En 1978, ante el desastre del incendio de Río de Janeiro, el periódico montevideano *El País* (edición del 30 de julio de 1978) publicó el artículo “*Murales del Saint-Bois: De los Santos relata su labor junto a Torres García*”. Se entrevistó al plástico artiguense Daniel de los Santos (1922-1999), ceramista, tapicista, orfebre, discípulo del taller Torres-García desde 1937 en que vino becado a Montevideo con los hermanos Alceu y Edgardo Ribeiro y autor de los murales “Barco” y “El submarino”:

“Até mi vida a lo que el Montevideo provinciano llamaba <el viejo loco> que hacía <cosas raras>, quizás porque no tenía una vara para poder medir apropiadamente la formidable grandeza de su genio.

Corría el año 1944. En ese momento yo vivía en la escuela del taller de Torres, en la calle Abayubá, cerca de la plazoleta Suárez. Torres vivía con su familia en una casa por medio del taller. El taller era una casona grande y como Torres necesitaba alguien que la cuidara, pasé con mi familia a ocupar la parte del fondo.

Como la mayoría de nosotros éramos unos pobres pintores, hacíamos nuestros propios pinceles y pintábamos con pasta, porque no nos alcanzaba para comprar óleo. Pedroza, el cuadrero, nos ayudaba con pinturas, cartones e incluso nos enmarcaba.

Un día de 1944 Torres le comunicó a un grupo de sus alumnos que tienen 27 murales para hacer en el sector B de la Sala Martirené [sic] del Hospital Saint-Bois. La historia comenzó el día en que el Dr. Pablo Purriel, director del Saint-Bois [sic] vino a la casa de Torres y le hizo el ofrecimiento.

Nos iban a buscar en una ambulancia de Salud Pública y regresábamos en ella. Salíamos de mañana temprano, almorzábamos en el hospital y volvíamos cuando la declinación del sol impedía seguir con el trabajo. Partíamos del taller de Torres, volvíamos de noche y almorzábamos en el Saint-Bois donde teníamos un lugar especial para comer y cocinera y utensilios propios, dado que era un hospital de bacilares.

No cobró nadie nada, desde luego. Pintamos un mural entero cada alumno. Estábamos todos en diferentes lugares. A mí me tocó pintar en uno de los comedores. Es una naturaleza muerta [sic, en los hechos pintó dos de tema marítimo].

Primero hicieron unos apuntes y luego los desarrollaron en el propio Saint-Bois. Como eran constructivos debíamos medirlos con el compás. Fueron hechos en el concepto puro del planismo, sin profundidad ninguna. Trabajamos en una sola dimensión. Eran grafismos. Debimos primero alisar las paredes, luego darles una mano de aceite, tiza y cola, y luego pintamos con pasta. Finalmente le dimos una mano de barniz. Temerosos del futuro de la obra le preguntamos a Torres qué pasaría con esos murales. <Si la pintura es buena se salva sola> nos dijo el Maestro. Y como en todas sus cosas también tenía razón”.

El Maestro y sus diecinueve discípulos, cargando latas de esmalte común al aceite proporcionado (gratuitamente también) por la empresa INCA entraron al pabellón. Nos imaginamos el recibimiento de los enfermos, médicos y personal auxiliar a la troupe de jóvenes que invadieron rápidamente los pisos del edificio, eligiendo cada uno la pared más a propósito para plasmar el boceto de su mural. Los colores primarios rojo, azul y amarillo con el negro y el blanco fueron los utilizados; puros, sin mezclarlos. Se pintó sobre la pared directamente, previamente preparada con una “imprimación”. Si bien se ha hablado de “paredes sin preparar”, el testimonio de uno de los artistas (Daniel de los Santos, 1978) revela que algunos lo hicieron: *“debimos primero alisar las paredes; luego darle una mano de aceite [de lino], tiza y cola; finalmente [terminado el mural] le dimos una mano de barniz”*. Tiza y cola era la base imprimadora que utilizaban los viejos pintores de obra sobre los muros vírgenes, pero tenía un inconveniente: la tiza utilizada absorbe humedad y con los años se desprende; de tal forma algunos murales sufrieron fisuras y despegamientos. Se pintó no importando si había una viga de hormigón o sólo tabique. Ninguno pensó que la historia iba a rescatar su obra. Dudaban de la permanencia de los murales. Pero les dijo el Maestro, *“si la pintura es buena, se salva sola”*. Aun así fue una tarea complicada años más tarde para su rescate. La base original de algunas paredes sin preparar afectó parcialmente al mural cuando éste se pintó en dos zonas diferentes del revestimiento. Todos los murales fueron planos, sin perspectiva, “en primera dimensión”, geométricos como lo enseñaba Torres-García, con la simbología propia

del constructivismo, y con los colores primarios. Esto dio a la obra una singular homogeneidad dentro de la diversidad temática, que es uno de los aspectos más destacables de aquella empresa artística, y que aún hoy es tema de discusión en cuanto a preservar y exhibir los murales rescatados todos juntos, sin dispersión.

La historia de la idea, el proyecto, la ejecución y la repercusión de la obra mural que ocupó más de cien metros cuadrados fue tratada – increíblemente - muchos años después en libro por María Laura Bulanti, el primero que se ocupó íntegra y extensamente del tema a *70 años de aquella magnífica tarea*. Incluyó el testimonio de varios de los alumnos del taller que participaron de la obra, lo que le dio al texto de divulgación la calidad de un documento. [5]

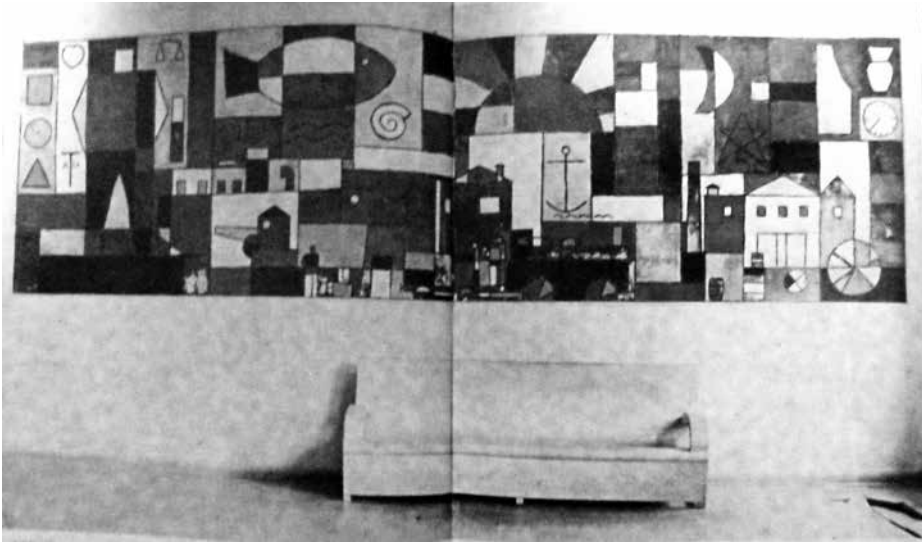
Es sorprendente que en su tierra natal, el artista mayor que ha dado el Uruguay (¿más catalán que oriental?), conocido y justipreciado hoy en todo el mundo, un doctrino, ensayista y creador de una teoría de la expresión artística, el *constructivismo que desdeña la perspectiva, utiliza sólo los colores primarios y ordena los temas en un adecuado equilibrio, sin sombras, en un planismo total*, no hubiera despertado sino años después un interés contundente por esa obra mural. Obra hoy lamentablemente amputada por la pérdida de los murales del Maestro en el incendio ocurrido en Río de Janeiro.

Los murales

Fueron pintados 35 *murales* en las cuatro plantas del *Pabellón Martirén*. Siete por Joaquín Torres-García, los restantes por sus alumnos. Comenzó la obra el 29 de mayo de 1944 y finalizó el 29 de julio, inaugurándose con la presencia del ministro de Salud Pública Luis Mattiauda y el impulsor doctor Pablo Purriel. Presenciaban los funcionarios del hospital y por supuesto los enfermos. Hubo también invitados y críticos de arte, entre ellos Guido Castillo quien afirmó “*entrar a la sala que contiene el mural (de Torres) es entrar a un mundo nuevo, extraño y a la vez simple donde se une la pasión al intelecto*”. Para el evento se editó un folleto [3].

Los murales fueron:

Ciudad, de Daymán Antúnez
Herramientas, de Héctor Ragni



- El jardín*, de Juan Pardo
Barco, de Daniel de los Santos
Hombre, de Horacio Torres
Composición, de Julio Alpuy
Ciudad, de Julio Alpuy
Almuerzo, de Augusto Torres
Ferrocarril, de Augusto Torres
Hombre, de Horacio Torres
El barco, de Horacio Torres
Café, de Gonzalo Fonseca
Ciudad, de Gonzalo Fonseca
El transporte, de Andrés Moskovich
Ciudad, de Alceu Ribeiro
Locomotora, de Manuel Pailós
Submarino, de Daniel de los Santos
El circo, de Josefina Canel
La escuela, de María Celia Rovira
Herramientas, de Julián Luis San Vicente
Composición, de Julián Luis San Vicente
La música, de María Helena García Brunell
La música, de Luis Gentieu
Casa, de Sergio de Castro
Mar, de Sergio de Castro

La escuela, de Esther Barrios de Martín

Utensilios, de Teresa Olascuaga

La ciencia, de Teresa Olascuaga (único mural de tema vinculable a la medicina)

El tambo, de Elsa Andrada

Los siete murales que pintó el Maestro y que luego se retiraron, destruyéndose en Río de Janeiro:

El Sol (hay fotografía antes de ser desprendido y transferido a la tela)

El Pez

Locomotora Blanca

Pacha Mama

El Tranvía

Pax In Lucem

Forma

Y ahí quedaron los 35 los murales del Maestro y sus alumnos. Presentes pero olvidados.

Destino de los murales. Destrucción por el fuego

En la década de 1950 la Colonia Sanatorial pasó a llamarse *Hospital-Sanatorio*, convirtiéndose en un centro de referencia fisiológica nacional, regional e internacional. Pero a partir de la aparición de los antibióticos efectivos contra el **bacilo de la tuberculosis**, la enfermedad comenzó a descender progresivamente despoblado de pacientes internados.

El estado de la obra mural, en un hospital casi despoblado despertó la atención de los entendidos *pero veinte años después de plasmados*. María Luisa Torrens, crítica de arte del periódico montevideano “*El País*” decía en 1963, “*hemos visto en el Saint Bois algunos murales cubiertos en una extensión de medio metro de alto por algún extenso fichero, o alguna estructura de hierro interponiéndose a la contemplación*”. Alicia Haber, crítica y ensayista de arte, y también los integrantes de la *Fundación Torres García* Eduardo Irisarry y Joaquín Ragni en el periódico “*El País*” o el semanario “*Marcha*” reclamaron el rescate de los murales.

La apreciación de la obra de Torres-García en el mundo comercial del arte debe haber influenciado. ¿Qué era de la vida de *unos murales torresgarcianos pintados en un hospital para tuberculosos de Montevideo*? Era evidente que el soporte sobre el que habían sido pintados no brindaba seguridad de perpetuidad, como lo destacaban los críticos de arte citados. Es de justicia recordar que siendo Ministro de Instrucción Pública don Juan Pivel Devoto, promovió la sanción de un decreto por el que se encomendaba a la *Fundación Torres García* la limpieza y restauración de los murales (no el rescate), destinando algunos miles de pesos del presupuesto nacional. El trabajo de limpieza al parecer se cumplió y fue realizado por Augusto y Horacio Torres, hijos del Maestro y autores ellos mismos.

Pero cuando las aguas de la crítica cambiaron de cauce, cuando el Maestro fue reconocido y su obra se hizo económicamente redituable *sus siete murales fueron desprendidos, dejando in situ los de sus alumnos*. Ha sido Cecilia Bissio de Torres, esposa de Horacio Torres Piña, hijo de don Joaquín y Manolita Piña, quien brindó interesante testimonio en 1998 [6].

Dice Cecilia Bissio de Torres: “*Hacia 1970, el arquitecto Ernesto Leborgne – estrechamente vinculado al Taller Torres García y presidente de la Fundación- y el doctor Pablo Purriel comenzaron a llamar la atención sobre el terrible estado en que estaban las pinturas y entonces se habló de sacar los de Torres-García como una primera medida. Se logró entonces con enorme sacrificio personal, no sólo del arquitecto Leborgne y del doctor Purriel, sino también de la familia, ya que fue un proyecto totalmente familiar* [el Estado se despreocupó]. *Se juntaron fondos de donde se pudieron pagar los honorarios del Sr. Carlos Giaudrone [restaurador] y los materiales más necesarios*”.

Fue una operación compleja pero los murales pasaron de la pared a una tela. Así se convirtieron en piezas de gran porte pero portátiles. Desprendidos con éxito y montados en bastidores, fueron exhibidos en el *Museo Nacional de Artes Visuales* de Montevideo, dirigido entonces por Angel Kalenberg, en 1974, año del centenario de nacimiento de Joaquín Torres-García y antes de viajar a París al año siguiente.

Estos siete murales se destruyeron cuatro años después en el incendio del *Museo de Arte Moderno* de Río de Janeiro el 8 de julio de 1978, donde habían sido enviados por Uruguay formando parte de 73 obras torresgarcianas (todas destruidas) para ser expuestas en la muestra

colectiva “*América Latina. Geometría sensible*”. Obras del “período constructivo” de Torres-García, el más representativo de su larga carrera. Y venían de haber sido expuestas en 1975 en la muestra-homenaje que la ciudad de París le dedicó en el *Museo de Arte Moderno* luego de la cual permanecieron en sus depósitos por tres años hasta la exposición de Río de Janeiro. Ha sido el desastre mayor en obras de arte desde la segunda guerra mundial pues se quemó el acervo total del museo brasileño, calculado en no menos de mil obras.

Sólo quedan de esos siete murales y algunas obras del Maestro, fotografías y el homenaje en libro que la *Fundación* publicó en 1981 bajo el título “*Torres García. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro*” [7].

Como ironía del destino, restos calcinados de aquellas obras fueron encontrados años después, en el 2007 y por casualidad en un cajón remitido en la época del desastre desde Río de Janeiro al *Museo Nacional de Artes Visuales*. Fueron expuestos en el Día del Patrimonio del 6 y 7 de octubre de 2007. Los fragmentos de las obras consumidas por fuego y remitidos correspondían a los murales *Locomotora Blanca*, *Pacha Mama*, *Pax In Lucem* y a tres óleos.

La historia de los murales supervivientes

Esa historia ha sido muy bien reseñada por María Laura Bulanti, en su libro citado y recientemente (2017) por Alejandra Gutiérrez, Juan Gil, Luis Blau y Mario Núñez en “*Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana*” [8].

Junto con aquellos siete murales, se rescataron tres más, *Composición* de Gonzalo Fonseca, *Ciudad* de Julio Alpuy y *Composición* de Augusto Torres, que permanecieron en Montevideo en la Facultad de Arquitectura los dos primeros, y en el taller de restauración del Ministerio de Educación y Cultura el último. Se dejó para más adelante continuar con el rescate.

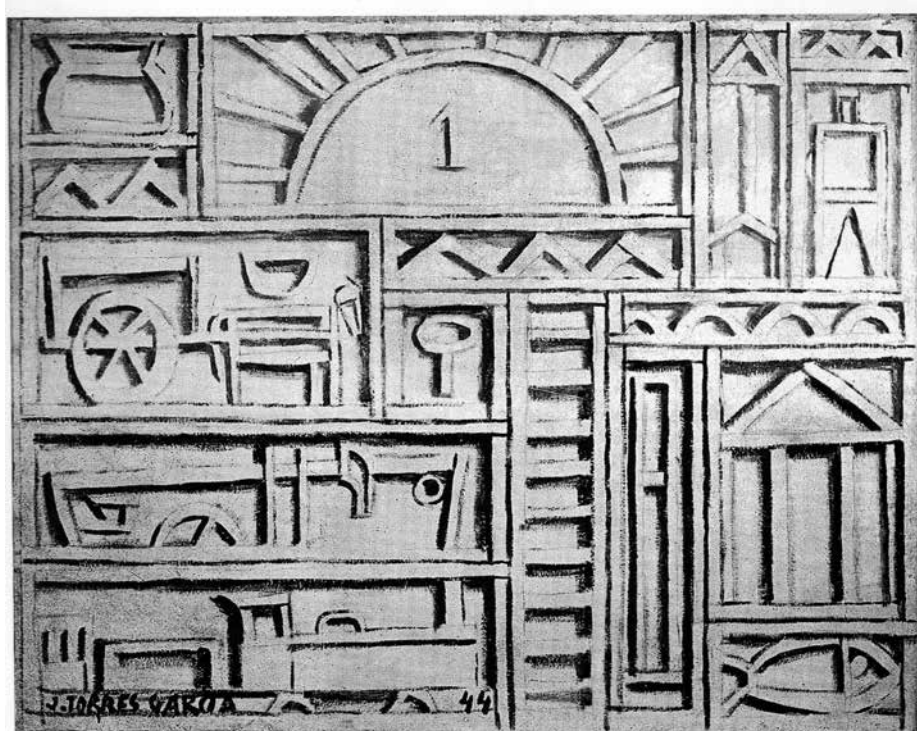
Iniciativas privadas motivaron el desprendimiento de más murales. En 1987 Cecilia Bissio de Torres pagó para retirar y restaurar *Composición* de su fallecido esposo Horacio Torres (estaba en la planta baja del pabellón, 1,90 x 4,80 m) antes de que se tirara abajo la pared que lo

albergaba. Quedó bajo su custodia, autorizado por el propietario de los murales, el Ministerio de Salud Pública hasta ser expuesto.

El retiro de todos los murales que sobrevivían en el pabellón comenzó con el informe de Ruben Barra, que dirigía el taller de restauración de la *Comisión del Patrimonio Artístico y Cultural de la Nación*, dependiente del Ministerio de Educación y Cultura, agregado a la nota que también firmaron el ingeniero Eduardo Irisarry (del *Museo Torres García*) y el contador Joaquín Ragni destinada al presidente de la Comisión, arquitecto José Luis Livni sobre el estado de deterioro y riesgo de perderse los murales. Concretamente dice Barra en su informe “*algunos se encontraban en lugares que en ese momento se usaban como laboratorio o como cocinas; algunos estaban casi perdidos, tenían humedad, estaban invadidos por hongos, sufrían ya desprendimientos*”. Luis Livni acompañó ese informe del restaurador como exposición de motivos al pedir al Poder Ejecutivo considerar a los murales como patrimonio histórico. Fueron declarados Patrimonio Cultural de la Nación por Resolución del Ministerio respectivo el 4 de noviembre de 1996 bajo gobierno del doctor Julio María Sanguinetti.

Así en 1997 comenzó el desprendimiento del mural *Café* de Gonzalo Fonseca (183 x 132 cm), el último de éste que quedaba en la pared de la farmacia, luego de un acuerdo con el restaurador mexicano Sergio Montero, convocado por el propio Ramón Barra, su discípulo en 1973. Fue el décimo segundo mural rescatado, merced al convenio entre México y Uruguay. Se encuentra en calidad de préstamo en el *Museo Torres García*.

El mismo año 1997, una *Fundación Amigos del Patrimonio*, comenzada en el escritorio del rematador Horacio Castells impulsó el desprendimiento del resto de los murales. Componían esa *Comisión*, justicia es nombrarlos, Horacio Castells, María Laura Bulanti, Cristina Giuria, Margarita de Arteaga, Samuel Birnfeld y Juan Ignacio Risso (de la *Librería Anticuaria Americana Linardi y Risso*). En semanas, y acicateados por el interés de Cecilia Bissio de Torres por el estado de los murales, hicieron la primera de muchas visitas al *Pabellón Martirené* guiados por Gustavo Serra, alumno de Augusto Torres. Los murales estaban en deplorable estado: manchados por la humedad, descascarados, salpicados y perforados por perchas, caso del mural *Herramientas* de Héctor Ragni.



En julio de 1997 la empresa telefónica uruguaya *ANTEL* se involucró en el proyecto incluyendo el montaje de un taller de restauración, ya que la *Comisión del Patrimonio* no tenía disponibilidad de dinero.

El 2 de setiembre de 1997 el presidente de la República Julio María Sanguinetti contestó afirmativamente a la *Fundación* que el Día del Patrimonio siguiente, se firmaría un convenio con el Ministerio de Salud Pública (propietaria de los murales) para que ANTEL y el Ministerio de Educación se hicieran cargo del rescate y la restauración de los 22



murales restantes (más uno de Julio Alpuy descubierto posteriormente). El ente público financiaría (y los expondría en su torre), y la secretaría de Estado aportaría el bagaje técnico. El 12 de setiembre de 1997 se firmó el convenio en el Palacio Taranco. De aquí en adelante se encaminó la preservación del legado artístico del Taller Torres-García a la ciudad de Montevideo.

Los murales – a la fecha – están en la sede de *ANTEL* o guardados en su sede de la ciudad de Canelones, o en préstamo hasta completar su restauración, o en depósito en la *Comisión del Patrimonio Cultural y Artístico de la Nación*. Pero no se han vuelto a reunir. El único mural que se conserva en el *pabellón Martirené* es *Ciudad* de Alceu Ribeiro.

Rescatados y restaurados o en marcha, se abrió la discusión de qué hacer con ellos. Las opiniones han sido variadas. Algunos han criticado su retiro del *Pabellón Martirené*, acotando que luego de desprendidos debían ser exhibidos en el lugar donde se ejecutaron. Otros han propuesto que no se disperse la obra y sea exhibida en su conjunto. Parece ser esta última la propuesta más razonable. Lamentable sería que se fragmentara la obra mural más importante del cono sur americano.

Nuevos murales en el Pabellón Martirené

En mayo de 2014, el *Colectivo Arte en la Escuela* convocó al *II Encuentro de Muralismo de Montevideo* en homenaje a los 70 años de ejecución de los murales torresgarcianos en el Hospital Saint Bois. En un friso del exterior del *Pabellón Martirené* compartido por varios artistas, y a los lados de una de las entradas, volvieron a pintarse murales.

La arquitecta Laura Cesio del Instituto de Historia de la Facultad de Arquitectura de la UDELAR en declaraciones recientes (2018) al periódico montevideano *El Observador* recuerda que “*al caminar por la peatonal Sarandí hacia el puerto, en el cruce con Bacacay, una réplica de la obra que dejó de existir en el incendio de Río de Janeiro es fotografiada por una infinidad de turistas. Su nombre es Pax in lucem y es un homenaje del Museo Torres García y el Paseo Cultural de la Ciudad Vieja al original que se quemó en el año 1978. La nuera de Torres García, Elsa Andrada, ayudó en su realización en el 2000 y puso especial cuidado en el tratamiento de los colores. La reproducción se hizo en base a las fotos del que se perdió por completo y a mayor escala*”.

Anexo documental

Aquí agregamos documentos de la prensa periódica, un conjunto seleccionado de referentes a la espléndida obra mural, la pionera y de mayor significado artístico y patrimonial en América del Sur. Se presenta en forma resumida, con el encabezamiento textual y pretendido orden cronológico de los hechos que narran.

***1915-1916, “Documento exclusivo: las cartas de Torres a Rodó. De maestro a maestro”**

[Transcripción de tres cartas de Joaquín Torres-García a José Enrique Rodó desde Barcelona, fechadas en “Mon Repós”, Tarrasa, la casa de la familia Torres-Piña, fechadas el 1º de diciembre de 1915, 15 de marzo de 1916 y 1º de junio de 1916. Reproducidas en *El País*, suplemento de los domingos, Montevideo, 26 de agosto de 1974. Cabe acotar que el pintor Domingo Laporte, entonces director del Museo Nacional de Bellas Artes en Montevideo descartó enviarle becarios a Barcelona, como Torres le había ofrecido; éste le expresa a Rodó en 1916 su desazón por la incompreensión frente a su obra, la misma que le acechará por sus murales en 1944]

“... creo doblemente bueno su consejo de que el primer paso a dar es el de que me conozcan para luego volver a insistir. De todas maneras voy a luchar sin esperanzas. Creo que me moriré sin realizar mi deseo de hacer algo por mi patria, y ahora le confieso que el obstáculo que lo impedirá, es el que siempre me ha detenido al querer tomar la resolución de volver a ella. Este obstáculo es mi mismo arte que sospecho no será comprendido más que por una exigua minoría. La moderna pintura española e italiana ha formado el criterio artístico de la generalidad de mis compatriotas –según pienso– que es como decir que no tienen criterio de lo que es el verdadero arte. Y ya ve Ud. amigo Rodó, que precisamente por eso habría que trabajar mucho. Pero ¿quién me prestará ayuda material para realizar esta bella obra?

***1963, “Torres García, arte al nivel mundial entre los gigantes de su generación”**

[Artículo sin firma, en: *El País*, Suplemento del 45º Aniversario, Montevideo, 19 de setiembre de 1963. Reproduce el artículo de la crítica de arte uruguaya María Luisa Torrens “Murales constructivos del Saint-Bois,

veinte años después”, que fuera a su vez publicado en *El País*, Montevideo, 24 de junio de 1963. María Luisa Torrens denunció en 1963 el deterioro de los murales (según lo cita Jorge Arteaga, presidente de la Comisión del Patrimonio Nacional en: “Los murales del Hospital Saint-Bois”, *Almanaque del Banco de Seguros del Estado*, Montevideo, 1999, pág.145-151)]

“Una obra gigantesca, los veintisiete murales del Pabellón Martirené de la Colonia Saint Bois [inaugurado en diciembre de 1942], ejecutados hace dos décadas por el Maestro Joaquín Torres García y sus discípulos, no ha escapado a ese destino ineluctable. La temperatura inadecuada y el exceso de frío y humedad determinaron la aparición de un cierto tipo de hongos que ocultan la limpidez y el esplendor de dichas pinturas. Incluso parecería ser que las exigencias impostergables de un sanatorio para bacilares, exigencias de luz y sol abundante y generoso, son contrarias a las especialísimas condiciones requeridas para la perfecta conservación de una obra de arte.

No obstante todo parecería estar en vías de solucionarse... merced a la intervención oportuna del Ministro de Instrucción Pública y Previsión Social profesor Juan Pivel Devoto, por cuya iniciativa se ha aprobado un decreto que encomienda al Taller Torres García los trabajos de limpieza y restauración, destinándose en principio la suma de cuatro mil pesos para contribuir a resguardar ese riquísimo acervo que integra el patrimonio artístico nacional.

Al cumplirse los veinte años de su realización, adquiere tal medida el carácter de un verdadero homenaje a quien no cejó en su afán de explorar en pos de la conquista de un lenguaje genuino americano. El gran pecado original de los países latinoamericanos, en particular de la zona del Río de la Plata ha sido vivir hacia el futuro en un olvido casi neurótico por el pasado. Le cupo al historiador Pivel Devoto la misión de cambiar de signo a nuestro destino de uruguayos en evasión, ocasionando un reencuentro feliz con la tradición y despertando una actitud atenta y respetuosa hacia nuestra historial artístico-cultural.

Viajó diariamente el ya anciano Maestro en una ambulancia de Salud Pública hasta el Pabellón del Saint Bois y allí sobre andamios, durante algo más de un mes y medio trabajó febril y generosamente en forma absolutamente desinteresada, porque para él la pintura era una mística.

Sin embargo esa monumental tarea, apoyada por una minoría, fue objeto de ataques de toda índole. Revisando la prensa de la época [1944] encontramos juicios como los siguientes: uno, firmado por Jac titulado “Mirando vivir” dice:

<El hecho parece ser éste. Se le encargó a Torres García la decoración del Pabellón Martirené del Saint Bois y el artista lo realizó con la colaboración de sus discípulos de acuerdo a las normas de la escuela constructiva por él fundada. *A raíz de estas decoraciones todos los enfermos del citado pabellón se van a agravar.* Las decoraciones de Torres García habrían resultado mucho más peligrosas que los propios bacilos de Koch>

[*Jac* sería el seudónimo *Jack* –ignoro a quien corresponde- y el artículo fue inserto en el periódico *El País* en julio de 1944 (cfr. María L. Bulanti, “El Taller Torres García y los murales del Hospital Saint-Bois”, Montevideo, 2008, pág. 22. Esta autora recogió varios testimonios de la prensa de la época donde se criticaron con crudeza la obra mural. Nota del autor]”

Sigue María Luisa Torrens con otro ejemplo periodístico de la crítica a la obra del taller:

“En el diario El Día con el título <Una decoración fuera de lugar> se establece:

<No se puede poner al enfermo bacilar, en el que son tan características la irritabilidad y una profunda tendencia a la idiosis [sentimiento de perjuicio por otros. Nota del autor] frente a una composición que apele a una actitud mental, a un esfuerzo cerebral ahincado para su posible comprensión, que pueda llegar incluso a transformarse en obsesivo.>” [Artículo sin firma, en *El Diario*, Montevideo, agosto de 1944 (cfr. Bulanti, pág. 23). Nota del autor].

Y finaliza agregando:

“En otro suelto, <La carta de hoy> firmada por Pólux se expresa:

< ¿No hay acaso seres humanos que colocan la meta de la perfecta belleza femenina en la obesidad extrema?, ¿en la más exuberante y repulsiva adiposidad? ¿no los hay que proponen este ideal estético en las deformidades monstruosas de sus miembros y facciones?. Conglomerados sociales existen que se embelesan y caen en éxtasis ante el tañer de instrumentos que emiten ásperos sonos. En cuanto a la pintura constructiva de Torres García no he encontrado allí otra cosa que pescaditos y mujeres con un ojo en medio de la frente, caracoles y macaquitos>.

[*Pólux*, seudónimo del “aficionado plástico” Julio Micoud con el que firmaba caricaturas de conocidos políticos, escritores y artistas uru-

guayos en revistas y periódicos nacionales (cfr: Arturo Scarone, *Diccionario de seudónimos del Uruguay*, 2ª ed, 1942). En el libro-catálogo citado [8], se incluyó a página 73, facsímil de una carta del doctor Pablo Purriel del 20 de junio de 1944, en defensa de la decisión de invitar al taller de JTG para la decoración mural del pabellón bajo su dirección. Nota del autor].

***1974, “Profeta en esta tierra”**

[Artículo sin firma, en: “Torres García”, edición especial de *El País*, Montevideo, setiembre de 1974, comentario sobre la exposición del centenario del nacimiento del artista en el Museo Nacional de Artes Plásticas (hoy Visuales), Parque Rodó, Montevideo, con muestra al público de los siete murales del Maestro rescatados del *Pabellón Martirené*]

“28 de julio [de 1974] a las 7 de la tarde: hay diez mil personas en el Museo Nacional de Artes Plásticas de Montevideo. Lo que convoca a esa multitud es el centenario del nacimiento de Joaquín Torres García... Allí 151 obras colgadas para certificar los esplendores del maestro sirvieron como documento múltiple de su estatura de creador. La retrospectiva del Museo es un acto de demorada justicia.

Felizmente, siete de los murales del Saint-Bois fueron desprendidos de la pared [con recursos propios de la Fundación Torres-García, con intervención del arquitecto Ernesto Leborgne y del restaurador Carlos Giaudrone. Nota del autor], trasladados a tela, montados sobre bastidor e incorporados a la exposición. La iniciativa supone no sólo una mayúscula tarea de rescate, sino un viaje providencial, desde ese recinto hospitalario al que no era fácil llegar y donde el deterioro amenazaba seriamente a las obras, hasta una sala donde por primera vez el grueso de público entrega un reconocimiento directo y asombrado a esas piezas descomunales treinta años después de su realización. Lo que revelan esos murales es el diáfano semblante del estilo torresgarciano, esa traslúcida sencillez de lenguaje, ese poder de cautivación inmediato que emana de sus esquemas”.

***1974, “Torres García en la arquitectura uruguaya”**

[Del arquitecto uruguayo César J. Loustau escrito en el centenario del nacimiento de Joaquín Torres-García para *El País*, suplemento de los domingos, Montevideo, 13 de octubre de 1974. A cincuenta

años de la obra mural en el *pabellón Martirené*, el pensamiento de Torres-García sobre la complementación entre arquitectura y arte plástico es recogido en este ensayo del arquitecto Loustau que, *curiosamente no menciona los murales del Saint-Bois*]

“Es evidente que existe una influencia recíproca entre las tres artes: arquitectura, pintura y escultura... La verdad arquitectónica se constituyó en una virtud esencial desde el doble punto de vista ético y estético a la vez. No más falsas decoraciones ni cargazón en las superficies, desfigurando y ocultando las formas reales... Cuando las tres artes forman un todo armónico, entonces la obra está bien lograda; debe existir entre los artistas plásticos y el arquitecto creador de la envolvente física, una mística común.

La arquitectura moderna exigía como complemento un nuevo arte decorativo, un nuevo arte pictórico que conjugara con su modelado de planos y volúmenes desnudos y francos. Y ese nuevo arte apareció... como no podía ser de otra manera fue el arte abstracto. Y una de sus ramificaciones fue el neoplasticismo que se basó en composiciones geométricas.

En Uruguay se sintió el eco de todo ese proceso nacido en Europa... con un decalage de unos diez años, en la década del treinta. Obras de Rius, De los Campos, Gómez Gavazzo, Scasso, Surraco, Cravotto atestiguan la llegada a nuestras costas de esos nuevos aires.

A comienzos de la década siguiente, o sea del cuarenta, los pioneros uruguayos seguían con interés la labor de los grandes artistas foráneos, en especial la trayectoria de Frank Lloyd Wright, el gran maestro [norte] americano [1867-1959] que vino a demostrar que se podían conciliar las formas nuevas en arquitectura con una decoración ideada con <regla en T y escuadra> de motivos geométricos abstractos.

Esto fue rápidamente asimilado en el Uruguay. Es entonces cuando aparece en escena Joaquín Torres García, de retorno a su patria en 1934.

Naturalmente, la composición de un cuadro [la enseñanza impartida en el taller] según líneas dominantes que subdividen el mismo en formas geométricas elementales (rectángulos, cuadrados, triángulos, círculos) presenta una evidente analogía con los elementos con que debe manejarse un arquitecto. Las mismas leyes gobiernan a ambas y no es de extrañar por tanto que pintores y arquitectos hayan burgado en el tema en pos de establecer normas elementales que aseguraran equilibrio, armonía y corrección en la ordenación de formas.

El Maestro enseñó a componer una trama. El cuadro o el panneau así subdividido admitía la inserción de diversos motivos que resultaban unificados por la trama que los enmarcaba. El establecimiento de la estructura obedece a leyes que también rigen la composición arquitectónica: equilibrio, variedad en la unidad, ritmo, subordinación de las partes al todo, relación armónica entre cada elemento y el conjunto, y entre los diversos elementos entre sí, compensación de formas y colores por su ubicación y/o su tamaño, eludiendo la monotonía. En el taller se enseñaron las reglas básicas que comandan el hecho estético.

Torres en pintura perseguía análogos fines [que Le Corbusier – Charles-Eduard Jeanneret Gris, Suiza 1887-Costa Azul 1965- y sus “medidas armónicas” a partir de la altura a que llega un hombre de estatura normal con la mano levantada: 2m26cm. Nota del autor]: organizar el plano al influjo de un principio rector, en una palabra, arquitecturar la pintura así como el Maestro galo perseguía dotar a la arquitectura de los valores plásticos de la composición pictórica.

El estilo de Torres estaba muy en consonancia con el estilo uruguayo: no es un arte rimbombante ni exuberante como es el caso del arte mexicano sino un dechado de mesura, de orden, de contención. No es pretencioso ni falsamente modesto, sino equilibrado.

Los arquitectos fueron comprendiendo que debían incorporar a sus obras las demás artes plásticas logrando de ser posible unidad estética entre ellas y la envolvente física arquitectónica. Para los arquitectos Torres fue también un maestro, maestro de “estructura”, de simplicidad y de profundidad.

Nada mejor que el propio Torres, quien en su voluminoso “Universalismo constructivo” [Buenos Aires, Editorial Poseidón, 1944, 150 conferencias entre 1934-1943 con 253 dibujos del autor. Nota del autor] define su posición estética con respecto a la arquitectura: <El problema de la decoración mural forma cuerpo en unidad perfecta con la arquitectura... la moderna arquitectura está estrechamente vinculada con estas nuevas tendencias [cubismo, neoplasticismo, constructivismo]... con el arte decorativo que es el arte geométrico>”.

***1978, “Trágico golpe para el arte”**

[Artículo firmado por E.V. (Eduardo Vernazza) para el suplemento en huecograbado de *El Día*, Montevideo, domingo 23 de julio de 1978, pág. 3, a propósito de los siete murales destruidos en el incendio del

Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro el 8 de julio de 1978 y reproducidos en esta edición. Eduardo Vernazza fue uno de los plásticos que en su momento censuró la obra de Joaquín Torres-García]

“Joaquín Torres García, a pesar de esta gran pérdida, sigue siendo el pintor que fuera. Y si aquella magnífica colección que reunía lo más granado de su pintura [73 obras de su período constructivo fueron destruidas. Nota del autor] en obras que la destrucción hará que nunca más vuelvan a ser admiradas, su personalidad perdura entre los artistas plásticos que más produjo en su larga vida de experimentador, de docente y de director de una mística filosófica que se adentró a sus discípulos con honda repercusión nacional”

El Día al ofrecer a sus lectores parte de las pinturas y la totalidad de los murales siniestrados, fotografiados en Montevideo, rinde homenaje al artista...”

***1981, “Lamentar el bien perdido...”**

[Artículo firmado por Roberto de Espada sobre la edición del libro-catálogo “Torres-García. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro”, Montevideo, Fundación Torres-García, 1981, 107 págs, con reproducción de las 73 obras perdidas; en: *La Semana de El Día*, Montevideo, sábado 29 de mayo de 1982, pág. 18]

“La Fundación Torres-García de Montevideo, acaba de editar un hermoso libro en el que se reproduce la totalidad de las obras destruidas. No puede evitarse un estremecimiento al contemplar las imágenes de tantas obras cuyas texturas, grafismos, matices son ya definitivo expolio de la confluencia de diversas circunstancias nefastas.

Mucho dice este libro entrelíneas sobre las responsabilidades extranjeras y nacionales respecto a la adecuación o creación de una legislatura que regule y proteja la obra de arte que reside en el país, así como los mecanismos que deberán instrumentarse cuando las mismas viajen al exterior”.

***2014, “A los 90 años Andrés Moskovics restauró obra que creó siete décadas atrás”**

[Entrevista de Eduardo Delgado al pintor Andrés Moskovics, rumano nacido en 1925 arribado a Montevideo con su familia en 1930; pintó el mural “Transporte”, en: *El País*, Montevideo, 07 de agosto de 2014]:

“Moskovics relató que días atrás lo visitó el doctor Juan Gil, del Saint-Bois, le dijo que él es el único que queda y le vengo a proponer que repita el mural o haga uno nuevo. <Cuente conmigo le dije, pero le propuse pintarlo en un bastidor que se pueda separar y luego sí voy a colocarlo, porque no estoy en edad y salud para viajar todos los días>.

Moskovics fue operado de cataratas en el Saint-Bois en el 2010; cuando llegó al hospital vio el mural de Alceu Ribeiro – el único que quedó en el lugar de los 35 pintados en 1944 -. Le llegaron recuerdos y muchos sentimientos al ver los muros vacíos de donde había estado 70 años antes para pintar. <Fue una sensación fea, pero me lo pagaron devolviéndome la vista que había perdido en buena parte. Cuando me sacaron el vendaje y vi mis cuadros me sorprendí de lo colorido que pintaba. Recuperé los colores, esos que el maestro amaba y respetaba>.

Desde el 2007 Moskovics y su esposa Gladys Antúnez intentaron restaurar el mural que pintó en el Saint-Bois y que está en custodia de ANTEL en la sala Lumière que el ente tiene en Canelones. Con el apoyo de la comuna canaria lo pudo hacer en junio pasado. <Fueron siete años de búsqueda, lucha y burocracia para restaurarlo. Hoy nos cuentan que gente que fue a verlo dice que está maravilloso y es lógico, porque estaba muy deteriorado>, agregó su esposa.

Tiene muchos recuerdos de cuando a los 19 años junto a Torres García y otros 18 de sus alumnos pintaron 35 murales en el Saint-Bois. <Nos venían a buscar a media mañana una ambulancia gris grande al taller y nos llevaba al hospital. A las 16:30 nos iba a buscar y nos devolvían al taller; el maestro vivía dos casas más allá>.

Dijo que a los pacientes y funcionarios del hospital <los aplastaba anímicamente ver todo blanco. Seguimos yendo después de pintar y el cambio les hizo bien nos comentaban, los colores de los murales y el pensar en cada cuadro> acotó”.

Con esta entrevista cerramos – por ahora - este itinerario periodístico, iniciado cuando Joaquín Torres García se quejaba a José Enrique Rodó sobre el desinterés de sus compatriotas en cuanto a su arte, desechando el retorno a Uruguay; y finalizado cuando luego de su muerte, ya destruida para siempre su obra mural, se pudo recuperar la obra pintada por sus discípulos en 1944.

Montevideo, diciembre de 2018

Referencias del texto

- [1] Semblanzas. Con el profesor Tabaré Fischer. En: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias105/art22.htm>
- [2] Antonio Turnes, Pablo Purriel. En: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/purriel_pablo.pdf
- [3] VV.AA. *La decoración mural del pabellón Martirené de la Colonia Saint Bois*. Montevideo, Talleres Gráficos Sur, 1944. Índice: “Una decoración mural en la moderna estética realista”, Joaquín Torres-García; “Los grandes murales en un hospital uruguayo”, Esther de Cáceres; “Una feliz realización de moderna decoración mural”, Carmelo de Arzadun; “La obra de Torres García en el hospital Saint Bois”, Alfredo Cáceres; “El ambiente necesario al hospital moderno”, Pablo Purriel; “Las pinturas murales de Joaquín Torres-García y de su escuela de arte constructivo de Montevideo”, Juan R. Menchaca; “Divagaciones sobre arte con motivo de un hecho artístico”, Guido Castillo.
- [4] Cecilia Bissio de Torres, *Murales constructivos uruguayos. El arte para todos*. Conferencia en la inauguración de la exposición Murales Torres-García. Museo Gurvich, Montevideo, 11 de abril de 2007. En: <http://www2.museogurvich.org/museo/actividades/actividades-2007/544-inauguracion-exposicion-murales-ttg?s-howall=&start=1>
- [5] María Laura Bulanti, “El Taller Torres-García y los Murales del Hospital Saint-Bois. Testimonios para su historia”. Montevideo, Linardi y Risso, 2008, 183 p., ilus.
- [6] Cecilia Bissio de Torres, “Medio siglo después. Encuentro con los murales del Saint-Bois”. Conferencia en el Ministerio de Relaciones Exteriores, Montevideo, 25 de mayo de 1998. Incluido en: María L. Bulanti, ob. cit., pág. 151 y ss.
- [7] “TORRES GARCÍA. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Río de Janeiro”. Montevideo, Fundación Torres-García, 1981, 107 p., ilus. Edición numerada de 1000 ejemplares, distribución privada.
- [8] Alejandra Gutiérrez, Juan Gil, Luis Blau, Mario Núñez, *Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana*. Proyecto seleccionado por el Fondo Concursable para la Cultura del Ministerio de Educación y Cultura, Montevideo, Imprenta Martergraf, 2017. 184 págs, ilus. En el reverso de la portadilla: logotipo y leyenda *Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois*.

Créditos de las reproducciones

- 1- Joaquín Torres-García. Autoretrato, dibujo en tinta china, 190 x 150 mm, New York, 1920 (colección privada, reproducido en Enric Jordi, “Torres García”, 2ª ed., Barcelona, Ediciones Polígrafa, 1987, N° 173)
- 2- Dr. Pablo Purriel, St. Mark’s Hospital, Londres, 1955 (Sociedad Uruguaya de Endoscopia Digestiva, “Historia de la endoscopia digestiva en Uruguay”, en: <http://www.sued.com.uy/nosotros/es>)

- 3- Pabellón Martirené, Hospital Saint-Bois de Montevideo, 1944 (“Arquitectura”, Rev. Soc. Arq. Uruguay, Montevideo, 2017: 83, 1947)
- 4-Folleto impreso para la inauguración de la decoración mural del Pabellón Martirené, 1944 (VV.AA., “Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois”, Montevideo, Ministerio Educación y Cultura, 2017, pág. 76-94)
- 5-Joaquín Torres-García, “Decoración mural del Pabellón Martirené, 1944”, en su: “Nueva escuela de arte en Uruguay”, Montevideo, Asociación de Arte Constructivo, 1946.
- 6-Tomado de “Torres-García. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Rio de Janeiro”. Montevideo, Fundación Torres-García, 1981, pág. 22-23.
- 7- Tomado de “Torres-García. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Rio de Janeiro”. Montevideo, Fundación Torres-García, 1981, pág. 26-27.
- 8- Tomado de “Torres-García. Obras destruidas en el incendio del Museo de Arte Moderno de Rio de Janeiro”. Montevideo, Fundación Torres-García, 1981, pág. 28-29.

Agradecimiento

A mi colega y amigo el doctor Juan Ignacio Gil Pérez, nieto del cirujano y Profesor de Clínica Velarde Pérez Fontana (1897 – 1975), tesorero cultor de la historia de la medicina y activo defensor del patrimonio médico-cultural de los hospitales Maciel y Saint-Bois, por su espléndido y premiado libro *Arte Torresgarciano en el hospital Saint Bois* (Montevideo, 2017).

* * *

ARTE TORRESGARCIANO EN EL HOSPITAL SAINT BOIS

ANTONIO L. TURNES⁴⁴

El libro de reciente aparición titulado ARTE TORRESGARCIANO EN EL HOSPITAL SAINT BOIS, ayer, hoy y mañana, de los autores Alejandra Gutiérrez, Juan Ignacio Gil y Pérez, Luis Blau y Mario Núñez, constituye un relevante aporte a un aspecto particular de la relación de Arte y Medicina.

Los autores son Alejandra Gutiérrez, que es profesora y artista plástica; Juan Ignacio Gil y Pérez, a quien todos conocemos, destacado miembro de nuestra Sociedad, Luis Blau Lima, que se ocupó del libro-catálogo, y Mario Núñez Arrúa, que se hizo cargo de la fotografía y el diseño gráfico. Un auténtico equipo.

La edición, prolijamente diseñada, es un volumen de 17 x 24 cm, 184 páginas, en papel ilustración, con tapa dura, que contiene numerosas imágenes de los murales sobrevivientes del Hospital Saint Bois, que actualmente se exhiben en la Torre de las Comunicaciones de ANTEL, y también de diversas obras exhibidas como parte de esta recreación del arte en el mencionado Hospital.

Por lo que nos atañe, nuestro querido amigo Juan Ignacio Gil y Pérez se ha venido ocupando en los últimos años, como historiador del Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois”, nuevo nombre para la antigua Colonia Sanatorial, producto de la donación de ese filántropo oriental que fue a morir a Francia. Ese hospital, que fue construido por la Asistencia Pública Nacional a partir de 1922, en tiempos de José René Martirené, y el pabellón que lleva el nombre del fundador, de construcción más reciente en 1941, obra del Arq. Carlos Surraco y la Arq. Sara Murialdo. Surraco, el mismo que realizó proyecto y dirección de la gran obra del Hospital de Clínicas, y de la Policlínica del Hospital Pereira Rossell, entre muchas obras emblemáticas.

La relación de Arte y Medicina viene de larga data, y hubo médicos eminentes, a lo largo de la historia, que recomendaron para la sanación o la consolación de los pacientes el escuchar música o contemplar hermosas obras, incluyendo los juegos de agua de las fuentes y la belleza de los paisajes.

44 Comentario en la Sesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, 3.4.2018.

Entre nosotros, el Maestro Pablo Purriel fue el inspirador intelectual de esta magna obra, que convocó en 1944 la generosa disposición del Maestro Joaquín Torres García y los alumnos de su Taller, incluidos sus hijos Augusto y Horacio, para acometer la pintura de 27 murales en las paredes del pabellón Martirené.

En las palabras de Purriel:

“Pertenece al grupo de médicos que en el balance de la enfermedad valoran en su justo término el estado espiritual del enfermo. Y esto caracteriza, en parte, la manera de aplicar la ciencia de curar a los seres humanos.

Es la tuberculosis una enfermedad de larga evolución, de porvenir incierto, en la que los estados de angustia y desesperación se presentan con inusitada frecuencia. La psicología de estos enfermos es profundamente modificada por la intensa preocupación que origina la enfermedad, a la que se suma el grave problema social que generalmente ellos tienen.

Es necesario desviar su atención, creando entretenimientos adecuados, que a su vez sirven de incentivo a la formación de una cultura que cree nuevos horizontes y renovadas esperanzas para el futuro. Es preciso crear nuevos refugios espirituales a estas almas atormentadas.

Nada mejor para ello que poner a estos seres en contacto con la más alta y pura manifestación del espíritu humano: la Pintura, la Música, la Literatura.

Es por esto que al hacernos cargo de este Servicio, fue una de nuestras primeras preocupaciones dar un contenido espiritual a la obra asistencial que el Estado ofrece.

Tuvimos la suerte de encontrarnos con un hombre de excepción – Don Joaquín Torres García – que en noble gesto altruista puso en forma desinteresada su Arte y el de sus discípulos a nuestra disposición, para dar color, intensidad y vida a estas paredes hasta ayer frías e inhospitalarias.

Otros delicados espíritus han tenido a su cargo la organización de una Biblioteca para proporcionar lecturas apropiadas y se estudia la posibilidad de ofrecer audiciones de música seleccionada.

Una honda satisfacción nos han producido estas realizaciones. Una vez más hemos ofrecido a nuestros asilados, lo que en situación similar hubiéramos deseado para nosotros mismos.”

Joaquín Torres García (1874-1949) nació en Montevideo, frente a la Plaza de las Carretas, llamada también Plaza de Frutos de la Aguada, en las inmediaciones de lo que sería luego el predio donde se levantaría desde 1904 el nuevo edificio de nuestra Facultad de Medicina. Luego de vivir por décadas en Mataró, cerca de Barcelona y realizar la mayor parte de su obra en aquellas tierras europeas, habiendo recorrido Italia (particularmente Italia, donde residió en Fiesole, cercana a Florencia), París y en Nueva York, retornó a Montevideo en 1934, realizando aquí su Taller, donde dejó Escuela, y escribiendo varios de sus libros más importantes, especialmente el denominado Universalismo Constructivo, que dio marco a la filosofía del Maestro.

El año 1944 podría ser considerado el gran momento del Maestro JTG para consagrar su obra de acuerdo a su filosofía, expresándose a través de *La Tradición del Hombre Abstracto*, en una pintura planista y de carácter simbólico, que hizo uso de los colores básicos.

Ese año fue el que el Prof. Manuel Rodríguez López, le pidió diseñar un mural para su Sanatorio Obstétrico en construcción, que reprodujo una escena que en la segunda década del siglo había pintado para la Generalitat de Catalunya, con la que se decoró la entrada a la Cámara de Diputados.

La obra del Saint Bois, una expresión colectiva del Taller, consta de 27 murales, grandes obras dentro de los temas más variados.

Los que pintó el propio Maestro, fueron llevados a una exposición en París, y a su retorno, se perdieron en un incendio en Río de Janeiro.

Por un afortunado convenio entre el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y Cultura y ANTEL, los murales sobrevivientes fueron extraídos de los muros del Hospital y luego de su restauración, instalados en la Torre de las Comunicaciones, proyecto del Arq. Carlos Ott, que renovaría el perfil de la Aguada en Montevideo.

El libro es de una riqueza tal que no solo reproduce los murales extraídos, y da una visión de alguno de los destruidos, sino que reproduce facsimilarmente el folleto publicado en ocasión de la inauguración de los murales, con una rica colección de escritos del propio JTG, Esther de Cáceres y su esposo el Dr. Alfredo Cáceres, Carmelo de Arzadún, Pablo Purriel, Guido Castillo y el Arq. Juan Menchaca.

Constituye un rico testimonio de la confluencia de Arte y Medicina, poniendo en valor el bienestar bio-psico-social del paciente tuberculoso, en tiempos de grandes mutaciones en el tratamiento de estos pacientes.

Sinceras felicitaciones a nuestro consocio y a los demás autores. Una obra digna de conocerse y difundirse.



Pabellón "Dr. José R. Martirén" del Hospital Saint Bois, donde funcionó el Instituto del Tórax

CAPÍTULO 6

LA EVOCACIÓN DE JUAN JORGE RAVERA

Ha escrito Juan Jorge Ravera⁴⁵ al trazar una semblanza de su maestro:

Dejaremos para los biógrafos la obra de enumerar cronológica y escurpulosamente los datos de la vida de este hombre. Es una tarea imprescindible y otros deben hacerla.

Yo simplemente voy a escribir una semblanza de Pablo Purriel que, ustedes verán, está cargada de subjetividad. No esperen orden en ella, porque la figura de mi querido maestro es tan enorme y polifacética que no me siento capaz de encasillarla: por momentos tumultuoso, apasionado siempre, chisporrotean-



Juan Jorge Ravera Cametti (1920-2015)

45 Ravera, Juan Jorge: Pablo Purriel (1905-1975). En *Médicos Uruguayos Ejemplares*, Tomo I, pp. 181-184. Horacio Gutiérrez Blanco, Editor, La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 1988.

te, bravío y afectuoso, serio y jocos, ensimismado o explosivo, era Purriel un hombre siempre nuevo, profundamente carismático.

Había nacido en Pamplona, vasco pues de la provincia de Navarra, y de muy niño vino a Santa Catalina en cuyo pueblito transcurrieron sus años infantiles, años de humildad y sencilla pobreza que recordaba siempre con calidez y nostalgia del terruño. La Escuela Primera [primaria] de Santa Catalina está esperando aún de las autoridades gubernamentales que la engalanen con su nombre, puesto que en ella nació el afán de saber de quien todo lo dio por enseñar a los demás. En esos años el padre de Purriel desempeñaba el cargo de Jefe de la Estación de ferrocarril, y Pablo aprendió telegrafía con toda la seriedad de sus pocos años para colaborar con su progenitor.⁴⁶ Las brillantes condiciones que se iban manifestando en el chico fueron alentadas por su tío [sic] Dn. Antonio, famoso chef del Hotel España que lo alimentó y orientó en sus años de estudiante en Montevideo.

He dicho que no voy a detallar su biografía y no lo haré. Quiero trasladarme ahora al momento en que conocí a Purriel, siendo yo interno del Hospital Pasteur. Precedido de una aureola de prestigio auténtico, poco después de su triunfo memorable en uno de los más calificados y reñidos concursos de oposición de nuestra Facultad, desbordante de entusiasmo al ser designado Catedrático de Semiología, lo vimos aparecer en el Hospital Pasteur.

Corría el año 1948, y aun cuando toda su carrera docente se había cumplido en el Maciel, tuvo que desarrollar su primer año de docencia oficial como catedrático en el Pasteur. No teniendo allí servicio propio tuvo que sortear ciertas dificultades, no disponía de amplios anfiteatros, debía utilizar los pacientes internados en las distintas salas del hospital, investigar que era su otra pasión era poco menos que imposible. Allí, con un círculo de colaboradores muy jóvenes dividió en pequeños grupos a los estudiantes en una labor de seminario que sus alumnos de entonces, hoy brillantes docentes o afamados profesionales, deben sin duda recordar con emoción. Aprender era la consigna, en las salas, en los patios y corredores, en la escalinata, en el pequeño recinto de las hermanas, se movía Purriel con su simpatía y su dinamismo contagioso. En una oportunidad, para enseñar el reflejo plantar, no teniendo ningún caso disponible, hizo descalfar a uno de sus discípulos y con “seriedad intelectual” aunque entre sonrisas de camaradería le rascó la planta del pie a un hoy distinguido y encumbrado colega, el cual brindó al maestro no solamente el reflejo en flexión, sino que a continuación le fabricó un espléndido signo de Babinski, y con abanico de los dedos.

⁴⁶ Por los datos aportados por sus familiares (Arqs. Nora Pons y Luis Enrique Faget Purriel) en la sesión de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina el 4 de diciembre de 2018, podrá apreciarse que este dato no coincide con la información que procede del ámbito familiar.



Clínica Semiológica, Hospital Maciel (1949). Sentados: Olga Muras, Mario Arcos Pérez, Pablo Purriel, Dora Carlotta, Juan Jorge Ravera y Sra. Winterhalter (Ayudante). De pie: Walter Espasandín y Roberto Masliah (practicantes externos), Héctor Miquelarena (practicante interno), Jorge A. Traibel, Jorge Bouton, Joaquín Purcallas, Jorge Di Lorenzo, Roberto Peroni, Alberto Rosendo Grille González, César Víctor Aguirre, Raúl González Puig, Abel Proto, Diego Castellazzi (enfermero) y Enrique Martínez (enfermero).

Un año después, ya instalado Purriel en el Servicio que comprendía la gran sala Pedro Visca y las pequeñas Medicina “D” y Larrañaga “chica” del Hospital Maciel, tuve la suerte enorme de ingresar al mismo como Jefe de Clínica interino, cargo en el cual seguimos durante casi cinco años, luego de ganar la titularidad. Habíamos sido designados junto a otros dos compañeros a quienes él ya conocía, pero a mí no. Nos recibió como el artesano que distrae un momento su tarea para recibir a otros aprendices, y dirigiéndose a mí dijo “Usted es Ravera? Ya lo conozco por sus buenas historias clínicas”. Me estimuló de entrada, y siempre lo hizo, comprometiéndome a realizar esfuerzos que hoy me pregunto cómo pude haberlos hecho. Creo que esa primera vez me trató de “usted”, pero después nunca más lo hizo y en adelante se dirigió a mí con toda familiaridad y como si me hubiera conocido toda la vida. Ese era su estilo.

Impresionaba su personalidad, sus rasgos faciales tan acentuados y fuertes, sus ademanes vivaces, sus manos fuertes que habitualmente apretaban el hombro o el codo de su interlocutor, como para posesionarse de él. Impactaba

su impecable vestimenta, la túnica almidonada legendaria, que diera lugar a aquellas estrofas de Vladimiro Batista:

*“A dar su clase habitual
entró Don Pablo Purriel
blanco y duro el delantal
patognomónico en él”.*

Tenía cierta descuidada elegancia en sus maneras que le conferían un aspecto de “hombre de mundo”, y realmente lo era, porque conocía todo, parecía haber vivido todo y estaba informado de todo. “Yo leo cuatro diarios por día” solía decir. Su curiosidad era insaciable.

La sala Pedro Visca era su hogar, y era una fiesta para todos nosotros sus colaboradores entrar en ella todas las mañanas. La sala era grande, luminosa, blanca, impecable. Luminosa, porque así la hacían sus grandes ventanales que la dotaban de una diáfana claridad en las horas de la mañana. Pero era también luminosa porque en ella estaba él con su magnetismo personal. Era blanca, con aquellos cubrecamas y las ropas limpias de los enfermos, lo cual confería un ambiente digno para aquellos pobres semejantes, por quienes él con su profunda sensibilidad sentía tanto respeto.

Sobre la derecha, junto a la puerta del fondo de la sala había un pequeño recinto vidriado donde había instalado el archivo. Inauguró un archivo moderno, nosológico, el cual, con ligeras variantes, fue el que se adoptó más tarde al inaugurarse el Hospital de Clínicas.⁴⁷ Él mismo revisaba las historias y las criticaba, y en qué forma. Al llegar la triste hora del retiro, cuando debió dejar la cátedra, me llamó y dijo “tengo algo que regalarte”... era un paquete con las cinco primeras historias que yo había escrito en su clínica.

No le alcanzaban las horas para trabajar y enseñar, y pretendía que todos siguiéramos su ejemplo, llegó a enunciar más de una vez su proyecto de realizar los ateneos la mañana del domingo, cosa que no tuvo andamio.

Estaba empeñado en forjar lo que él denominaba una “mística del servicio”, una especie de fanatismo que con su peculiar gracejo también expresaba diciendo “¡hay que jugar por la camiseta!”, o también “¡para ser médico hay que hacer voto de pobreza!”

47 Cuando el 21 de setiembre de 1953 ingresaron los primeros pacientes al Hospital de Clínicas, ese día se habilitaron 50 camas en el Piso 8 para la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel. El primer internado (No. de Registro 000.001) fue el Sr. Radamés Piendibene, sobrino del famoso futbolista, llevado por uno de los jefes de Clínica Semiológica, el Dr. Juan Jorge Raverá. Ref.: Wilson, Eduardo, Nowinski, Aron, Turnes, Antonio L., Sánchez Puñales, Soledad, y Serra, Jorge: Hospital de Clínicas de Montevideo, génesis y realidad (1887-1974), pp. 234-235.

Los ateneos clínicos eran profundamente honestos, sinceros, a veces friccionados. “Todo debe ser verificado y comprobado; todo debe ser objetivizado”. Y de vez en vez recordaba: para los más jóvenes que están presentes, el conocimiento debe ser “peptonizado”, es decir hacerlo “digerible”. Cuando no nos hacía temblar con “¡A ver Fulano,... para el concurso!” y así nos adiestraba para las próximas contiendas, porque era defensor acérrimo del concurso de oposición.

Nos hacía volver de tarde a pasar “contravisita”, y los domingos revisaba el mismo los casos difíciles, deteniéndose largo rato a meditar en cada una de las camas. Guardo en mi retina, como una especie de daguerrotipo, la imagen del maestro sentado solitario a los pies de la cama de un paciente grave, en una mañana de domingo, las piernas cruzadas y contraído con atención en la lectura de la historia; en esa ocasión yo pasaba un poco apurado la visita de mis camas, y cuando terminé me avergonzaba irme y dejarlo tan solo pero me urgía hacerlo pues me esperaba mi familia en el auto, entonces me acerqué y le dije “¿Profesor me necesita?” Levantó la cabeza, me miró y dijo “No, ándate” y luego de una breve pausa me dijo “Vos sos un tipo educado”.... Volví una vez más a comprobar que su figura fuerte y autoritaria era sin embargo, en el fondo, tan sencillamente humana.

Exigía la “seriedad intelectual” y la valoraba, así como el trabajo de sus colaboradores, pero no podía evitar su admiración y cariño por aquellos sus discípulos más brillantes por quienes sentía verdadera debilidad, y a quienes se complacía en modelar como si fueran sus propios hijos. De ahí su idea de hacer duplas eligiendo en cada pareja un “brillante” y un “cumplidor”. Aclaro que a mí me puso en la segunda categoría.

En determinado momento, luego de haber actuado cinco felices años en su clínica me llegó la oportunidad de hacer otro concurso, el cual me alejaría momentáneamente del servicio. Y él se opuso en principio a dejarme ir. Me aseguró una beca en el extranjero, pero yo estaba decidido a hacer endocrinología e insistí. Me invitó a su casa en la calle Libertad y me habló mucho, me dijo de su preocupación por cada uno de nosotros y de lo que anhelaba obtener. En esa conversación comprendí su generosa grandeza y su devoción docente pues quería seguirnos modelando indefinidamente. Por fin me dejó ir. Un lustro más tarde volví a su clínica y a partir de entonces me consideró como uno de sus colaboradores especializados; enseñé semiología endocrinológica y fruto de eso fue nuestro libro que integraba la colección de obras de semiología publicada en su cátedra y que él mismo prologó en su primera edición.

Su vocación de servicio era evidente en cada actitud suya, y una de sus más caras aspiraciones era lograr un Plan Nacional de Salud. Siendo un socialista profundamente convencido y con una trayectoria reconocida durante toda su vida política, hacia el final, y bajo la presidencia de [Juan María] Bordaberry a quien había deslumbrado con su inteligencia, aceptó la designación de aquél para ocupar la Cartera de Salud Pública. Era la oportunidad de lograr su Plan Nacional de Salud. En el Ministerio trabajó con denuedo, todos los días desde las 5 de la mañana y en pocos meses proyectó un Plan, el cual como tantos otros, no prosperó. Sintió la decepción de que muchos de sus compañeros de la izquierda, aun considerando que el proyecto era muy bueno, no podían admitir que saliera adelante con un gobierno reaccionario. Una mañana de domingo en su casa de la calle Solano Antuña donde nos reunía a los viejos discípulos en afectuoso coloquio, y refiriéndose al asunto dijo con palabras que aunque algo más gruesas se pueden expresar así: “¡Fijáte! La situación es comparable a que yo viera a un grandulón pegándole una soberana paliza a un chiquilín en plena calle y yo, en vez de defenderlo de inmediato, le preguntase como condición para ayudarlo, si su madre era reeleccionista” (recuérdese que el reeleccionismo que no prosperó en la reforma constitucional plebiscitada, era por definición el rasgo más saliente de la tendencia que en definitiva triunfó en las elecciones de 1971). A él no le interesaba de qué manera iba a lograr la defensa del pueblo, pero lo quería por encima de los cálculos y especulaciones políticas, estaba para Purriel el país al que tanto sirvió desde la Cátedra, desde el Saint Bois, desde la Comisión Honoraria de la Lucha Antihidática, desde su Profesión y como Ciudadano.

Su elocuencia era capaz de levantar al auditorio más apático. Los alumnos lo escuchaban en suspenso, los médicos y colaboradores formábamos rueda en el apretado recinto del anfiteatro de la sala Padre Ramón. A veces en busca de espacio hacia la clase en la azotea del Hospital Maciel, pero la docencia seguía en el corredor, en la calle o en cualquier lado. Recuerdo un congreso en la ciudad de San José en que le tocó hablar a las 6 de la tarde luego de todo un día de conferencias, discusiones y comunicaciones; el auditorio estaba agotado, ya no encontraba acomodo en sus asientos cuando él tomó la palabra; a los pocos minutos todo el mundo estaba atento, erguido al borde mismo de su butaca, esperando su palabra y su enseñanza sobre el Cáncer de Pulmón que por entonces empezaba a prevalecer con alarmante frecuencia. Su preocupación por la medicina en el interior lo llevó a efectuar múltiples excursiones de avanzada científica en las cuales trataba de incentivar el interés por los grandes temas sanitarios, y en particular la hidatidosis. “En este país el tema de investigación tiene que ser la hidatidosis”, solía repetir, y lamentablemente esas palabras siguen golpeando sobre nuestra gran

vergüenza nacional “el quiste hidático”. En Mercedes, en oportunidad de la brillante Semana Universitaria (1963) Purriel y su clínica inundaron el Hospital y desbordando el área específicamente médica el maestro dejó un imborrable recuerdo disertando sobre temas humanísticos ante muy variados auditorios. El 1º de agosto de 1964, nunca olvidé la fecha exacta, viajamos a Salto; Purriel quería que fuéramos todos y del modo más barato posible; se había hecho amigo de un Brigadier en la peluquería y obtuvo un avión de la Fuerza Aérea, todo gratis. Un avión de preguerra, de aquellos de aluminio acanalado, que tendría bien sus 35 años de servicio, sirvió para el vuelo. Tenía dos bancadas laterales de madera que normalmente ocuparían los paracaidistas y mucha capacidad para ir de pie, muchos fueron parados las dos horas que duró el viaje. Bajo lluvia y con cielo totalmente cubierto, en un día muy frío verdaderamente invernal, atravesamos las nubes y viajamos las dos horas sin divisar tierra. No sabemos cómo, el piloto supo que estábamos sobrevolando la ciudad de Salto; lo cierto que al final se tiró por un pequeño hiatus entre las nubes y ya casi tocábamos tierra, me impresionó lo grande que eran las vacas que se divisaban. Todos sentimos miedo y Purriel también porque no pronunció palabra en las dos horas y permaneció encogido mientras se oían los golpeteos de las chapas de aluminio y el avión oscilaba entre profundos pozos de aire.

La revista que él fundara y defendiera hasta su muerte “El Tórax” queda como otro de los jalones brillantes de su carrera inquieta y proficua. Pocas veces se ha logrado en nuestro medio dar tan larga vida a una publicación médica y hacerlo con tan alto nivel de calidad.

De lo que llevo dicho se desprende una indeclinable honestidad, una adhesión permanente a los principios universitarios y humanísticos que defendió como nadie. No hizo nunca concesiones a quienes transgredían las normas del manejo de la cosa pública, ya fueran administrativos o técnicos, ya estuvieran por encima o por debajo de él en el orden jerárquico. Solía decir: “Hace todas las cosas como si te fueras a morir mañana mismo”.

Su gracia incomparable nos entretenía en aquellas cálidas reuniones, con los colaboradores y amigos, donde él siempre tenía una anécdota o una observación chisporroteante; en aquellas escapadas del mediodía del sábado al Mercado del Puerto; en aquellos memorables almuerzos campestres donde le veíamos feliz, un compañero uno más entre nosotros.

Su servicio fue el primero en ocupar el Hospital de Clínicas cuando este se inauguró. En aquel año de 1953 el grupo de colaboradores se dividió para seguir atendiendo lo que quedaba del servicio en el Maciel y por otra parte para

entrar cada vez más a integrarse en el nuevo y hermoso Hospital Universitario. Rebosaba de alegría y ya antes de la inauguración hacíamos ateneos simbólicos en el piso "8" que está absolutamente vacío sin siquiera un mueble en el gran anfiteatro. Vuelve a mi memoria uno de los primeros ateneos de ese tipo en el cual el inolvidable Dr. Juan Medoc trajo desde el Maciel en su auto en una enorme bandeja que apoyó directamente en el piso, cubierta con un paño, el material de autopsia del caso que nosotros estábamos discutiendo y luego con aquella su gracia que lo hizo inolvidable dijo:

*"Traigo a este amable ateneo
los restos mortales de este joven
que fuera en vida cultor
precoz y entusiasta de
los placeres de Venus"*

*.....
era una sífilis, desde luego.*

Pocos días antes de que la muerte lo sorprendiera reunidos todos sus colaboradores el maestro nos vuelve a enlazar en su afecto proponiéndonos una idea quijotesca: volver a reunirnos en una clínica honoraria de la Facultad que pensaba se le iba a conceder en el Hospital Italiano; en ella tomaríamos solamente 10 estudiantes y los modelaríamos desde 3er. Año hasta presentarlos al examen final de clínica médica. Él y nosotros lo daríamos todo por la enseñanza sin pedir nada. El mismo sueño que él había hecho realidad y que volvía a soñar.

El día que murió era sábado, lo recuerdo muy bien porque jugaban Nacional y Peñarol; Purriel no faltaba nunca y yo lo busqué toda la tarde con la mirada por su lugar habitual en la platea América, pero no llegó, antes del partido pasó a ver a una enferma y allí terminó su vida.

Así era Pablo Purriel, ustedes deben ser indulgentes conmigo y perdonar mis excesos emocionales, pero no tengo otra mejor manera de hablar de un hombre que para mí, después de mi propio padre, fue quien mejor me orientó y a quien tanto debo.

Dedico esta semblanza a todos mis compañeros y discípulos de Purriel, a quienes sin nombrarlos retengo en mi corazón como verdaderos hermanos, aunque la vida nos haya separado.

En el mismo libro publicó Tabaré Mario Fischer, lo que sigue:⁴⁸

El Prof. Dr. Pablo Purriel nace el 13 de diciembre de 1905 en la Provincia de Navarra (España) en un pueblo cercano a Pamplona. En esta ciudad vive luego hasta los 4 años de edad, en la calle Estafeta 3. Junto a su familia emigra hacia la República Oriental del Uruguay. Se radican en Santa Catalina (Departamento de Soriano) en donde transcurren sus años escolares.

Se traslada a Montevideo para cursar el ciclo de enseñanza media, ingresando al “Collège Carnot”. Ya a esa altura es distinguido durante varios años con distintos premios ameritados por su brillante escolaridad. En el 2º año liceal le entregan en mérito a su capacidad como premio, un libro de cuentos de Charles Péronnet titulado “En route vers le bonheur”.

Asistido económicamente en esa época por su hermano mayor, termina el ciclo liceal ingresando a la Facultad de Medicina.

Se gradúa luego de una brillante escolaridad como Doctor en Medicina y Cirugía, luego de haber obtenido por concurso de oposición el cargo de Practicante Interno.

Inmediato a su graduación, ocupa el cargo de Médico Residente en el Hospital Maciel por concurso de oposición (año 1933). Realiza ya una intensa actuación en el Servicio de Guardia.

En 1939 es designado por la vía del concurso, Profesor Agregado de Clínica Médica, dictando durante varios años cursos de Medicina Interna, Patología General y de Terapéutica.

En 1939 actúa como médico internista en el Instituto de Enfermedades Infecciosas del Ministerio de Salud Pública, realizando además tareas como médico de Guardia.

En 1940, obtiene por méritos, el cargo de Subdirector del Instituto de Fisiología del Ministerio de Salud Pública y por la misma vía es Jefe de Enfermedades Profesionales y Médicas y Consultante del Banco de Seguros del Estado.

48 FISCHER, Tabaré Mario: Pablo Purriel (1905-1975). En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo I, Horacio Gutiérrez Blanco (Editor), La Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 1988, pp.: 185-186.



En 1947, culmina su brillante trayectoria en la Facultad de Medicina, obteniendo la Cátedra de Semiología. Este concurso aún hoy recordado por las distintas generaciones de médicos, lo lanza a los primeros planos de la Medicina Nacional e Internacional pues culminó en el 1er. puesto luego de un reñido Concurso de Oposición donde aspiraban otros tres brillantes Profesores Agregados de gran talento, inteligencia y exquisitos docentes, lo que realza el mérito de este triunfo.

Culminaba su brillante trayectoria a la edad de 42 años. Se retira por límite de edad, el 13 de diciembre de 1970.

Fue Presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Contra la Hidatidosis hasta su fallecimiento. Miembro de la Comisión Honoraria para la lucha contra la Tuberculosis. Director del Instituto del Tórax. En 1973, es nombrado por sus relevantes méritos, brillante actuación y su profundo conocimiento, Miembro del Comité del Consejo Asesor para la Investigación Científica de P.A.H.O. (O.M.S.) ⁴⁹

En esa época se incorpora como Consultor sobre el Cáncer de origen profesional en el Grupo designado por la Organización Internacional del Trabajo.

⁴⁹ Se refiere a la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por su sigla en inglés), oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.

En 1972 el Gobierno Constitucional le encarga de la Cartera de Ministro de Salud Pública, donde organiza un grupo de trabajo y presenta uno de los proyectos más serios. Sobre el Seguro Nacional de Salud para nuestro país.

Obtuvo el Premio Ellauri con una monografía sobre “Meningitis Tuberculosa”, el Premio Dr. Soca con su libro “Brucelosis” y el Premio Lestido con la monografía sobre “Lupus Eritematoso Sistémico”.

Publicó más de un centenar de trabajos científicos en colaboración, de su autoría, sobre diversos temas de la Medicina científica, asistencial o social. Entre ellos se destacaron sus estudios sobre la circulación hepática y pulmonar, afecciones del tejido conectivo y tuberculosis, sarcoidosis, quiste hidático, etc. Fue distinguido por múltiples sociedades científicas nacionales y extranjeras y varias Academias científicas como Miembro Honorario.

Realizó varios viajes de interés médico a Europa y Estados Unidos de N.A. Su relevancia internacional le permitió el contacto con las celebridades médicas de la época y su constante actualización con los adelantos de la Medicina y la tecnología sofisticada que ya comenzaba a vislumbrarse.

Fue un precursor el Prof. Purriel, del empleo de las técnicas médicas invasivas en nuestro medio como metodología de estudio o diagnóstico.

Creó y fue Director de una de las revistas científicas más importantes del Río de la Plata y de proyección universal, “El Tórax”. Allí tuvieron acceso relevantes trabajos científicos suyos, de sus colaboradores y de autores nacionales, muchos de ellos originales; destacándose además los brillantes editoriales de Purriel versando sobre distintos tópicos médicos, docentes o sociales.

Creó una escuela médica donde surgieron brillantes Profesores Titulares de la Facultad de Medicina y formó durante más de 40 años a las generaciones de estudiantes y médicos que recibieron sus enseñanzas.

El Profesor Pablo Purriel fue ante todo un Docente. Docente de la Facultad de Medicina, de la propia docencia y de la Vida. Fue el paradigma del magisterio y por eso fue un Maestro.

Maestro en su decir, en su enseñar, en sus gestos, en su profesión médica, en su inquietud sobre los aspectos sociales de la Medicina. Sus clases eran una liturgia.

Tuvo personalidad de líder, mentalidad de genio conductor de personas, trabajador infatigable consciente, honesto y definido. Condujo a múltiples generaciones de médicos a una forma de vivir dentro de la Medicina y de la vida

diaria, con una concepción mayéutica de su enseñanza. Brilló en una generación de médicos excepcionales. Su imperativo fue Geometría y Pasión. Por eso Purriel fue un Hombre.

Mientras asistía un paciente fallece bruscamente el sábado 25 de octubre de 1975.

La Comisión de Homenajes la cual uno de nosotros tiene el alto honor de presidir a través de su gestión, ha permitido que la ciudad de Montevideo tenga el relevante y excepcional honor que una de sus calles lleve el nombre de uno de sus hijos más preclaros: PROF. DR. PABLO PURRIEL.⁵⁰

⁵⁰ Se trata de la calle antes llamada Armonía, que en el barrio La Blanqueada, corre entre la Avda. Centenario y Avda. Dr. Luis Alberto de Herrera, próxima a los Sanatorios del SMI (ex IMPASA) y No. 4 de CASMU.

CAPÍTULO 7

MARIO ARCOS-PÉREZ EVOCA SUS ÉPICOS CONCURSOS

En la tradición oral de la Facultad de Medicina durante décadas circuló la historia del concurso que ganó Pablo Purriel para acceder a la Cátedra de Clínica Semiológica, que con el andar del tiempo sería la Clínica Médica “D”. Fue con ocasión de su muerte el sábado 25 de octubre de 1975, que pudo conocerse un relato coherente de este dato tan relevante. Fue uno de sus discípulos, Mario Arcos Pérez, destacado gastroenterólogo, que desde su sitial como Consejero de Estado pronunció estas palabras que dejaron registrado el suceso. Dijo entonces:⁵¹

“Voy a evocar la figura de un gran instructor, de un notable pedagogo y brillante profesor de Medicina, el Prof. Pablo Purriel, que fue, a mi modo de ver, mi padre en la Medicina.

Cuando la generación a que pertenezco entró en el hospital, nos encontramos con el Prof. Purriel que acababa de terminar un concurso en el cual se habían presentado [Benigno] Varela Fuentes, [Fernando] Herrera Ramos, [Raúl] Piaggio Blanco, [Héctor] Franchi Padé y [José Pedro] Migliaro, que estuvieron concentrados casi dos años en la competencia “terrible” por la agregación. Al

51 Las citas fueron tomadas del *Boletín de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis*, 1975, en una edición de homenaje al fallecimiento de su Presidente.

poco tiempo, entra Purriel en el tercer lugar. Era el más joven. Gran valor tuvo en inscribirse al lado de figuras mayores que él. Piaggio Blanco obtiene la mayoría de votos para ejercer la cátedra.⁵² [Ese fue el primer concurso. En 1947 triunfaría Pablo Purriel en el segundo]. Al poco tiempo queda libre la Cátedra de Semiología, por fallecimiento de Bordoni Posse. Ninguno de los cuatro logra la mayoría requerida y se presentan a otro concurso, hacen brillantes pruebas y el Tribunal declara empatada la pugna. También se resuelve otorgarles un año de preparación para una nueva prueba con un enfermo en vez de cuatro.

Para el medio universitario, fue una verdadera atracción. Se realizó en la escuela Carlos Nery, con salón apropiado para que todos pudieran asistir. Prueba extraordinaria por la calidad de los concursantes y la emoción que habían puesto en los estudiantes.

El Prof. Purriel se entrenó en el Hospital Pasteur, en el Servicio del Prof. Mussio Fournier, donde nosotros cursábamos Clínica Médica para dar nuestro examen. Aquello fue espectacular porque para nuestra generación aquel entrenamiento sirvió para formar un grupo de alumnos – entre los que me cuento – que lo siguió toda su vida. De ese grupo, seis llegaron a ser profesores adjuntos y tres profesores titulares.⁵³

El Dr. Purriel ingresó, así brillantemente a la Cátedra de Clínica Semiológica. Todo médico que se dedica a una actividad clínica, persigue, como meta final, llegar a ser Profesor de Clínica.

Hace un momento, la Consejera Coolighan hablaba de la Historia y decía: antes y después de Toynbee. En este caso, se puede decir lo mismo: antes y después de Purriel. Infunde a la materia un interés extraordinario; ese síntoma y ese signo, lo vincula con el mecanismo – lo que nosotros llamamos la fisiopatología – y con la causa orgánica que se estudia en Anatomía Patológica y hace un conjunto de elementos para fundamentar y dar base que lleva al médico al diagnóstico.

52 Ese fue el primer concurso, del que triunfó Raúl Piaggio Blanco. En 1947 triunfaría Pablo Purriel en el segundo, compitiendo con Fernando Herrera Ramos, Héctor Franchi Padé y José Pedro Migliaro.

53 En la época en que Mario Arcos Pérez pronunció estas palabras habían alcanzado el Grado 5: Jorge Bouton Martínez (Clínica Médica y Semiológica), él mismo (Clínica de Gastroenterología) y José Pedro Ibarra Ruiz (Clínica Neumológica). Luego accederían Eva Fogel de Korc (Toxicología), José A. Piñeyro (Neumología), Tabaré Mario Fischer y Adelina Braselli (Enfermedades Infecto-contagiosas), José Álvarez-Martínez (Geriatría y Gerontología), Dante Tomalino, Rosa Niski y Ricardo J. P. Elena (Clínica Médica) y Juan J. Canoso (Reumatología).



Los profesores Cándido Muñoz Monteavaro (1910-1987) y Mario Arcos Pérez (1915-2010)

UN PRECURSOR

De esta manera, Purriel inicia una serie de reuniones en su Clínica, sus clases se pueblan de estudiantes, de médicos que vienen de la ciudad, no del campo, a oír aquellas clases magistrales y en los ateneos a tomar parte, porque éstos eran dialogados. En ese momento había un cambio en el profesor, dejaba de serlo para entrar en el diálogo con sus alumnos.

Poco antes de morir, me dio un trabajo de la OPS, donde se establece lo que debe hacer un profesor de Medicina. Allí está como novedad, lo que hacía años él estaba haciendo por vocación, lo que él sentía.

En esa definición que hoy es moderna para los que no estuvieron a su lado, decía que un profesor de medicina necesita los pacientes como un sociólogo necesita la ecología para enseñar. Debe ser un estudiante de problemas y un director de hombres en el Servicio, debe contribuir al avance científico, estar al día en literatura médica para estar vinculado a la Universidad.

Creo que el Dr. Purriel abarcó estos aspectos dentro de la Facultad. Paralelamente, se interesó por los problemas sociales de la medicina y desde la Dirección del Departamento de Enfermedades Profesionales del Banco de Seguros, inicia un estudio sobre la brucelosis. No lo hace desde una biblioteca, sino que se levanta a las 5 de la mañana y va a la playa de matanza del Frigonal⁵⁴ a hacer estudios de la sangre de los animales, en contacto con el Dr. Rogelio Risso y con los veterinarios. Hace allí uno de los primeros trabajos sobre brucelosis y las alteraciones ósteo-articulares del hombre. Muchos casos de éstos llegaban al Banco de Seguros. Abre un camino y la brucelosis que era una enfermedad extraña desde el punto de vista médico, deja de serlo y se estudian los tres tipos de ellas.

VARIAS ENFERMEDADES

Pero, no se circunscribió a esto. La lucha contra la tuberculosis se inicia con gran brío por García Otero, Fernando Gómez, Purriel y un amigo íntimo, Aristeo Piaggio. Hacen una pequeña radiografía que se llama Abreu, a la que un médico brasileño la pone al día para detectar lesiones bacilares en personas sin manifestación clínica. Este aparato lo ubican en la entrada del Banco de Seguros y lo llevan después al Interior. El mismo Purriel, con su equipo va a obtener los Abreu y registra, además, lesiones del tórax, aortas desarrolladas, corazones grandes, etc.

Por ese tiempo se crea el Instituto del Tórax bajo la dirección del Dr. Víctor Armand Ugón y la subdirección del Dr. Purriel. Desde el Pabellón Martirené, por la tarde, proyecta a un grupo de tisiólogos (que ya no son sólo tisiólogos porque la tuberculosis va desapareciendo) y surgen otras enfermedades torácicas. Son verdaderas clases a las cuales también concurre una serie de médicos, no sólo del servicio.

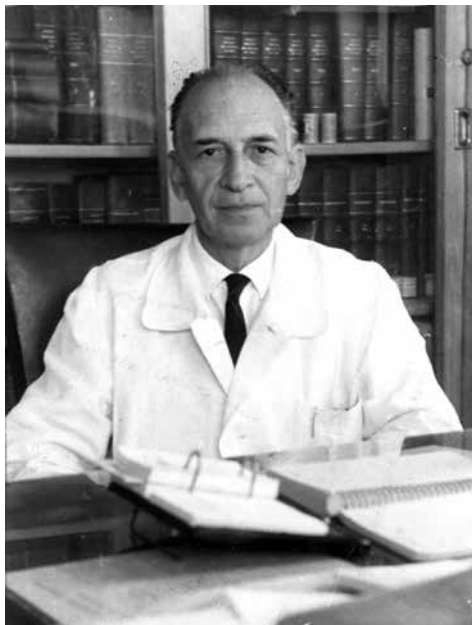
Con posterioridad el Dr. Purriel se interesa por la hidatidosis y él mismo hace estudios en Centros y Laboratorios. Desde que visitaba el Frigonal y veía cómo se perdían los hígados, se había interesado por este problema. Nuestro país es uno de los más infestados del mundo y es por ello que se preocupaba tanto el Dr. Purriel.

Cuando lo nombraron Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, fui a darle un abrazo y dentro de la agresividad y la dulzura, recordamos tiempos pasados. Lo encontré dedicado profundamente en la preparación de un libro sobre Neumología. Seguía trabajando, estudiando, preparando cartillas sobre hidatidosis para escolares y acababa de iniciar una película sobre la profilaxis

54 Frigorífico Nacional, una empresa estatal de industria cárnica.



Raúl A. Piaggio Blanco
(1905-1952)



Fernando Herrera Ramos
(1902-1991)



Héctor Franchi Padé
(1904-1963)



José Pedro Migliaro
(1902-1981)

del quiste hidático y en esto lo vi vivamente entusiasmado, a pesar de todos los problemas que lo aquejaban.

Con estas palabras quiero rendir homenaje muy emocionado, por encima de las ideologías, a quien dedicó su vida al perfeccionamiento de la clase médica, del médico, al que facilitó el aprendizaje de la medicina y al mismo tiempo quiero rendirle públicamente, en este recinto, mi más profunda gratitud por lo que me enseñó.”

CAPÍTULO 8

EPIDEMIOLOGÍA DE LA SARCOIDOSIS EN URUGUAY

Pablo Purriel dedicó especial atención a la sarcoidosis, una enfermedad rara en el Uruguay, con frecuentes manifestaciones respiratorias, siendo un referente en el mundo y la región por sus documentados estudios.

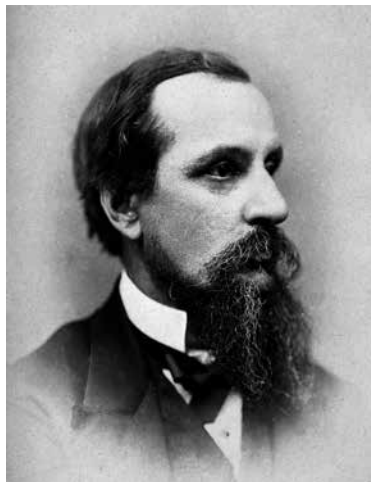
En 1964 publicó en *Acta Medica Scandinavica* un artículo titulado *Epidemiology of Sarcoidosis in Uruguay*, con Eduardo Navarrete y Aristeo Piaggio, donde analizan los 22 casos reunidos en Uruguay a partir de las investigaciones de masas para la detección de lesiones tuberculosas; que antes se había publicado en la revista *El Tórax*. Ese número de la revista europea estuvo dedicado a la Sarcoidosis, registrando los aportes realizados en una Conferencia Mundial sobre Sarcoidosis, con aportes de los distintos rincones del planeta. Lo que indica la relevancia de los aportes de Purriel y su equipo al estudio de esta rara patología, único de Hispanoamérica presente en dicho estudio. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica (enfermedad de Besnier-Boeck), que afecta frecuentemente al pulmón, con incidencia alta en el Norte de Europa, particularmente en Suecia e Islandia, pero presente como en-

fermedad rara en todo el planeta. Se la ha implicado con factores ambientales, ocupacionales y genéticos. Fue descrita por primera vez en 1877 por el médico inglés Jonathan Hutchinson (1828-1913) recordado por sus investigaciones sobre la sífilis congénita (*dientes de Hutchinson*). Aún no se ha hallado el agente causal.⁵⁵

Publicado en *Acta Medica Scandinavica*, January-December 1964, p.157-160.

Este antecedente, lamentablemente es desconocido en las publicaciones uruguayas más recientes.⁵⁶ Lo cual reafirma el viejo aforismo de Fernando Mañé Garzón, que antes que mirar lo realizado en el exterior, hay que ver qué fue lo realizado en nuestro propio país, para desprendernos del “colonialismo cultural”, como él lo denominó.

Diversos autores trataron en el número especial de *Acta Medica Scandinavica*



Jonathan Hutchinson

Concepto de sarcoidosis

Aspectos patológicos, histopatología e histoquímica; La reacción del tejido sarcoide

1. El origen y significación de los cuerpos de inclusión. Diagnóstico diferencial con las características de la tuberculosis.
2. Morfogénesis y desarrollo de las lesiones sarcoides. Similitudes con el grupo de collagenopatías.
3. Observaciones sobre “La reacción al tejido sarcoide”.
4. Contribución al Origen, Desarrollo y Producción Experimental de Cuerpos laminados calcino-sideróticos de Schaumann.
5. Tejido de reacción en Sarcoidosis. Un informe sobre exámenes utilizando el método del cubreobjeto.
6. Patogénesis de la Formación Hialina en los nódulos linfáticos sarcoidóticos tipo 1.

55 FERNÁNDEZ-FABRELLAS, Estrella: Epidemiología de la sarcoidosis. Archivos de Bronconeumología. Vol. 43, Núm 2. Febrero 2007, pp. 92-100.

56 AMARAL, Mauricio: Sarcoidosis pulmonar: actualización y reporte de casos. *Rev Urug med interna*. ISSN: 2393-6797. Diciembre 2016 No. 3: 118-131. En: scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n3/v01n03a14.pdf

From the Hospital de Clinicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, R.O. del Uruguay

Epidemiology of Sarcoidosis in Uruguay

PABLO PURRIEL, EDUARDO NAVARRETE and ARISTEO PIAGGIO

Uruguay is situated on the Southern coast of the American continent, between parallels 30 and 35. It has an area of 187,000 sq. kilometers, with a population of 2,500,000.

Discrimination between urban population and rural inhabitants is rather difficult. As many as 1 million persons live in the capital, Montevideo. The population is made up of the white race, with only 10,000 negroes.

Uruguay was one of the first countries in South-America to start mass survey programs with mobile units (1948). BCG vaccination has been practiced since 1927. Up to 1963 1,492,202 persons were vaccinated, 563,734 from urban and 928,448 from rural areas.

From 15 to 20 % of the population attend annually the different screening centers located throughout the country.

Below is an example of mass survey conducted in conjunction with examination for sarcoidosis and tuberculosis.

Other examples might have been given which show similar results. Hence it is concluded that under prevalent mass survey

procedures, a thorough assessment of sarcoidosis incidence is not feasible.

In our own Mass Survey, MR films are interpreted by a group of practitioners called "readers", who merely prepare a simple radiological report, which is sent to the examinee's private physician.

However, as the understanding of sarcoidosis is not, as yet, a part of routine medical practice, only a few physicians are acquainted with the disease. X-ray reports on mass surveys, involving the presence of sarcoidosis, are related to other etiologies, mainly tuberculosis.

In our sarcoidosis material 22 cases were diagnosed in mass surveys as tuberculous lesions. Subsequently the true etiology became known: sarcoidosis.

We have carried out a thorough investigation throughout the country, in order to ascertain the sarcoidosis prevalence. This has resulted in our gaining the impression that numerous cases of sarcoidosis have not been diagnosed and are treated for tuberculosis.

	<i>Mass X-ray</i>	<i>Survey</i>	<i>Uruguay</i>	<i>Urban areas</i>
Date	Satisfactory		Suspected	Sarcoidosis
From -- to	70 mm films		active TBC	No. per 100,000
Jul./52—Oct./57	1,077,180		348.3	— —
	<i>Mass X-ray</i>	<i>Survey</i>	<i>Uruguay C.L.H.A.</i>	<i>Rural areas</i>
Date	Satisfactory		Suspected	Sarcoidosis
From — to	70 mm films		active TBC per	No. per 100,000
			per 100,000	
Apr./51—Nov./62	1,838,913		364.9	8 0.4

Aspectos patológicos de la sarcoidosis: inmunología. Química Sanguínea

7. Ocurrencia de anticuerpos naturales en sarcoidosis tipo 1.
8. Test de Linfocitos en Sarcoidosis.
9. Test de fijación del látex en Sarcoidosis.
10. Proteínas plasmáticas y glucoproteínas en sarcoidosis.
11. Proteínas plasmáticas en Sarcoidosis.

Aspectos patológicos de Sarcoidosis: La relación de Sarcoidosis al Polen de Pino: Aspectos etiológicos de la Sarcoidosis

12. Formación de Granuloma inducido por extractos lípidos del polen de pino.
13. Sarcoidosis y polen.
14. Aspectos acerca del tema "La relación de Sarcoidosis con el Polen de Pino".

Aspectos patológicos de la Sarcoidosis: La relación de Sarcoidosis con Mycobacteria

15. Estudios adicionales de Anticuerpos de Mycobacterias en el suero de pacientes con Sarcoidosis.
16. Relación de Sarcoidosis con bacteria anónima.

Aspectos Patológicos de Sarcoidosis: Naturaleza, significación e interpretación de la Reacción de Kveim

17. Significancia y especificidad de la Reacción de Kveim.
18. La naturaleza de la Reacción de Kveim.
19. Fuente de potente Antígeno de Kveim.
20. Observaciones sobre "La naturaleza y significancia de la Reacción de Kveim".
21. Sobre la estandarización de la histo-patología leyendo la Reacción de Kveim.

Epidemiología de Sarcoidosis: Aspectos metodológicos de los estudios radiográficos masivos del tórax

22. Hallazgo de casos y diagnóstico radiológico de Sarcoidosis pulmonar.
23. Inadecuación técnica de los estudios radioscópicos como fuente de error en el diagnóstico de Sarcoidosis respiratoria.
24. Investigación Epidemiológica en Sarcoidosis.

Epidemiología de Sarcoidosis: Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar, estudiada por radiografía de tórax de masas.

25. Introducción
26. Cuestionario para Informes de Prevalencia sobre Sarcoidosis.
27. Estudio Internacional de Sarcoidosis Pulmonar en Radiografía de tórax de masas.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis: Scandinavia

28. Estudios epidemiológicos de Sarcoidosis en Dinamarca basados en un amplio registro central de carácter nacional: Un Informe Preliminar.
29. Sarcoidosis en Finlandia.
30. Sarcoidosis en Noruega.
31. Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar en Encuestas de Radiografías de Masas en Suecia.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis: Gran Bretaña e Irlanda

32. Prevalencia de Sarcoidosis Intratorácica en Gran Bretaña.
33. Epidemiología de Sarcoidosis en Escocia.

34. Sarcoidosis en Irlanda del Norte.

35. Prevalencia de Sarcoidosis en la República de Irlanda.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis. Continente Europeo.

36. Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar en Checoslovaquia.

37. Investigación epidemiológica sobre Sarcoidosis en Francia.

38. Incidencia y prevalencia de Sarcoidosis en Berlín (Oeste) desde 1949-1962.

39. Informe sobre la aparición de Sarcoidosis Pulmonar en el distrito de Leipzig.

40. Sarcoidosis en Grecia.

41. Sarcoidosis en el Este de Hungría.

42. Notas sobre Sarcoidosis en Puglia y Lucania, Italia, 1952-1961.

43. Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar en los Países Bajos.

44. Datos tentativos relativos a la Frecuencia de Sarcoidosis Pulmonar en Polonia.

45. Sarcoidosis en Portugal.

46. Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar en Suiza.

47. Un informe sobre Situación Epidemiológica de la Sarcoidosis en Yugoslavia.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis en América

48. Epidemiología de Sarcoidosis en Canadá.

49. Epidemiología de Sarcoidosis en los Estados Unidos de América.

50. Prevalencia y Características Demográficas de la Sarcoidosis en la Ciudad de Nueva York.

51. Epidemiología de Sarcoidosis en Sudamérica: Pablo Purriel, Eduardo Navarrete, Aristeo Piaggio.

52. Sarcoidosis en Brasil.

53. Epidemiología de Sarcoidosis en Uruguay: Pablo Purriel, Eduardo Navarrete, Aristeo Piaggio.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis en África

54. Sarcoidosis en Egipto (República Árabe Unida)

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis en Asia

55. Epidemiología de Sarcoidosis en Israel.

56. Características Epidemiológicas de la Sarcoidosis en Japón.

Epidemiología de Sarcoidosis: Informes Regionales sobre Prevalencia de Sarcoidosis en Australia y Nueva Zelanda

57. Prevalencia de Sarcoidosis Pulmonar en el Estado de Victoria, Australia.

58. M.M.R. Encuesta de Sarcoidosis en Nueva Zelanda.

Epidemiología de Sarcoidosis: Prevalencia de Sarcoidosis en Material Autópsico

59. La Prevalencia de Sarcoidosis en Material de Autopsia desde una ciudad de Suecia.

Notificación Obligatoria de Sarcoidosis.

60. Introducción

Resultados de la Prueba de Kveim

61. Un estudio internacional sobre Test de Kveim.

Reactividad cutánea en Sarcoidosis

62. Reacciones cutáneas de tipo retardado

- 63. Anergia primaria y secundaria en Sarcoidosis.
- 64. Reacciones cutáneas en contactos del hogar de Pacientes con Sarcoidosis.

Sarcoidosis Ocular

- 65. El diagnóstico y tratamiento de la Sarcoidosis Ocular.

Sarcoidosis Hereditaria y Endocrinología

- 66. La genética de la Sarcoidosis.
- 67. Los grupos sanguíneos en la Sarcoidosis.
- 68. Sarcoidosis en Pediatría.
- 69. Sarcoidosis y Embarazo.

Aspectos de la Biopsia en Sarcoidosis

- 70. Selección de Procedimientos de Biopsia para Diagnóstico de Sarcoidosis.
- 71. Principios y Procedimientos para obtener Biopsias en Sarcoidosis.
- 72. Sarcoidosis Bronquial.
- 73. Biopsia aleatoria en Mucosa Bronquial y Palatina en el Diagnóstico de Sarcoidosis.
- 74. Compromiso Bronquial en Sarcoidosis Pulmonar.
- 75. Biopsias en Conexión con Broncoscopia y Mediastinoscopia en Sarcoidosis; Una comparación.
- 76. Observaciones sobre la significancia de Mediastinoscopia en el Diagnóstico de Sarcoidosis.
- 77. El valor de la Biopsia de Pulmón en el Diagnóstico de Sarcoidosis Pulmonar.
- 78. Experiencia con la biopsia de ganglios escalenos.
- 79. Biopsia del Ganglio Linfático Escaleno en casos de Eritema Nodoso.
- 80. Biopsia Muscular en Sarcoidosis.

Sarcoidosis y Tuberculosis: Vacunación BCG y Sarcoidosis

- 81. Vacunación con BCG y Sarcoidosis
- 82. BCG y Sarcoidosis en Berlín Oeste

Sarcoidosis y Tuberculosis: Aspectos Clínicos de la Relación entre Sarcoidosis y Tuberculosis

- 83. La relación de la Sarcoidosis con la Tuberculosis. (Autor de Londres).
- 84. La relación de la Sarcoidosis con la Tuberculosis. (Autor de Suecia).
- 85. La relación de la Sarcoidosis con la Tuberculosis. (Autores de Japón).

Función Cardio-Pulmonar. Pronóstico. Terapéutica: La Función Cardio-Pulmonar en Sarcoidosis.

- 86. Enfermedad Obstructiva del pulmón y Sarcoidosis Pulmonar.
- 87. Discapacidad en Sarcoidosis.

Función Cardio-Pulmonar. Pronóstico. Terapéutica: El Pronóstico de la Sarcoidosis temprana con y sin Eritema Nodoso

- 88. El Pronóstico de la Sarcoidosis temprana.
- 89. El pronóstico de la Sarcoidosis temprana con y sin Eritema Nodoso. (Autor de Hungría).
- 90. El Pronóstico de la Sarcoidosis temprana con y sin Eritema Nodoso. (Autor de Suecia).
- 91. Pronóstico de la Sarcoidosis primaria Linfo-Mediastinal.

Función Cardio-Pulmonar. Pronóstico. Terapéutica: La terapia de la Sarcoidosis

- 92. La Terapia de la Sarcoidosis.
- 93. Terapia Esteroidea en Sarcoidosis
- 94. Medicación Esteroidea de largo plazo en la Sarcoidosis Pulmonar avanzada.

95. Terapia con Cloroquina en 43 pacientes con Sarcoidosis Intratorácica y Cutánea.

Merece destacarse que en el concierto de una conferencia mundial sobre Sarcoidosis, Purriel llevó la representación de Uruguay a una altura que pocas veces había alcanzado en otras esferas del conocimiento científico. Esta fue una de sus preocupaciones principales y la ejerció con constancia y entusiasmo, con esa pasión que ponía en todas sus realizaciones.

CAPÍTULO 9

LA ENSEÑANZA DE LA SEMIOLOGÍA

Purriel junto a sus colaboradores Olga Muras y Dante Tomalino, elaboró un libro de Semiología del Aparato Respiratorio, cuya primera edición apareció en 1968 editado por la Oficina del Libro de AEM, y tuvo luego múltiples reediciones, al menos hasta el año 1990. Allí desplegó lo que sería su magisterio permanente: describía Purriel lo que significaba el término *semiología*, cómo debía aprenderse y enseñarse, y cómo la diferenciaba de la Clínica Médica, siendo una disciplina de iniciación o propedéutica, que es la enseñanza preparatoria para el estudio de una disciplina, donde el estudiante por vez primera se encontraría con el enfermo y debía aprender progresivamente a extraer el conocimiento de los síntomas y signos como una herramienta indispensable para avanzar en la construcción de un diagnóstico. A continuación transcribimos el primer capítulo de dicha obra, donde se definen con claridad los grandes conceptos de la semiología.

SEMIOLOGÍA

Semiología (*del griego SEMEION = signo o síntoma; LOGOS = discurso, ciencia*), es la parte de los estudios médicos dedicada a la identificación de signos y síntomas. Signo: lo objetivo, se ve, se palpa, se oye. Síntoma:

sensación subjetiva manifestada por el enfermo e interpretado por el médico. Semiotecnia: técnica de la búsqueda del signo. Clínica propedéutica: enseñanza primaria en el campo de la clínica, interpretación de síntomas y signos.

La exploración del enfermo no se circunscribe a la comprobación de síntomas o signos, a ello se agrega la interpretación de datos bioquímicos, biofísicos, eléctricos, radiológicos, etc. Constituyen estos elementos paraclínicos un enorme aporte en el estudio semiológico y puede decirse que existen tantas semiologías como medios de exploración. Es necesario jerarquizar el conjunto de datos semiológicos que emanan del estudio integral del enfermo, teniendo siempre presente que los de mayor jerarquía son los que provienen de un correcto interrogatorio y examen clínico completo. Sigue teniendo vigencia la gran virtud de una historia correctamente realizada, su utilidad es enorme y de ella puede deducirse en gran porcentaje de casos, diagnósticos exactos, sobre todo si se acompaña de un examen clínico realizado con metodología. Se obtiene así un conjunto de datos valiosos no superado por ningún método de exploración ni aportado por aparato electrónico alguno, pues ellos han sido obtenidos, ordenados y jerarquizados por un mecanismo todavía no superado: el del cerebro humano.

¿Cuál es la preparación necesaria para iniciar el estudio de la semiología? En algunas escuelas médicas su aprendizaje se inicia desde el primer día en que el estudiante ingresa a la Facultad; en otras, como la nuestra, se cursan previamente dos años en los que se estudian las llamadas “Ciencias Básicas”: Anatomía, Fisiología, Bioquímica y Biofísica, etc. No entramos a discutir el momento en que debe iniciarse el estudio de la semiología, pero sí queremos dejar sentado que el estudiante debe contar con conocimientos básicos para iniciar este aprendizaje. Sin un dominio de las materias básicas aprendidas como ciencia aplicada, estudiando la fisiología del hombre en el hombre mismo, teniendo conocimientos útiles de anatomía, bioquímica y biofísica, etc., dominando la función en sus lineamientos generales, no es posible aprender la semiología. Es frecuente que en el estudio de las materias básicas se dominen algunas veces temas sin mayor aplicación práctica y sea menor el conocimiento de otros de mayor importancia en el estudio de la clínica. Aun teniendo presente que lo complementario no es contradictorio, es necesario jerarquizar los conocimientos básicos, para iniciarse en el aprendizaje de la semiología.

¿Cómo y dónde debe aprenderse la semiología? En Servicios que dispongan lo necesario para ello, que estén utilados para estos fines,

que cuenten con cantidad suficiente de personal docente, ya que para enseñar semiología se necesitan instructores en número y calidad diferentes que para otras disciplinas. Si consideramos a las clínicas como talleres productores de conocimientos, la producción de una cátedra de semiología es muy diferente a la que se realiza en las clínicas médicas o quirúrgicas. La enseñanza de la semiología necesita personal numeroso, debe ser impartida en pequeños grupos; para aprender la semiotecnia, el estudiante debe ser guiado y orientado “como de la mano”. Es en este tipo de enseñanza donde la vocación docente debe estar presente, el instructor debe contar con gran paciencia, tiempo para su tarea, minuciosidad en sus explicaciones, disposición para repetirlas hasta el cansancio, trabajo éste que sólo pueden realizar aquellos que sientan verdadera pasión por la actividad docente. Esta enseñanza debe ser impartida por docentes de experiencia que tengan sólida preparación y claro concepto sobre lo que enseñan. Un hecho mal aprendido en su comienzo cuesta luego entenderlo; sólo puede enseñar el que tiene conocimientos claros sobre los hechos que enseña. Suele oírse en algunas reuniones de docentes, que cabe la posibilidad que el estudiante aprenda la semiología en una clínica médica general; hemos insistido que son enseñanzas completamente diferentes. También se dice que la enseñanza de la semiología debe hacerse durante toda la carrera, paralelamente a la enseñanza de la clínica; esto no deja de ser una verdad, pero el hecho fundamental es que sin conocimientos de semiología no hay aprendizaje correcto de la clínica y que de la misma manera que nadie puede redactar sin conocer lenguaje, no será posible ordenar síntomas y signos para llegar a un diagnóstico, si se es incapaz *de ubicarlos, interpretarlos o jerarquizarlos*. *La cátedra de semiología tiene tanta importancia como la de las materias básicas en la formación del futuro médico.*

El conocimiento, significación y jerarquía del síntoma o signo, sólo es posible realizarlo si se cuenta con nociones básicas sobre su patogenia, parte de la sintomatología y signología que, por predominancia, debe aprenderse en ambientes quirúrgicos o médicos, conservando siempre una metodología que dé unidad a la materia. La enseñanza se impartirá de manera casi individual, en pequeños grupos, donde desde el primer momento el estudiante tenga gran participación en la labor docente manteniendo un diálogo continuo con el enfermo e instructor.

De ahí que la enseñanza de esta materia deba hacerse de manera paralela o concomitante a la de los conocimientos básicos de patología, indispensables

*para aprender semiología. Suele discutirse si debe existir una sola cátedra de Semiología o si ésta debe dividirse en semiología Médica y Quirúrgica; la semiología es única. No podrá nunca un estudiante entender el significado de un rólido diastólico de punta, si no tiene la visión morfológica de una estrechez mitral, si no conoce el mecanismo que determina este síntoma.*⁵⁷

El gran número de estudiantes en nuestro medio obliga a que se sigan dictando clases de anfiteatro, en las que se trata de explicar la semiología de un enfermo allí presente, demostrando las maniobras semiotécnicas, exponiendo las explicaciones patogénicas indispensables para que el estudiante vea facilitada su labor individual al lado del enfermo. Un texto eficaz de semiología puede ahorrar horas de explicación.

La semiología es materia formativa, similar a las llamadas Ciencias Básicas; sin su conocimiento no es posible iniciarse con eficacia en el estudio de la clínica, todos los esfuerzos que se realicen para su dominio se proyectarán en economía de trabajo y aumento de posibilidades de un mejor aprendizaje de la clínica general. Buen conocimiento de las materias básicas, tiempo suficiente, adecuación entre el número de estudiantes y docentes, complementación con conocimientos esenciales de patología, deben ser la base de sustentación de la enseñanza de la semiología.

En esta materia, como en todas y especialmente en nuestro medio, el control del aprendizaje es imprescindible. Entre nosotros, se ha sustituido el examen final por controles permanentes que se realizan durante el curso, tratando de apreciar el conocimiento que el estudiante va acumulando de manera progresiva. Este método tiene grandes virtudes: obliga al estudiante a mantener su tensión fija en el curso y conservar el mismo tono durante el año; él trata de eliminar la costumbre de que todo se circunscriba a grandes esfuerzos en períodos determinados, para preparar exámenes totales o parciales fijados con antelación.

Si OSLER sostenía que la Clínica vale por los conocimientos de Patología que la sustentan, afirmamos sin duda, que no hay posibilidades de contar con una buena clínica sin conocimientos previos de semiología; ellos son la base del aprendizaje de la clínica que continuará en el resto de su vida, quien se dedique a los estudios médicos.

* * *

⁵⁷ En el original se produjo un traslocamiento de las líneas; en la época que se imprimió el libro se trabajaba en base a líneas de linotipo, que a menudo se podían alterar en su orden, debiendo ordenarse la lectura en la forma que aquí se ha transcrito.



En Londres (1954) Pablo Purriel, Cuthbert Esquire Dukes (1890-1977) (anátomo-patólogo) y Horacio Gutiérrez Blanco (1912-1992).

EL ENFERMO ⁵⁸

La relación entre enfermo y médico, la actitud de éste frente al paciente, constituyen una de las partes más importantes en la práctica de la medicina que bien ejercida, significa una de las tareas más nobles que nos es permitido realizar. Existe una sola manera de asistir a un enfermo y ella no varía de acuerdo a situaciones económico-sociales, raza o religión. Debe tratarse de proporcionar los cuidados más eficaces para una rápida curación y entre ellos no deben subestimarse los que corresponden a la tranquilidad espiritual. Cuando el enfermo se asiste en una clínica dedicada además a la docencia, la mayor preocupación de sus componentes debe dirigirse hacia la asistencia. La mejor fuente de enseñanza que puede impartir un centro de estudios, es mostrar una correcta asistencia.

Existen una serie de principios que integran la verdadera doctrina de nuestra profesión, entre los cuales cabe destacar: a) consideración

⁵⁸ Este capítulo del libro de Semiología fue escrito por la Dra. Ofelia R. Bachini; op. cit., p. 10-12.

biográfica de la enfermedad, aún en los procesos al parecer puramente orgánicos; b) visión del enfermo como ser humano, viviente y personal; c) reconocer la singular realidad de cada enfermo; d) concepción unicista de la medicina, de acuerdo a la cual ninguna patología orgánica de apariencia sectorial, excluye la participación psíquica en la enfermedad; la integridad del ser humano se impone como un todo relacionado y no como yuxtaposición de partes; e) el hombre actual se inserta en un ambiente social y laboral, integra una comunidad, vive de acuerdo a condiciones económico-sociales determinadas; cabe la posibilidad que ambiente y condiciones incidan sobre la enfermedad y ésta a su vez, repercuta en la comunidad; de ahí la necesidad de estudiar los datos ecológicos que puedan influir en su determinismo. Un estudio integral del enfermo estará dado por el conocimiento biológico, psíquico y social.

La posición que médico o estudiante adopte ante el enfermo, depende del concepto que tenga sobre el sagrado principio de la dignidad o condición humana, de la conciencia que ha adquirido sobre el sentido de responsabilidad que deben poseer todos aquellos que gozan del privilegio de hacerse cargo del cuidado de la vida de un semejante.

En la dedicación que se presta a un enfermo, se pone en evidencia su verdadera vocación. Allí se manifiesta la sensibilidad que hace posible sentir los problemas extraños, la inclinación a darse sin retaceos a una actividad genérica, la disposición para activar los conocimientos científicos con bondad y abnegación.

El estudiante de medicina debe tener presente en todo momento, que el enfermo que se ofrece para su aprendizaje es un hombre que sufre en lo anímico y somático, por lo cual debe tratarlo como tal, alejando la idea que tienen algunos enfermos sobre la posibilidad de servir como “cobayo de experiencia” para fines docentes o de investigación.

Vale la pena analizar la relación “enfermo, estudiante o médico”.

Desde el primer contacto con el enfermo, éste debe sentir el respeto que inspira y ante él, debe estar presente nuestra solidaridad con la situación que vive; al escuchar la narración de sus sufrimientos, no mostrar ni curiosidad desmedida por detalles biográficos de tipo personal, ni indiferencia desdeñosa. El estudiante debe tener presente que la eficacia en la aplicación de los conocimientos médicos aumenta de manera considerable cuando se hace con calor humano. En ciertas cir-

cunstancias un gesto puede tener eficaz acción terapéutica. Si el enfermo es utilizado con fines docentes, debe comprender nuestro interés por aprender, pero reconocer nuestro deseo de ser eficaz, molestando lo lo menos posible; se debe tener presente que el enfermo es víctima de una serie de agresiones psíquicas, que se inician en el momento en que recibe un diagnóstico con orden de internación, lo que supone un cambio de ambiente que lo separa de su medio familiar y trabajo, ubicándolo en un sitio trágico, rodeado de enfermos graves y donde ha de ser sometido a interrogatorios y exámenes que muchas veces no comprende su necesidad y sentido; él vive esta situación por circunstancias que no ha elegido: su enfermedad y condición económico-social.

Tales impactos sólo serán amortiguados si recibe un trato humano y bondadoso que le haga comprender que sólo se busca un estudio lo más completo posible de su enfermedad, que ha de permitir un diagnóstico exacto, para indicar una terapéutica eficaz. Entre estudiante o médico y enfermo, debe crearse una atmósfera de simpatía que facilite la comunicación, esto sólo se logra cuando el enfermo siente el respeto que se tiene por él y el apoyo que se le ofrece en una situación insegura llena de interrogantes. En el trato con el enfermo, debe ponerse en evidencia una gran calidad humana, despojándose de sentimentalismo, respetando al hombre enfermo, ya que su dignidad no admite compasión, pero exige nuestra comprensión.

El interrogatorio debe hacerse con tiempo, prestando gran atención a las manifestaciones del paciente; no se trata de acumular datos sino de interpretar sufrimientos; durante el interrogatorio no debe desviarse la conversación hacia otro interlocutor; interrogatorio y examen deben ser exhaustivos, pero nunca agresivos. Ante el enfermo, médicos y estudiantes podrán mantener diálogos serenos, pero nunca levantar “tribunas” que lo molesten o le hagan pensar que se desconoce su presencia anímica, tomándolos como “robots” ubicados en una cama para hacer entrenamiento médico.

Clases de anfiteatro: el estudiante que sentado en un anfiteatro espera el comienzo de la clase, debe comprender el estado de espíritu de un enfermo, que en su cama rodante llega hasta él; un pizarrón, un negatoscopio y el público presente, puede ser el único anuncio de que ha de ser objeto de una clase. Su depresión puede mezclarse a irritación cuando ante su presencia no se hace el silencio que él merece y duran-

te los primeros momentos, el público sigue hablando, descuidando totalmente la trascendencia de un acto que está más en el enfermo que en la explicación docente. Al salir del anfiteatro, el enfermo habrá justificado su presencia y seguirá colaborando en la docencia, si previamente se le anunció y se pidió su consentimiento para asistir a una clase de anfiteatro, si fue transportado a ella por el propio docente y recibido por el público, con el silencio respetuoso que merece, si no ha sido molestado, si la angustia de los primeros momentos ha sido disipada rápidamente con la presencia de un público que ha tomado una actitud vecina a la unción, para expresar su respeto y solidaridad hacia ese hombre. En una palabra, si ese acto médico se ha cumplido en la dimensión antropológica que su naturaleza exige.

Investigación: la investigación debe estar presente en toda actividad médica, por modesta que ésta sea; es la búsqueda de una verdad, es la inquietud por hacer más eficaz nuestra tarea, por solucionar problemas, es el ansia de creación intelectual; gracias a ella, la medicina ha experimentado en las últimas décadas, cambios maravillosos y un futuro promisor se le presenta.

Actividad médica sin investigación supone medicina envejecida, enclaustrada en una rutina inferiorizante. Toda escuela médica debe dedicar importantes esfuerzos y recursos a la investigación. El problema que aquí nos interesa, es si el enfermo puede ser objeto de experimentación. Sigue teniendo vigencia el criterio de CLAUDIO BERNARD, que consideraba la experimentación en el hombre como lícita en la medida que es inofensiva y sólo pueden aceptarse riesgos razonables, en vistas a grandes beneficios. Al plantearse una investigación con posibles riesgos vitales, aún suponiendo que en caso positivo tenga grandes perspectivas de futuro, es el propio médico que debe ofrecerse para ello; múltiples ejemplos de este tipo se encuentran en la historia de la medicina.

UNA ANÉCDOTA MEMORABLE

Francisco A. Crestanello en una magnífica biografía de Abel Chifflet (1904-1969) recoge una anécdota memorable de la relación entre estos dos grandes de la Medicina, la cual circuló de boca en boca durante muchos años entre los alumnos, y que con mínimos ajustes se transcribe:

UN COMENTARIO SOBRE UN CIRUJANO CON UN LIBRO... SIN VER SU TÍTULO

El Profesor Pablo Purriel nació en Navarra (España) un año después que Chifflet. Sus padres vinieron a Uruguay en 1909 y se establecieron en Santa Catalina, una población de menos de 1.000 habitantes del Departamento de Soriano sobre la ruta 2 a 80 kilómetros de Mercedes, centrada por una estación de ferrocarril.

Hizo la enseñanza media en Montevideo y una carrera brillante como estudiante de Medicina. Se recibió a los 27 (1932) años, a los 34 era Profesor Agregado de Medicina (1939) y a los 42 (1947) luego de un memorable concurso, Profesor de Semiología, cargo que ocupó hasta su retiro en 1970. Hombre apasionado e incansable tuvo múltiples cargos de gran responsabilidad y realizó trabajos científicos que le dieron merecido prestigio fuera de fronteras.

Como se puede comprobar en diversas partes de este libro, Purriel y Chifflet tenían mucha cercanía porque recorrieron juntos muchos caminos en la Medicina; y en la culminación de sus respectivas vidas académicas, coincidieron varios años en la jefatura de dos servicios asistenciales vecinos del Hospital de Clínicas a los que en muchos aspectos hicieron trabajar en forma conjunta.

* * *

Cierta vez al entrar a un ascensor del Hospital de Clínicas, Purriel que tenía una nariz muy pronunciada por la que el ingenio anónimo de la Facultad le había puesto el sobrenombre de “el Ñato”, vio que en él estaba Chifflet que llevaba un libro de volumen considerable. El ascensor estaba casi lleno y quedó a distancia de Chifflet.

Entonces juzgó que era una buena oportunidad para marcar las dudas tradicionales de los médicos respecto al saber de los cirujanos, y en consecuencia en tono jocoso, sin dirigirse a nadie en particular comentó en voz alta y en tono admirativo como si se tratara de una rareza: “*¡Mirá: un cirujano con un libro!*”

Chifflet esbozó una sonrisa y le respondió de inmediato en forma lacónica, pícara y, para sus colaboradores que le rodeaban, lapidaria: “*Sí. ¿Te interesa?*”. Y a continuación le mostró el título.

Purriel no sabía que era un libro escrito en italiano sobre “*Chirurgia del Naso*” (Cirugía de la nariz).⁵⁹

59 CRESTANELLO, Francisco A.: Abel Chifflet. El equilibrio entre espíritu, ciencia y arte en Cirugía. Tradinco, Octubre 2012, 760 páginas; p. 368-369.

CAPÍTULO 10

PURRIEL, MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

El 1° de marzo de 1972 Purriel fue designado Ministro de Salud Pública en el gobierno constitucional del Dr. Juan María Bordaberry, de quien era entonces su médico personal. Entre sus actuaciones destacadas, debemos mencionar al menos tres: su proyecto de Seguro Nacional de Salud; la racionalización del Hospital Vilardebó, que tenía más pacientes que la capacidad instalada; y su intervención en el terremoto de Managua, destacando una misión sanitaria de alta jerarquía.

LA CONFERENCIA EN EL ROTARY CLUB DE MONTEVIDEO

Seguro Nacional de Salud (Conferencia del Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Pablo Purriel en el Rotary Club de Montevideo el 23 de mayo de 1972). Montevideo, Endofarma (Publicación de la Cámara de Industria y Comercio de Especialidades Farmacéuticas y Afines, n° 3). Sin pie de imprenta, 14 págs.

El valor bibliográfico e histórico de este folleto trasciende ampliamente su volumen. Sabíamos que era famoso el proyecto y el espíritu del Profesor Pablo Purriel al aceptar nada menos que el Ministerio de

Salud Pública de un gobierno conservador dirigido por una personalidad cuasi autista.

Es bien sabido que el profesor Purriel, discípulo dilecto del profesor de Clínica médica y político “Blanco” Juan B. Morelli tenía raíces ideológicas republicanas, batllistas y socialistas. Fue un servidor público nato y de gran altura.

La agitada década de 1960 removió desde el Sindicato Médico del Uruguay y los partidos políticos la problemática de la ausencia de un Sistema y o de un Seguro Nacional de Salud.

En la plenitud de su ejercicio profesional y su magisterio clínico y científico Purriel se embarcó a estudiar toda esta problemática socio-médica y política al fin.

Este folleto es un resumen analítico cabal de esta problemática. Contiene una serie de cifras y datos estadísticos propios de una mentalidad científica influenciada por la sociología moderna. El resultado es un fotograma de la asistencia médica pública y mutual del Uruguay al comenzar la década de 1970. Hoy día es un documento valiosísimo de la historia social de la medicina en nuestro país.

Pero además, este folleto tiene dos peculiaridades: una es la reproducción de un magnífico retrato a lápiz de Pablo Purriel, que bien podría corresponder al que le realizara el artista y maestro de formación Constructivista Guillermo Fernández (1928-2007) justamente a fines de la década de 1960 o a principios de la de 1970, que al parecer se encuentra en el escritorio del profesor de Enfermedades Infecciosas Dr. Julio Medina en el Hospital de Clínicas.

Y la otra peculiaridad es el apoyo que le brindó al profesor Purriel en su trance político la Cámara de Industria y Comercio de Especialidades Farmacéuticas y Afines, expresada no solo al financiar la publicación de la notable conferencia sino en brindarle al cuerpo médico nacional la opinión de uno de sus más notables médicos “sobre un tema de primera importancia en la coyuntura socio-económica del país”. Tengamos en cuenta que el concepto más repetido por el Profesor Purriel en su conferencia es el del “deterioro económico” del Uruguay en torno al año 1970.

El final de este esfuerzo, de este Espíritu purrieliano es bien conocido por todos nosotros.

Cabe entonces redoblar el agradecimiento a los arquitectos Faget y Pons por esta donación de un simple folleto pero de un contenido crucial para la historia contemporánea de la medicina social en nuestro país.

Dr. Juan Ignacio Gil Pérez

En el Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois”, lunes 3 de diciembre de 2018, Día Internacional del Médico.

ROTARY CLUB – CONFERENCIA PURRIEL 1972⁶⁰ SEGURO DE SALUD

El Sr. MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Prof. Dr. PABLO PURRIEL,

Es un ciudadano suficientemente conocido por sus valores morales y técnicos.

ENDOFARMA no podía menos en esta instancia, que dedicar este número especial a la difusión de la conferencia que el Sr. Ministro pronunciara, días pasados, sobre un tema de primera importancia en la coyuntura socio-económica del país:

EL SEGURO NACIONAL DE SALUD

Su estudio provocará sin duda una profunda modificación en la actual estructura sanitaria, con claras repercusiones en todo el funcionamiento de nuestra Sociedad.

Es en su seno, donde la Industria Farmacéutica participa como uno de los proveedores de salud.

60 Publicación mensual de la Cámara de Industria y Comercio de Especialidades Farmacéuticas y Aafines – No. 3. La Cámara de Industria y Comercio de Especialidades Farmacéuticas y Afines (CEFA) en los años 1972 a 1975 fue presidida por el Sr. Pablo Dupit y su Gerente era el Sr. Octavio Posada Alpuy. Ambos admiraban a Purriel como gran profesor de la Facultad de Medicina y estaban auténticamente preocupados por el Seguro Nacional de Salud que en aquel tiempo se pensaba una realización inminente que transformaría las prestaciones sanitarias. En ese marco organizaron alguna otra actividad en su Sede de la calle Paysandú 941, 6º piso, mismo local del Club Alemán, particularmente una mesa redonda con la participación de los Dres. Efraín Margolis, Julio C. Ripa y Manuel Liberoff, para un amplio intercambio sobre el proyectado Seguro de Salud. Esas inquietudes fueron interrumpidas por la Dictadura 1973-1985, pero se continuaron en 1985, cuando el 6 de agosto de 1985 organizaron una nueva reunión con el Dr. Margolis, acompañado por el Lic. Eduardo Carrillo, que concurría como consultor de OPS/OMS en la temática del medicamento y los indicadores de gestión.



La publicación de la conferencia que Pablo Purriel ofreciera en el Rotary Club de Montevideo sobre el Seguro Nacional de Salud, fue realizada por CEFA (Cámara de Industria y Comercio de Especialidades Farmacéuticas y Afines) en el mismo año 1972 en que fuera pronunciada. El texto de su alocución fue precedido por el siguiente comentario:

Su función esencial, es pues, servir a la Sociedad a través de la Salud.

Por tanto, para poder cumplir convenientemente sus deberes, necesita igual que cualquier otro ciudadano o institución del país, conocer la esencia y la forma de los instrumentos que mejoren el funcionamiento de nuestra democracia.

La igualdad de derechos que esta genera, ocasiona también el mismo nivel de igualdad de responsabilidades.

Para asumirlas todos, en su real dimensión, entendemos que resulta esencial la difusión de aquellas opiniones, experiencias, éxitos y/o fracasos que, luego de ser convenientemente analizados, puedan contribuir al perfeccionamiento del Seguro Nacional de Salud, para beneficio de todos los uruguayos.

El Seguro Nacional de Salud es una tentativa más en el largo camino del progreso sanitario.

Es en ese mismo camino por el que la Industria Farmacéutica transita desde hace ya mucho tiempo.

LA CONFERENCIA DE PABLO PURRIEL

Siendo el Rotary Club una institución que tiene muy en cuenta el respeto humano y el sentido de la solidaridad, no podía menos que interesarse por un problema como es el de la salud, que significa en esencia, gran respeto al ser humano, al dar a todo el mundo una misma asistencia, cualquiera sea su raza, su religión o su poder económico.

Desde la declaración de los derechos del hombre hasta las declaraciones de la Organización Internacional de Trabajadores, el derecho a la vida es sinónimo del derecho a la salud, y la salud es vida en plenitud, o bienestar físico y síquico. Tenemos que reconocer que la salud de-



pende de las causas ambientales y de la ecología; los países que tienen un desarrollo económico social de grado elevado, tienen diferente grado de salud de los países en vías de desarrollo o países en deterioro económico como el nuestro. Es así, pues, que de ninguna manera se puede apartar la evolución socio-económica de un país, del estado de salud de sus habitantes. Pero esto no vamos a analizarlo en este momento. Lo que nos interesa es trabajar por la salud del pueblo uruguayo, que en este momento, en lo que se refiere a prestación médica y económica, la creemos muy disminuida.

¿CUÁNTO GASTA EL PUEBLO URUGUAYO PARA SALUD?

De la cuota del producto bruto interno dedica un porcentaje importante al problema de la salud, que va desde el 5,6 al 5.8%. Si se analizan países de regímenes capitalistas o países de regímenes socialistas, se ve que en lo referente a este porcentaje, estamos muy por encima de lo que ellos gastan. La propia Inglaterra, con su seguro social, Francia y Australia – para citar tres ejemplos de países capitalistas – están por debajo de este porcentaje.

Y en los países socialistas es muy difícil encontrar alguno que se acerque a él.

El contribuyente y el Estado han hecho lo posible por asignar una partida muy importante a la conservación de la salud. Si se quieren números exactos, lo que se gasta en salud en el Uruguay, de acuerdo a cálculos de 1970 y 1971, llega a treinta mil millones de pesos. Esto nos lleva a decir que se dedican **cuarenta y cinco dólares**, al cambio de aquella época, a cada uno de los habitantes para conservación de la salud. Este porcentaje es diferente al **porcentaje inglés, que en el momento actual está entre setenta y setenta y cinco dólares**. Pero es muy posible que lo que se compra en el Uruguay por cuarenta y cinco dólares, cueste cerca de cien dólares en Inglaterra, de tal manera que debemos reconocer que gastamos una cantidad apreciable de dinero en problemas de la salud.

Si analizamos el material humano con que contamos para prestación de servicios, es el siguiente: médicos, 6 cada 10.000 habitantes (existen actualmente alrededor de 4.100 médicos en el Uruguay); odontólogos: uno de los más elevados porcentajes en el mundo: 4 cada

10.000 habitantes, a pesar de lo cual esta prestación entre los indigentes es deficitaria, ya que muy pocos de estos profesionales trabajan en el régimen de Salud Pública. La enfermera graduada (Nurse) está representada por un bajo porcentaje (2,9 por cada 10.000 habitantes), uno de los más bajos porcentajes conocidos, ya que países con buena protección superan el índice de 30.

Contamos con 137 establecimientos hospitalarios, de los cuales pertenecen a Salud Pública 70 y 67 a la actividad privada. Ellos cuentan con 17.000 camas en actividad, lo que da uno de los más altos índices de camas (6‰).

Agréguese que existen cerca de 1.000 camas en construcción, y muy pronto se llegará a 18.000 camas superándose los índices de sociedades calificadas como evolucionadas, casi en el límite de las llamadas “de la abundancia”.

En el área nacional existen más de 150 policlínicas. Todo esto merece una crítica especial.

Si analizamos las horas que el médico dedica a la atención hospitalaria de Salud Pública, vemos que son muy pocas, dado que lo exiguo del salario que se le paga lo obliga a tener otra ocupación mejor remunerada. El número de nurses que trabajan en Salud Pública, es muy bajo, lo que se aplica también por la misma causa. La actividad privada y para-estatal absorbe la mayoría de estos proveedores de salud, pagándoles salarios mucho más remunerativos. Este número de camas ha sido creado sin tener en cuenta política y planes de salud. **Puede observarse gran número de camas desocupadas, sobre todo fuera de la Capital, pero es importante el mal uso que se da a las camas.**⁶¹

La hospitalización es un régimen de atención médica sumamente caro que debe ser reservado y limitado a casos extremos. Cuando un enfermo ingresa a un servicio hospitalario, debe tener un estudio completo que facilite la indicación terapéutica inmediata, sea médica o quirúrgica. Esto lleva a acortar considerablemente los días de hospitalización, que deben ser muy pocos (de 4 a 5 en el Seguro inglés). **Es necesario emplear todos los medios posibles para que el enfermo**

61 La clara percepción de que existía un abundante número de lechos hospitalarios desocupados, brindaría ocasión durante su Ministerio de redistribuir los pacientes internados en el Hospital Vilardebó, como refiere en otra parte de este trabajo el Dr. Jaime Sznajder, designado por Purriel para dirigir el establecimiento.

tenga una muy corta estada hospitalaria, creando en su domicilio condiciones apropiadas, mismo para el post-operatorio.

En Inglaterra, un enfermo operado pasa rápidamente a su domicilio, y si sus familiares no pueden darle todos los cuidados necesarios, el Seguro pone una empleada durante ciertas horas del día o durante todo el día para que lo cuide en su casa, ya que se considera que esto es infinitamente más económico que el régimen de hospitalización.⁶² Entre nosotros la hospitalización es sumamente prolongada, citemos el Hospital de Clínicas, nuestro mejor centro docente asistencial, donde por lógica la hospitalización es la más elevada. Es frecuente ver en sus servicios que la mayor parte de los enfermos son crónicos, sólo los cancerosos ocupan el 20%, gran propensión de accidentes vasculares, de trastornos neurológicos o “enfermedades del desgaste” ocupan posiblemente el mayor rubro de estos internados. Esto lleva a que su promedio de hospitalización esté en 22 días, lo que encarece enormemente esta prestación y no permite que una cama tan útil, sea empleada de manera más ágil, económica y eficaz.

Si se toma un mapa sanitario donde estén representadas todas las policlínicas existentes, vemos el área nacional cubierta por ellas, pero es una ficción, dado que un enorme número no cuenta con una planilla presupuestal que asegure la asistencia del médico, y cuando existe alguno responsable de asistir a ese centro, lo hace de manera semanal, quincenal y a veces episódica. No existe posibilidad de una asistencia domiciliaria. Algunas policlínicas reciben visitas bisemanales (las menos, tres) y son muy raras las que tienen asegurada diariamente la presencia del médico.

Por otra parte, estos centros no fueron programados con un criterio científico de planificación. Muchas veces fue el deseo de un político que quiso crear algo entre sus electores, y la conclusión es que la prestación de servicios médicos, sobre todo rural, se resiente enormemente con tal desorden.

62 Esta observación de Purriel se anticipó en apenas 43 años a la implantación por Ley No. 19.353 promulgada el 27 de noviembre de 2015 del Sistema de Cuidados. A nivel de las instituciones mutuales, ya desde la década del 80 se venía desarrollando en las principales instituciones el sistema denominado de “internación domiciliaria”, como forma de mejorar la atención – cuando la situación familiar lo permitía – con cuidados médicos y fundamentalmente de enfermería en el hogar de los pacientes. Lo que mejoraba sensiblemente la economía de las instituciones al disminuir el tiempo de hospitalización.

En el Uruguay hace años que no se especifica una política de salud que emane de las necesidades que tiene nuestro pueblo, de acuerdo con datos epidemiológicos, grado de desarrollo, necesidades demográficas, etc.

No existe tampoco un plan de salud acorde con recursos humanos, materiales o económicos que permitan una realización de tipo prioritario. Nuestra política de salud o plan de salud no es a lo menos explícita, sino que va implícita en lo que hacemos y esto es muy deficitario.

La prestación de servicios médicos en este país se realiza a expensas de:

- a) Salud Pública;
- b) Entes paraestatales;
- c) Medicina colectivizada;
- d) Medicina privada.

Sobre esta última no hemos de referirnos, ya que ella vive su caso, no sólo aquí sino en la mayor parte del mundo.

Comencemos el estudio analítico por Salud Pública, que asiste sobre todo a indigentes. Analicemos la situación de los proveedores de la salud y de los usuarios. Entendemos por proveedores de la salud a todos los trabajadores de la salud, desde el médico hasta el enfermero o carreras para-médicas. Ellos, dentro del régimen actual de Salud Pública, están muy mal remunerados. De los aproximadamente 15.000 funcionarios existentes, se cuenta con un staff de cerca de mil personas que ocupa el techo presupuestal (\$ 30.000 mensuales). Es lo que ganan los técnicos de jerarquía, algunas veces de renombre internacional. Poco importa que lleven atendiendo varias décadas, que sean jefes de servicios desde hace años: su jornal es inferior al de un mensajero de otras instituciones de tipo estatal, por ejemplo Asignaciones Familiares (\$ 38 mil). El médico, arquitecto, ingeniero, máximo gran jerarca, gana \$ 30.000.

A esta categoría de funcionarios, le sigue otro grupo cuyo jornal oscila en \$ 23.000, y viene luego la gran mayoría cuyos jornales son de \$ 20.000 y \$ 17.000 mensuales. Estos últimos, después de los descuentos, sin leyes sociales, quedan en \$ 14.000, pues tengamos en cuenta que hay un 30% que no cuenta con la asignación familiar y el hogar constituido.

Estas remuneraciones del personal explican algunas de sus características fundamentales: es un personal lleno de frustraciones, con congojas y ansiedades económicas, carente de entusiasmo, componiendo grupos burocráticos que se ven necesitados de obtener otro empleo, lo que todavía dificulta más el cumplimiento de su quehacer en Salud Pública. No es lógico que ellos sientan gran entusiasmo o sentido de responsabilidad o atracción por este trabajo tan mal remunerado. No dejamos de reconocer que a pesar de todo se encuentran, como en todo grupo humano, casos de abnegación.

Salud Pública dedica casi el 70% de su presupuesto a salarios tan bajos como los que acabamos de comentar. Lo corriente es que este rubro tenga alrededor del 60% del presupuesto. Esto nos lleva a la conclusión de que contamos con gran número de empleados mal ubicados, peor distribuidos y muy mal pagos.

Salud Pública, sin política de salud, carente de plan de salud, con un presupuesto salarial de los más bajos de la esfera oficial, sufre un deterioro progresivo que acompaña además al de las finanzas nacionales. Salud Pública no escapa a nuestro deterioro económico. Es que a nosotros nos corresponde la clasificación de subdesarrollados más que nada por nuestro deterioro económico.

Este régimen de Salud Pública es el paradigma de la falta de coordinación, el ejemplo de un régimen sin planes, de una organización carente de integración. Carecemos de medios en un sector, dilapidamos en otro, tal vez podría denominársenos: “los artífices del derroche en la miseria”. Es frecuente encontrar duplicaciones y multiplicaciones de servicios no coordinados, tres hospitales separados por minutos de recorrido, camas vacías, ausencia en gran número en los servicios rurales y las ocupadas, mal atendidas. Y esto es una culpa de todos, ya que no hemos tenido, los componentes del equipo de Salud Pública, sentido administrativo, y los que han dirigido han carecido de sentido de coordinación, de planificación en su programación.

Cada uno de nosotros hemos mirado fundamentalmente nuestro servicio, atendiendo poco los intereses de la comunidad. No nos hemos detenido a estudiar Salud Pública en una visión panorámica, la hemos siempre visto con la óptica personal, lo que ha llevado a tener servicios especializados en exceso, aparatos costosos trabajando muy poco tiem-

po. En suma, no se ha tratado de coordinar el esfuerzo humano y los elementos materiales y recursos económicos para un mayor rendimiento.

Esta falta de coordinación es generalizada. En el propio Ministerio existen funciones que se duplican en las 53 secciones, algunas han dejado de tener vigencia pero siguen existiendo, con numeroso personal. Falta de sentido económico, de ordenación en el manejo de los recursos económicos, individualismo exagerado en la acción. Súmese a esto un deterioro económico que progresivamente lleva a la descapitalización, con servicios hospitalarios algunos de ellos en estado deplorable, equipos envejecidos fuera de la tecnología actual, otras veces modernos y costosos aparatos para uso personal, que funcionan para un reducido número de enfermos en corto tiempo, lo que encarece enormemente su producción.

Si hablamos de medicina igualitaria para todos los habitantes, la primera idea que viene es que debemos modernizar algunos equipos, suprimir el derroche económico, contar con los adelantos tecnológicos, planificar la acción, coordinar la de los diferentes lugares, integrarla en un sentido universal, modificar totalmente nuestro aparato administrativo, causante en parte del derroche que lleva a la carencia.

Salud Pública puede juzgarse como un régimen no coherente, que maneja muy mal sus recursos económicos, contando con medios deficitarios para la prestación de sus servicios. Urge reformar este sistema. En su administración persisten las reminiscencias de la época de la beneficencia. Un solo ejemplo basta para juzgarlo: existen 83 unidades ejecutoras que compran libremente en pequeñas partidas, sin limitaciones. Ellas han efectuado compras últimamente por 1.500 millones anuales, en cambio la Proveeduría oficial, organizada para el suministro de toda la organización, sólo ha comprado 500 millones.

En lo paraestatal tenemos un gasto enorme. Existen grandes servicios médicos en los entes autónomos, algunos muy buenos, otros frente a un enorme presupuesto se dedican simplemente a certificaciones.

La asistencia colectivizada, el mutualismo, ha prestado en otra época – y lo sigue haciendo en algunos sectores – un enorme servicio a todo el pueblo uruguayo. Pero en el momento actual sufre un gran deterioro económico.⁶³ A pesar de todo, es necesario reconocer

63 Es muy válido el reconocimiento que realiza Purriel a la función benéfica del mutualismo en el desarrollo de la atención de salud en Uruguay. Pero el deterioro económico venía de al-

que mirando de manera global la asistencia de la medicina colectivizada, es superior a la que prestamos en Salud Pública. Pero si analizamos este régimen de prestación de servicios médicos, observamos su profunda crisis. Muchas de las mutualistas consisten en reducidos núcleos humanos cuyos reducidos aportes no pueden de ninguna manera respaldar una asistencia integral moderna tecnológica y a las grandes instituciones de medicina colectivizada, les es en el momento actual imposible trabajar sin déficit si quieren ofrecer una prestación médica correcta. En cada una de ellas existe un enorme déficit. La más potente, el Sindicato Médico [CASMU] parece perder cerca de \$ 500 mensuales por usuario. Adolecen en parte de los mismos vicios del Ministerio: falta de planificación, coordinación, integración y sobre todo moderna administración.

¿Es acaso posible que un aparato de rayos X que cuesta más de 20 millones, trabaje en algunas mutualistas, una o dos horas por día? ¿Puede una mutualista con número limitado de socios, mantener todo el equipo humano y material para una asistencia integral? Lo lógico es planificar, coordinar e integrar estos grandes grupos humanos de la asistencia colectivizada al resto de la población. Claro que en el régimen mutual, además de estos problemas, existen otros pasibles de crítica. Los usuarios pagan de manera indiscriminada, el rico igual que el pobre, lo que hace pensar que el pobre paga parte de la asistencia del rico. No hay tampoco aquí un moderno sentido administrativo. Cada una de estas instituciones tiene sus puntos de vista sobre el tema, no hay tecnología en administración, etc.

Existen en Montevideo 67 puestos de urgencia de las diferentes Mutualistas. Si alguno de nosotros necesitamos un servicio y no pertenecemos al puesto que está al lado de nosotros, tendrá que venir a

gunos años anteriores a su Ministerio, cuando en 1968 Jorge Pacheco Areco decretó la Congelación de Precios e Ingresos, a través de la institucionalización de la COPRIN, introduciendo una política de precios administrados para las cotizaciones de la medicina colectivizada, que puso en serio riesgo la supervivencia de las instituciones. Ese deterioro sostenido en el tiempo haría eclosión primero en 1981 con la segunda ley de mutualismo (Decreto-Ley No. 15.181 promulgada el 21 de agosto de 1981), que promovió la fusión de instituciones que no alcanzarán determinada cantidad de afiliados, y luego continuaría en 1986 con una grave crisis que determinó el cierre de numerosas instituciones mutuales, y más tarde entre 1999 y 2001 con el cierre de otra importante cantidad de entidades (más de 20). Hasta el surgimiento de las leyes de Reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud, vigentes a partir de 2008, con la creación del Seguro Nacional de Salud y el Fondo Nacional de Salud, la comprometida situación permanecería como una amenaza permanente, condicionando el multiempleo de sus funcionarios por la inseguridad que generaba la progresiva pérdida de fuentes de trabajo en el sector.

ayudarnos uno muy distante; una integración en estos servicios, como en radiología o diagnóstico biológico, economizaría cuantiosas sumas. Y los ejemplos del derroche en el mutualismo son idénticos o mayores a los señalados en Salud Pública.

Si Salud Pública está en quiebra absoluta, el mutualismo está al borde del crack. Así nos lo dicen sus dirigentes de manera continua en el poco tiempo que llevo al frente del Ministerio.

Existe un viejo modelo de prestación de salud, que lo consideramos obsoleto, ineficaz, caduco, siendo imprescindible su desaparición, no por nuestra voluntad ni por destino sino por las necesidades imperiosas de la hora. Su crisis es irreversible. Cualquiera que hubiera llegado al Ministerio no tenía otra avenida para transitar que la del cambio total de régimen, ya que el actual es totalmente inoperante.

El Presidente de la República, en su mensaje de toma de mando, incluyó su intención de Socializar la Medicina. Conviene aclarar lo que esto significa. Socializar la medicina es crear una medicina nacionalizada, estatal, dirigida, donde hay un médico que tiene una nueva posición frente a la vida, no se trata de ofrecer su mercancía al cliente en el consultorio privado, de establecer una relación puramente individual con quien paga sus servicios, es ahora un médico al servicio de la comunidad, de la colectividad, que estudia cada una de sus unidades, pero conoce el medio en que ellas actúan, la manera cómo viven, sus problemas, sus necesidades, las soluciones prioritarias. Tiene el privilegio de encauzar la salud de un núcleo humano y de cada uno de sus componentes puede convertirse en un "leader" de su comunidad. Esto es, en lo fundamental, socializar la medicina. Hacer con ella lo que se ha hecho con la cultura, la que en la mayor parte de los países, como en el nuestro, es dirigida, estatizada, socializada. Este cambio de estructura no tiene nada que ver con el régimen capitalista o socialista de la sociedad en que se lleva a cabo. Los grandes seguros sociales, tal como el inglés, han sido realizados en sociedades capitalistas, y mismo en América Latina tenemos el ejemplo en Chile, en donde el advenimiento del seguro data de 1943. Norte América, ejemplo de régimen capitalista, ha socializado parte de su actividad médica, los grupos de enfermos que no pueden ser absorbidos por las pólizas privadas, tales como los ancianos, los enfermos de siquiatría y los veteranos de las dos guerras mundiales y de Corea, están bajo la égida del Estado en un

régimen de medicina dirigida de tipo socializada, y son hoy muchas las voces que se levantan en la propia Norte América anunciando el futuro cambio de régimen para la práctica médica. Claro que allí el problema es diferente por tratarse del prototipo de sociedad de abundancia, en donde el usuario suele tener fuerza económica para pagar sus servicios médicos.

Queda también establecido que medicina socializada es medicina estatizada, nacionalizada, y en lo que se refiere al médico, un trascendente cambio de actividad.

Para socializar la Medicina, debemos ir a la creación de un Servicio Nacional de Salud, donde se cumplan estos requisitos. ¿Y qué es un Servicio Nacional de Salud? Puede estar dirigido por un Consejo Nacional de Salud, integrado por diferentes representaciones, dentro de la órbita del Ministerio de Salud Pública, por así exigirlo la Constitución. Este Ministerio se hará cargo en lo fundamental de lo normativo e inspectivo.

El Servicio Nacional de Salud tendrá como rol fundamental el de crear, de acuerdo con el Ministro, una política de salud en relación a datos estadísticos nacionales, a morbilidad nacional, a desarrollos socio-económicos. Dentro de ella, se establecerá un plan prioritario de salud en relación a necesidades y recursos.

Todo esto debe funcionar dentro de un sistema de salud consistente en un conjunto de reglas que, previo un pre-diagnóstico de los recursos existentes en lo material, humano y económico, lleve a una coordinación, a una planificación, a una integración total que tenga como fin principal elaborar una prestación de asistencia médica de alta calidad, que pueda brindarse de manera indiscriminada a toda la población, demostrando que la salud no es una mercancía a la cual solo tienen acceso los poseedores de riqueza.

Para que esto sea factible, se necesita una cobertura casi universal, ya que se trata de una aventura financiera que no puede resultar sin el aporte de la casi totalidad de la población.

A esta financiación es a lo que se denomina un Seguro Nacional de Salud, que reúne una masa dineraria que manejada en un régimen de planificación y correcta administración, permita prestar la asistencia comentada a todos los componentes de la comunidad.

Aun cuando no es posible todavía hablar de manera definitiva de medios de financiación, es casi seguro que en esto, como en otras cosas, tendremos que transitar etapas intermedias, y tal vez el comienzo sea el del régimen tripartito (obrero-empleador-Estado); es posible que en un futuro próximo eliminemos la contribución del obrero y del empleador, porque con ese sistema el empleador cargará el costo de su contribución al del producto que elabora, lo que encarecerá la vida, y al fin y al cabo será el usuario que cargue con todo el peso económico. En el porvenir, el sistema tendrá que ser financiado en su totalidad por el Estado, y el Seguro Nacional de Salud integrará un régimen de Seguridad Social que proteja totalmente al individuo desde su nacimiento hasta su muerte.

¿Es acaso que esto se conseguirá gravando el impuesto a la renta, a las grandes riquezas, a los capitales no productivos, etc.? Esto no lo podemos contestar.

Se encuentra gente – por suerte los menos – que no están de acuerdo con este sistema. ¿Por qué? Los razonamientos son diversos. Unos por miedo al cambio de estructuras. Pertenecen a ese grupo humano en que se ha enlentecido el reloj que, ubicado en el cerebro, marca las horas de la época en que se vive. Existen hombres que no viven la época actual, se aferran al pasado, tienen miedo a toda reforma; hay aquí un poco de infantilismo, parecen representar al niño que tiene miedo de cambiar su vida hogareña por la vida escolar. Otros desconfían de todo, y dicen: ¿Tendremos que pasar toda actividad al Estado? A lo que contestamos: El Estado está para lo normativo y para el control de la ley, lo que nadie puede discutir. El Servicio Nacional de Salud tendrá cierto aspecto descentralizado pero dentro de una normalización y control estatal.

Este Servicio Nacional de Salud sólo podrá marchar con un sistema de regionalización. Las regiones a hacer funcionar serán delimitadas de acuerdo a múltiples características: demográficas, socio-económicas, culturales, vías de locomoción, proyectos de futuro, etc.

Lo importante es crear un régimen en que todo componente de una colectividad sea tratado en su área originaria. El 50% de los enfermos que se asisten en Montevideo pertenecen al área rural. Llegan aquí a extirparse una amígdala, a consultar un oculista y a operarse una hernia, no porque sean portadores de problemas médicos complejos, sino

por un conjunto de causas sin jerarquía. Las áreas de donde provienen cuentan con camas, con servicios de policlínicas no integrados, que a veces no tienen posibilidad de dar una prestación médica llamada de rutina; esto ocasiona un enorme gasto, ya que vienen enfermos a los hospitales de alto precio de hospitalidad, mal estudiados, que deben estar en régimen intrahospitalario, durante varios días, para su estudio. Se crean gastos de locomoción, se aumenta la falta de producción por parte del enfermo, y a su vez éste se halla totalmente desconectado de su familia y de su medio.

Todo este derroche, que emana de una falta total de organización, ha de ser corregido. La medicina regionalizada estará compuesta, de la periferia al centro, por policlínicas donde actuarán médicos jóvenes que han sido residentes, acompañados de una enfermera obstetra, de un enfermero calificado. Tendrá a su cargo un grupo humano al que vigilará su salud y tratará de resolver los problemas médicos más urgentes, ya sea en asistencia externa o en visita domiciliaria.

Cuando esta unidad de choque sea superada, el enfermo será dirigido hacia el hospital departamental, que ofrece una medicina compuesta por las grandes cuatro especialidades: medicina general, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. A este servicio de prestación médica se agregarán los servicios de salud que realizan toda la profilaxis, desde la atención Materno-infantil hasta las diferentes vacunaciones, la educación apropiada, etc. Es muy posible que el mayor porcentaje de enfermos puedan solucionar sus problemas en este centro departamental, pero todavía hay una oportunidad para quienes necesiten un equipo de especialistas.

Hemos de crear hospitales regionales que reciban enfermos de los hospitales departamentales que integran la región, serán hospitales departamentalizados con todas las especialidades vigentes, salvo aquellas que por su poca aplicación no pueden actuar sino en los grandes centros poblados, pongamos por ejemplo medicina nuclear, neurocirugía, angiografía, cirugía intracardiaca, etc. Se supone que más del 97% de los enfermos serán tratados en su región, en una acción coordinada e integral, a cargo de las tres unidades mencionadas.

No escapa a este cambio de estructuras una modificación fundamental de la enseñanza de la medicina. Esta se hace ahora sólo en los hospitales de indigentes. Son ellos los que se prestan y se utilizan

para la enseñanza de la Medicina. Jamás se emplean enfermos de las otras clases sociales. Esto ha llevado a un gran problema, ya que existen muchos estudiantes para muy pocos enfermos, y los malos ejemplos están dados por el número excesivo de exámenes clínicos a que, con fines docentes, hay que someter a estos enfermos con el único fin de “aprovecharlos para la enseñanza”.

Ahora las cosas cambian. Es que a través del Seguro Nacional de Salud, en su amplia red hospitalaria, en su extensa organización de policlínicas, se llevará acabo la docencia. Suponemos que desde el primer día que el estudiante ingresa a la escuela médica será puesto en contacto con grupos humanos, dado que, como hemos insistido, la virtud fundamental del nuevo médico es conocer al hombre, no en el estrecho recinto de un consultorio, sino en el campo amplio de la comunidad de que forma parte. El estudiante recorrerá de manera progresiva todos los componentes de la prestación de asistencia médica, en el hospital departamental, en su doble faz curativa y profiláctica, donde puede ser interno, o en el gran hospital regional donde se le ha de brindar una docencia de tan alta excelencia como la que se imparte en la propia Capital. La intrincación de asistencia y docencia aparece fundamental, la docencia da un tono especial a la asistencia, y por otra parte, como hemos dicho, hay que hacer en esta estructura asistencial un nuevo médico acorde a los principios de la Medicina Socializada.

Algunos insisten en que este cambio de la actividad médica puede ser pernicioso, dado que convierte al médico en un simple funcionario del Servicio Nacional de Salud.

Haciendo la aclaración de que aún con este régimen el médico puede seguir los caminos del ejercicio liberal de la medicina privada, y que sólo los que quieren pueden ingresar al Seguro Nacional de Salud, es bueno analizar la vida que le espera al nuevo médico, a quien se le adjetiva por algunos como simple “funcionario del Estado”.

Veamos lo que pasa hoy y lo que pasará en las nuevas estructuras. Hoy el médico recibido sale a ejercer su profesión, supongamos en un ambiente rural, con todas las inquietudes propias de la juventud, algunas científicas, otras económicas. Se enfrenta a una lucha dura en un medio hostil. No bien da sus primeros pasos se convence de la poca posibilidad de encauzar su actividad en un régimen científico por lo que pierde la inquietud por esto. Se halla desconectado de todo ambiente que lo mo-

tive en este sentido, y cada día ve disminuir el bagaje de conocimientos que adquirió en su aprendizaje. Se hace un empírico, un sistemático, se maneja de manera simplista, llega un momento en que su arsenal terapéutico queda supeditado a la información proveniente de los reclames comerciales de los productos que el mercado le ofrece.

Su edad madura le sorprende sin cultura médica, y muy frecuentemente sin aquella pequeña fortuna que él pensó acumular. Si debe reintegrarse a la Capital para que sus hijos sigan una carrera, le es muy difícil buscar trabajo luego de su alejamiento por años de esta plaza. Si se queda en la campaña, le sorprende el ocaso con un bagaje de frustraciones tan grande como las esperanzas e inquietudes que tuvo en su juventud. Parecería que cada ilusión fue cambiada por un fracaso. Ha pasado su vida mirando un horizonte desierto.

¿Cuál es la vida que le espera a este “funcionario del Estado”, como lo denominan los detractores del sistema por el que trabajamos?

Hizo una carrera moderna, fue residente de hospital, se integró al Seguro y obtuvo un puesto limpiamente logrado que lo llevó a ocupar un lugar, tal vez en una policlínica donde él integró un pequeño equipo. Este estuvo en conexión con otro equipo más grande, que fue el del hospital departamental, y también con otro muy completo que fue el hospital regional. Los enfermos que él estudió y que fue necesario enviar a esos centros, siguieron bajo su control, pudo seguir su evolución, comprobar sus errores o aciertos. Ha tenido que estar en contacto continuo con esos centros, con sus reuniones, sus cursos de entrenamiento periódicos, sus ateneos, todo motivo de incentivación y motivación. Aumentó continuamente sus conocimientos, no disminuyeron sus inquietudes, mantuvo vivo el fuego vocacional, ha tenido fijos en el horizonte de su vida algunos mojones que fue alcanzando de manera progresiva. Tuvo que dejar la policlínica después de un tiempo, para pasar al hospital departamental, donde siguió perfeccionando sus conocimientos, o incorporándose a las especializaciones que allí se ejercen. En este nuevo cargo tendrá mayor remuneración, mayor posibilidad científica, pero su horizonte no ha quedado desierto, una nueva posibilidad se le ofrece: ascender hasta el hospital regional, donde están las grandes especialidades, los equipos completos donde se ejerce la docencia en su más alto grado. Tal vez ya es un docente, y es un docente porque ha enseñado. Lo hizo en su modesta policlínica, en

el hospital departamental y luego en el regional. Tal vez su sueldo se haya doblado, al de la tarea asistencial se ha agregado el de la docencia, pero su carrera no ha terminado, tiene todavía otra mira; llegar al gran centro de la Capital, que cuenta con todo lo que la medicina puede ofrecer de acuerdo a los adelantos tecnológicos de la hora.

Al llegar el momento del retiro, una serie de prerrogativas precisas inscriptas en el estatuto del Colegio Médico, le aseguran un retiro sin problemas económicos, así como durante toda su actividad, se le aseguró vacaciones, seguro de enfermedad y de invalidez, etc.

Este nuevo médico empieza su carrera con ideales y transita por ella con una renovación continua de éstos. Siempre, como el personaje de la leyenda, tiene algo que alcanzar en su horizonte, pero a diferencia de aquél, su objetivo es tangible.

¡Cuánto daríamos nosotros por ser “médicos funcionarios” y poder desde esa posición, alcanzar lo que no pudimos hacer con la práctica liberal de la medicina!

Tenemos medios humanos suficientes, existe opinión casi unánime en la población – y también en el poder político – de que se necesita ir audazmente a esta reforma, hemos de realizarla de inmediato, de tal manera que los bruscos cambios justifiquen lo tardío de su aplicación.

* * *

COMENTARIOS A LA CONFERENCIA DE PURRIEL

La reforma de la salud había sido motivo de diversos proyectos y debates parlamentarios (Ver **Anexo 1**).

Esta conferencia muestra de modo auténtico el pensamiento de Purriel acerca de la reforma de la salud, que parte de un diagnóstico de situación en el sistema de la época, con apreciaciones generalmente correctas.

Su idea de la reforma se basaba en la instauración de un Servicio Nacional de Salud, que es una forma, tal como él lo define, de socialización de la medicina, estableciendo una organización en base a médicos funcionarios, con una segmentación del sistema por niveles de complejidad creciente. Que inicia con el primer nivel de atención,

representado por las policlínicas y los puestos sanitarios de los médicos rurales, los establecimientos en las capitales departamentales, y una regionalización que distinguiera algunos centros hospitalarios regionales para atender los casos de mayor complejidad.

Sitúa al Seguro de Salud como la fórmula para financiar las prestaciones, en base a aportes tripartitos, en principio, pensándolo como una forma de transición que iría hacia una progresiva asunción de la responsabilidad por parte del Estado, desapareciendo en el futuro los aportes de empleadores y trabajadores.

Menciona una estratificación de la carrera funcional del médico, que iniciándose por la Residencia, podría transitar los diversos grados del escalafón funcional, que le permitiría avanzar hacia niveles de complejidad de atención mayores, con el acompañamiento de la actualización de sus conocimientos para habilitar dicho avance, y acercándose a los centros de mayor concentración de población, en base a sus necesidades familiares y sociales conforme progresa en edad. Evitando de esa forma la frustración y anquilosamiento de los conocimientos que produciría el estar toda la vida anclado a un puesto alejado de los centros generadores de conocimiento y sin estímulos para actualizarse. Todo ello acompañado por una progresión de su remuneración acorde con la mayor complejidad de la tarea. Aunque la reforma del sistema se puso en vigencia por leyes aprobadas en 2007, doce años más tarde esta tarea de regionalización de la atención y la instalación de una carrera funcional progresiva, aún está pendiente de acometerse, siendo de fundamental importancia.

Dentro del análisis somero de la estructura sanitaria destaca Purriel la cantidad de camas ociosas que existen en el país, señalando con razón el costo de la ineficiencia.

En buena medida, esa realidad que existía para el año 1972, era dada por una antigua estructura que venía justamente de la gran cantidad de casos de tuberculosis que hubieron en las décadas anteriores a 1950, y que determinaron la existencia de una sobreoferta de lechos hospitalarios fundamentalmente en las capitales departamentales y también en algunos hospitales capitalinos, que entre otras medidas, habían inducido el cierre por 1968 del Hospital “Dr. Fermín Ferreira” ubicado donde actualmente se erige el *Montevideo Shopping Center*.

Esa circunstancia daría lugar a que, mientras esta conferencia tenía lugar, simultáneamente se estaba transformando algo en la atención de la salud mental, procurando una descentralización de la internación de larga estadía, cuando el Hospital Vilardebó tenía un exceso de pacientes en relación a la dotación de camas, en tanto en los hospitales departamentales había un exceso de camas libres por no ser ya necesarias para los pacientes tuberculosos que ahora se trataban ambulatoriamente, gracias a la irrupción de la medicación antibiótica específica, desde hacía más de 20 años.

Tenía muy claro Purriel que esta transformación que proyectaba, traería aparejada una necesaria reforma de la educación médica, y particularmente de la forma de trabajo y promoción de la carrera del médico funcionario, que visualizaba como una tarea inserta en un escalafón que iría acompañando el progreso de una trayectoria hacia lugares de mayor complejidad para permitir un mayor desarrollo profesional, personal y familiar, a la vez que un sensible progreso en su remuneración. Lamentablemente estas proyecciones aún con la reforma instaurada desde 2008 dista mucho de ser realidad y permanece en el ancho campo de las utopías.

Destacaba en su conferencia el papel que había desempeñado el mutualismo en la atención de la salud, pero reconocía que se encontraba deteriorado en sus posibilidades de progreso, aunque no identificaba en su discurso las causas de esa situación, que arrastraba desde la Congelación de Precios e Ingresos dispuesta por Jorge Pacheco Areco cuando por decreto creó la COPRIN, que los regulaba, y dispuso a partir de 1968 la fijación administrativa del valor de la cuota mutua, lo que llevó a la ruina, progresivamente a una buena cantidad de instituciones en crisis sucesivas que se manifestaron en 1981, 1986-87 y 1999-2001.

El Servicio Nacional de Salud inglés es una organización articulada en base a la estatización del sistema, con médicos funcionarios para atención de todos los habitantes del país, con el General Practitioner como eje del primer nivel de atención de salud y el régimen de asignación de pacientes por capitación, en base a listado de pacientes que han elegido atenderse con ese profesional. Hay tres términos que generalmente se confunden y no son sinónimos: servicio nacional de salud, que es una forma estatizada de organización; sistema nacional de salud, que es una

organización que articula a todos los prestadores, públicos y privados; seguro nacional de salud, que es la fórmula mediante la cual se financian las prestaciones.

El proyecto que llegó a articularse siguiendo estos lineamientos, con el asesoramiento y participación de destacados profesionales en el ámbito de la administración de servicios de salud, no alcanzó estado parlamentario por la disolución de las Cámaras producida el 27 de junio de 1973.

Fue de tal importancia el ímpetu que puso Purriel en la promoción del Servicio Nacional de Salud que los médicos organizaron en diciembre de 1972 la VI Convención Médica Nacional, que trató este tema central y sus Conclusiones se incluyen como **ANEXO 2**. Dicha VI Convención dio su respaldo a la proyectada reforma.

Este proceso de acumulación de fuerzas que se fue dando dentro de las inquietudes de diversas fuerzas sociales, particularmente de los profesionales médicos, que durante décadas habían insistido en la necesidad de adoptar una forma de organización de los servicios de atención médica que dieran mayor rendimiento social, mejorando las prestaciones y dando satisfacción a los prestadores y usuarios, entraría en una congelación hasta 2005 cuando se inició nuevamente una instancia de reforma, que esta sí resultó exitosa a partir de 2007, cuando se aprobaron las leyes que pondrían en marcha el Sistema Nacional Integrado de Salud desde el 1º de enero de 2008, y el funcionamiento poco antes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) como el seguro que financiaría al sistema, también con aporte tripartido e importante participación del Estado, y la reforma de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), organismo creado en 1987 como organismo desconcentrado, en la órbita del MSP, que pasó a ser un organismo descentralizado.

Para octubre de 2019 el número de médicos en actividad en el país supera ampliamente los 17.000, cuadruplicando la dotación mencionada por Purriel en 1972. La variación porcentual de la densidad de médicos cada 10.000 habitantes pasó de 71,2 para el período 1975-1985 a 11,6 para el período 2006-2017, según una publicación de 2018 del Colegio Médico del Uruguay. La distribución de recursos humanos y tecnológicos en el territorio nacional, dista mucho de ser la adecuada, y prevalecen los mismos elementos negativos que marcaba Purriel

en su editorial de *El Tórax*, para la concreción de algunos aspectos esenciales de una más justa distribución, atendiendo las necesidades poblacionales de las diferentes regiones del país, que permanecen así discriminadas en su acceso a la medicina actualizada. La reforma del Sistema de Salud (SNIS) lleva ya transitados doce años de vigencia y ha implicado muchos cambios necesarios, pero no suficientes. Aunque algunos elementos habrá que ajustar para acentuar la justicia en la distribución de recursos, para mejorar las prestaciones de salud, quedan todavía por encarar muchos temas de los que planteó Purriel hace 47 años. Pero puede apreciarse, además, que él es poco recordado como uno de los grandes dinamizadores de esta reforma.

Preveía ya la existencia de un Colegio Médico que sería creado recién por Ley No. 18.591 promulgada el 18 de setiembre de 2009 y cuyas primeras autoridades, encabezadas por el Prof. Dr. Jorge Torres Calvete, discípulo de Purriel, asumiría en noviembre de 2011. Aunque le atribuía funciones que tenían que ver con el retiro profesional, que el Colegio no posee.

En definitiva, una propuesta que venía desde las Convenciones Médicas Nacionales que se iniciaron en 1939, luego de recorrer un largo camino con el surgimiento de los seguros de enfermedad parciales desde 1958, que a partir de 1973 quedaría en suspenso por más de 30 años, hasta 2008.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD INGLÉS

Es evidente, por las múltiples referencias que hace en su conferencia, que Purriel era un ferviente admirador del modelo del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (National Health Service, NHS), desde su inicio en 1948. El NHS había sido inspirado en el Informe de William Henry Beveridge (1879-1963) que en 1942 sentó las bases teóricas para la instauración del Estado de Bienestar a través de la reforma de la Seguridad Social, por parte del gobierno laborista posterior a la Segunda Guerra Mundial. El NHS fue promovido por Aneurin Bevan (1897-1960), un político laborista, que fue ministro de salud del primer ministro laborista Clement Attlee (1883-1967). El ministro Aneurin Bevan luchó arduamente contra la desaprobación general de la profesión médica, encabezado por la British Medical Association (BMA), al crear el NHS en 1948. Este era un sistema de salud financiado con fondos públicos, que ofrecía tratamiento sin cargo para todos en el lugar

de consulta. Como parte de la demanda acumulada generada durante mucho tiempo, el NHS trató en su primer año de funcionamiento a unos 8 millones y medio de pacientes odontológicos y entregó más de 5 millones de pares de anteojos.

Sin embargo, pasados los años y a estar a los vaivenes políticos, en la alternancia entre gobiernos laboristas o liberales y conservadores, el NHS sufrió varias reformas, expansiones y retracciones del gasto en salud, influencia creciente de las leyes del mercado, privatización de servicios, desconformidad de los médicos, que en gran forma han emigrado hacia otros países, siendo reemplazados primero por médicos del Commonwealth, y más tarde por hispanoparlantes que vieron una oportunidad de mejora respecto de los sistemas de remuneración profesional en salud de sus países de origen. Puede resultar interesante la lectura de un artículo del británico Martin Gorsky⁶⁴, que realiza una revisión de los primeros 60 años del NHS. Este autor subraya que esencialmente el motivo del cambio radica en la evolución “del paternalismo al consumismo, de la necesidad a la demanda, de la planificación a la elección”. Los cambios han pasado por la apoteosis de la fe paternalista en la planificación, atribuyendo sus fracasos posteriores a la miopía tanto de los políticos como de la BMA, quienes prefirieron gastar en proyectos con ganancias más inmediatas. Alguno de los autores mencionados en este estudio, señalan el período 1960-75 como una época de creciente discriminación profesional, en contra de los médicos de minorías étnicas, inculcando un estado permanente de “paria”. También la influencia creciente de los economistas académicos de la salud, así como también el acento puesto en el gerenciamiento que ha conducido al estado tecnocrático, que no tuvo éxito en apaciguar la fuerza laboral del NHS. Así las restricciones en el gasto provocaron acciones reivindicativas por parte de enfermeras, médicos jóvenes y trabajadores auxiliares.

En consecuencia, la crisis del Estado de Bienestar surgió no de la falta de fondos, sino de la falta de voluntad para adaptarse a circunstancias cambiantes (en parte gracias a los académicos ocultos en la definición de políticas sociales).

Un tema central como la atención psiquiátrica en el NHS fue el cambio desde la década de 1960 de la atención institucional a la comu-

64 Gorsky, Martin The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography. *Social History of Medicine* Vol. 21, No. 3 pp. 437–460.

nitaria. La desinstitucionalización no funcionó adecuadamente, porque estuvo fundada en disminuir la presión fiscal, vale decir, disminuir el gasto, recayendo sobre las poblaciones problemáticas improductivas. Otro tanto ocurrió con la pobla-

ción anciana. Existe un acuerdo general de que la atención comunitaria ha sido decepcionante, aunque sigue siendo discutible si esto se debió a la complacencia política o al “abandono calculado”, en interés de preservar los recursos para la atención de los enfermos agudos.

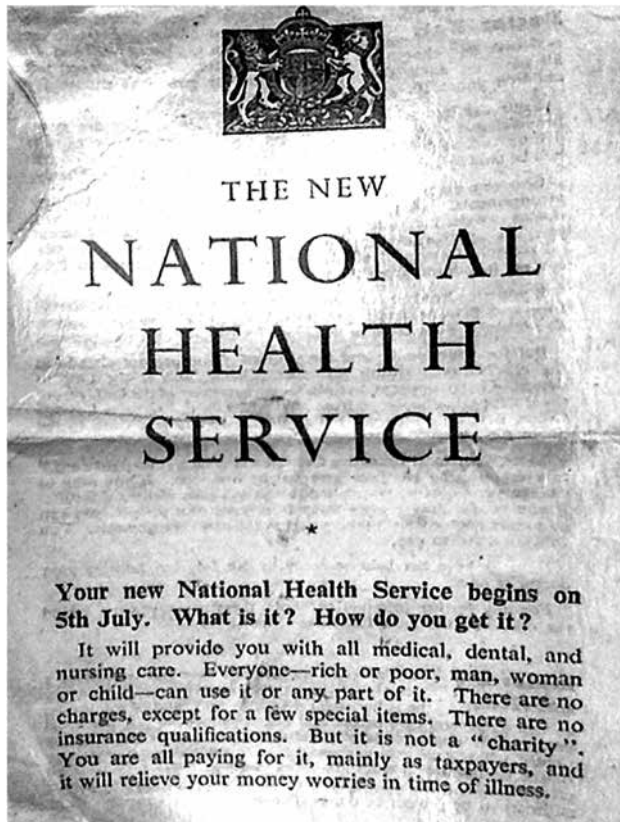
Es evidente que la evolución del NHS estuvo marcada por marchas y retrocesos, y el idealismo fundacional está cuestionado por la realidad cotidiana.

No sabemos qué hubiera deparado el futuro de haberse implantado en 1973 el Servicio Nacional de Salud que promovía Pablo Purriel para Uruguay, tomando en cuenta los cambios científicos y tecnológicos registrados desde entonces y las variaciones de los modelos de atención supervinientes.

Una postal de hace 70 años en el Reino Unido promocionando su nuevo sistema de salud. La Postal expresa: Su nuevo Servicio Nacional de Salud comienza el 5 de julio. ¿Qué es? ¿Cómo lo consigue?

NHS

70
YEARS
OF THE NHS
1948 - 2018



LA RACIONALIZACIÓN DEL VILARDEBÓ

JAIME SZNAJDER Y EL HOSPITAL VILARDEBÓ⁶⁵

“En el vetusto Hospital Vilardebó hay actualmente 1.150 enfermos, algunos desde hace más de treinta años, albergando además a un número apreciable de maniáticos que van diariamente a comer y a dormir con los dementes.”

(Fragmento de una nota publicada el 18 de octubre de 1972, en el diario “El Día”).

Jaime Sznajder, en una entrevista para su libro, al respecto de este hospital manifestó:

Hablemos de lo que fue su experiencia en el Hospital Vilardebó.

Cuando aquella mañana del 24 de mayo de 1972, a las seis y media me llama el profesor Purriel, nuevo Ministro de Salud Pública, para recordarme de mi promesa al Presidente y comunicarme mi nuevo puesto de Director Interventor del Vilardebó, casi me da un infarto. Pasado ese primer impacto le pregunto: “¿pero cómo?, ¿y qué hago yo en el Vilardebó, por qué me quieren allí?”; “yo te necesito” – me respondió – y entonces me dijo: “tenés dos grandes problemas: el primero es que hay 1.600 enfermos y 900 camas; y el segundo, que es muy difícil y alarmante, es que hay una epidemia de tifoidea en pleno centro de Montevideo (y estamos hablando del año 72, cuando a esa enfermedad ya no la habíamos visto más, ni aun siendo estudiantes), por el hacinamiento, por supuesto, y las malas condiciones sanitarias del hospital, y cuando eso salga a la prensa va a ser un escándalo; así que yo te necesito y te hemos nombrado Director Interventor del Vilardebó”. Entonces yo le digo: “bueno, pero un momento, yo no voy a dejar mi cargo en el CASMU, así que necesito un ayudante”, a lo que de inmediato me respondió: “tráeme cualquier ayudante que yo te lo nombro”.

Esa misma tarde salí a buscar ayudante, y dio la casualidad de que en el CASMU había un becario recién llegado de Chile y de México, el doctor Hugo Damasco, al cual, a pesar de nunca haberle visto en mi vida, pensé de inmediato. Así es que nos presentamos, le planteé si quería ser mi Subdirector, y aceptó de inmediato. Lo llevé al Ministerio y al día siguiente, a las siete de la mañana, yo diría que por primera vez en la historia, y creo que única en la historia de Salud Pública, el

65 SZNAJDER, Jaime: Entre la biografía y la historia: Un ciudadano de tres mundos. Editorial Dos Puntos. Montevideo, agosto 1999, 280 páginas; pp.: 173-182.



Walter Pintos Risso, Juan Ma. Bordaberry, Pablo Purriel, Jaime Sznajder.

La dama que está a la derecha de Bordaberry es la Dra. Ofelia Bachini, asesora en salud mental de Purriel.



Presidente de la República, Juan María Bordaberry, vino en persona a darme la posesión del cargo en el Vilardebó.

Pero al mismo tiempo, ahí empezaron otros líos. En primer lugar porque el director que yo desplazaba creyó que me nombraban a mí por un problema de “color”, y en segundo lugar, porque los psiquiatras en el Uruguay, en vez de estar divididos, como en épocas anteriores, en

psiquiatras clásicos y psicoanalistas, estaban divididos en psiquiatras de izquierda y de derecha. Había dos grandes grupos, bien radicalizados, uno de izquierda, representado por Reyes Terra, quien a pesar de representar la izquierda no era un izquierdista radical, y otro de derecha representado por el profesor Murguía, donde también estaba el Dr. Puppo. No solamente estaban muy alborotados, sino que llevaron el asunto al Sindicato Médico. Me llamaron las autoridades del Sindicato y tuve que reunirme con la Comisión y explicarle que yo era un técnico en Administración Hospitalaria que ese era uno de los pocos puestos disponibles, y cuáles eran los problemas del Vilardebó.

Entonces creo que se dieron cuenta de que no era una designación ni un problema político, sino que me lo había pedido el profesor Purriel en términos estrictamente técnicos. De modo que finalmente mis “credenciales” satisficieron a todos, y mi posición como funcionario del Sindicato Médico estuvo bien aclarada. Entonces esa tormenta pasó. Tanto es así que después me tuve que reunir con los de derecha y los de izquierda, y les dije: “señores, yo no soy en este caso ni de “Peñarol” ni de “Nacional”, me puse la “Celeste”, y aquí vamos a cooperar todos porque este hospital es un desastre”.

¿Y cómo se desarrolló entonces su labor?

Mi experiencia en el Vilardebó me ofreció la oportunidad de tener influencia y de trabajar en aras de conformar un nuevo hospital. Mi mayor contacto era a la hora del almuerzo, porque a esa hora me reunía con el equipo técnico para discutir sobre la problemática diaria del hospital. Pero mire lo que le voy a contar; como en ese momento había “veda” de carne, todos andaban desesperados por comer carne, y así llegué a tener a una cantidad de personajes, hasta diputados y senadores, que “se invitaban” iporque podían comer un buen churrasco además de visitar al Dr. Sznajder al hospital...!

Había casos extraordinarios y pintorescos. Teníamos un administrador que era un enamorado de las ciencias ocultas, y en aquel momento pasaban una serial en televisión de un vampiro, que se llamaba “Barrabás” creo, y este hombre era de lo más pintoresco, gordo y grandote, era hijo de un uruguayo que fue diplomático, que había sido Cónsul en Bari, y él antes de entrar, inexorablemente itenía que contarme el episodio del día anterior de “Barrabás”!, nunca me voy a olvidar de eso! Pero más allá de esto anecdótico que le cuento, era una muy bue-

na persona, un hombre muy honrado, un funcionario de esos que no se ven más, una vida absolutamente dedicada a la salud pública.

¿Cómo se sintió usted cuando vio lo que tenía por delante, la responsabilidad que tenía entre manos, la situación de verdadero desastre que planteaba ese centro desde el punto de vista asistencial?

Lo llamábamos “el desafío”. Éramos jóvenes. Los problemas no eran tan grandes. La desidia los hacía gigantes e impenetrables. ¡No se trataba de hacer grandes proyectos sino de acudir al más mínimo sentido común! Si yo hubiese tenido una personalidad del tipo de la de un Ricardo Yannicelli, obsesivo, ¡hubiera agarrado de inmediato una escoba y hubiera empezado a barrer los corredores!! Hay cosas elementales, de sentido común!! No sé si me explico, pero había que empezar por hacer lo que no se hacía, ¡que era de lo más elemental! Le pongo el ejemplo más sencillo: si usted alquila una casa vieja, cuando entra y ve que es un desastre, ¿qué hace?, ¡agarra una escoba y limpia! Pues no había mucha diferencia cuando se entraba al Vilardebó. ¿Qué es un hospital?, ¡es como un gran hotel! Lo que pasa es que algunos, en lugar de brindar un servicio para un alojamiento adecuado y una buena atención, no son más que un depósito de enfermos, unos de enfermos pasivos y otros de enfermos activos. Y en el depósito de enfermos pasivos que era el Vilardebó, uno entraba y de inmediato se encontraba con la destrucción, con la mugre, ¡con la más espeluznante desidia!

Entonces, era un desafío, pero no una cuestión de genialidad. ¡Era una cuestión de ponerse a hacer lo más elemental que desde hacía años no se hacía!

El segundo problema era el personal. La actitud de la gente que ya estaba acostumbrada a esa desidia. Primero la planta física, después el personal, y al mismo tiempo también los pacientes. Pero la diferencia con el hotel es que en un hotel el huésped va, se acuesta, duerme, desayuna y se acabó; pero al hospital quienes van, van porque están enfermos, y hay una diferencia enorme con el hospital quirúrgico, donde los que llegan tienen que operarse y donde hay toda una infraestructura para eso. El Vilardebó necesitaba sí un laboratorio, para ciertos análisis simples, un aparato de rayos X para los casos de tuberculosis o afecciones respiratorias, y si había algún episodio grave, a pesar de que había una salita de operaciones que nunca se usaba, se llamaba a una ambulancia y se hacía un traslado del paciente a otro hospital.

Entonces ¿cuál era el problema de los 1.600 enfermos y el desafío? Primero, ¿había allí en realidad 1.600 enfermos?, ¡porque el ingreso de comida que había era como para alimentar a 2.000! Entonces eso ya era un problema policial.

¿Venía otra gente de afuera a hacer uso de los servicios del hospital?

Y sí. Y lo vamos a explicar. No entraban solamente por alimento o por un techo para pernoctar. ¡Había quienes entraban para jugar al fútbol! Enfrente teníamos a la Escuela de Policía, que dirigía un famoso comisario, juez de fútbol [Alejandro Otero, antes jefe del Departamento de Inteligencia y Enlace], y ellos se venían a entrenar a la cancha de fútbol de atrás del hospital y entraban todos a comer. Y se formaba un cuadro contrario, donde algunas veces hasta jugaba el Subdirector del hospital con algunos internados...; y se jugaba al fútbol, que es parte de nuestra idiosincrasia cotidiana.

¿Y cómo entraban?

Por atrás, porque estaba todo abierto, sin alambrados, las paredes rotas, ¡y a veces el comisario hasta entraba por la puerta principal! Y así saltaba e ingresaba por atrás del hospital una población que venía a buscar comida, protección o refugio.

Entonces le pedimos al comisario su cooperación, y una noche se rodeó el hospital como si fuera un estado de sitio, no con tropas sino con policías, para no dejar entrar ni salir a nadie, y vino el Dr. Damasco y contaron cama por cama, cuántos internados en realidad había; después hubo que re-registrarlos.

¿Y coincidía la cifra?

Desde luego que no, pero eso no era lo que importaba, porque esa no era la realidad; es decir, una cosa es la realidad social, a mí no me importaba que viniera algún desgraciado de afuera y comiera, pero entonces había que tener un orden. ¡Había que saber cuántos internados había y quiénes eran! Entonces se trajo a un muchacho, Sergio Pérez, brillante, que recién empezaba su carrera – no había mucha gente que hiciera estadística y archivo -, y se empezó a contar y a censar enfermo por enfermo. Eso fue un trabajo extraordinario, ¡y no fue genialidad!, ¡fue simplemente sentido común!

¿Cuál es el balance final de toda la gestión?

Estuve 18 meses en el Vilardebó y cuando me fui, dejé 900 enfermos y 900 camas. ¿Cómo se logró? La doctora [Ofelia] Bachini, que en aquel momento era una de las colaboradoras de Purriel en el Ministerio, discutió mucho conmigo acerca de cómo solucionar el problema de superpoblación en el hospital, porque además, de esos 1.600 enfermos, la mitad dormía en el suelo, en medio de excrementos, en condiciones absolutamente antihigiénicas e inhumanas. Entonces surgió la idea de que la única manera de disminuir ese número, era haciendo una redistribución adecuada. Para ello era necesario reabrir una serie de pabellones de hospitales que habían sido cerrados. Es decir, lo fundamental fue lograr que se abrieran los pabellones de tuberculosos que se habían cerrado en el interior del país, para llevar la atención psiquiátrica también al interior. Eso fue sin duda algo muy importante que hicimos con la doctora Bachini y con el grupo de colaboradores de Purriel en aquel momento, y esa redistribución fue la que permitió llegar a los 900 enfermos y las 900 camas en el Vilardebó.

Volviendo a la situación desastrosa del Vilardebó, si la situación que describí antes acerca del Pereira Rossell era trágica, esta lo era mucho más, dada la calidad de los pacientes y el ambiente tétrico que había. Como le decía, no se sabía la cantidad de enfermos que había ni quiénes eran; no existía un archivo central, no había documentación ninguna, cada Sala era como una república, un feudo diferente. Había unos libros enormes de la época prehistórica, el hospital ya llevaba 50 años, cumplidos el 25 de mayo, y era un desastre. Con los mismos problemas de alimentación, de robos, de falta de personal en enfermería, y muchas otras cosas.

En esa labor de “recuento” de pacientes que le describía, hubo que rodear el hospital a las 4 de la mañana, porque en otros horarios entraba mucha gente de afuera y entonces contamos a los enfermos, como quien cuenta el “ganado”, hicimos el primer censo.

¡Y los descubrimientos que hicimos...! Cuando se empezó a recorrer Servicio por Servicio, Sala por Sala, encontramos que dentro de esos 1.600 enfermos había una cantidad cuyo nombre era “NN”, es decir, existía el nombre en la Sala, ipero oficialmente no!

La característica, a nivel de psicología social, muy genérica, del enfermo psiquiátrico, es que, como es un demente, para la familia es una suerte de “vergüenza” que hay que ocultar, porque es un factor de

“mala reputación”... Vale decir – y es muy lamentable tener que decirlo -, que en muchos casos, había pacientes, diría yo que “enterrados vivos” por muchos años, en el Vilardebó...

¿Y qué se hizo con esos casos?

...Puedo decirle que además de mi cargo de Interventor del Vilardebó, simultáneamente fui el “procurador” de todos esos enfermos, como el Procurador General del Estado de esos pacientes. Cada paciente que se internaba, perdía prácticamente su patria potestad, y yo le representaba frente a los intereses de la familia y los personales. Tenía una Secretaría, y una oficina permanentemente firmando todo el día problemas de estos pacientes.

También integré lo que se llamaba la “Institución de Ayuda al Psicópata”, en la que estaba Martínez Visca, un hombre muy inteligente, muy brillante, que había hecho sus propios proyectos vinculados a la salud mental. Tenía talleres, todo fuera del hospital, y pasé a trabajar también con él en toda la parte del enfermo “extramuros”.

Todo esto me dio un conocimiento pormenorizado de una enorme cantidad de familias uruguayas, muchas de apellidos importantes, cuyos parientes estaban internados en el Vilardebó, para las cuales por supuesto aquello era como un “secreto de Estado”. Yo creo que nunca tuve más influencia en una familia que en muchas de estas, por el solo hecho de haberme enterado y tener que defender, firmar intereses, herencias, problemas familiares y otras cosas por el estilo...

Otro hecho increíble del Vilardebó fue que de esos enfermos “NN” que vuelven a aparecer y a figurar, cuando nosotros inauguramos la reapertura de otros hospitales en el interior, por ejemplo el Pabellón del Hospital de Rocha, y se mandó a un psiquiatra para estudiar la situación de unos treinta pacientes que derivábamos, aparecieron enfermos que hacía 30 años que estaban internados ¡y que estaban completamente sanos! ¡Eran casos de pacientes que habían perdido completamente el contacto con sus familias! Y a muchos se les pudo, felizmente, reintegrar a su medio ambiente. De modo que se fueron reabriendo otros pabellones en el interior, además del de Rocha, por ejemplo el de San José, el de Paysandú y otros. Y me acuerdo que el primer médico que fue al interior a trabajar, fue el doctor [Clemente] Sazbón, psiquiatra del Vilardebó. A los otros hospitales ya fueron psiquiatras locales que tomaron a su cargo los pabellones.

EL HOSPITAL MUSTO

“Serán trasladados al Hospital Musto, en Colón, los internados del Vilardebó”

“En el Camino Colman, en Colón, sobre una superficie de veinte mil metros cuadrados, se está finalizando la construcción del Hospital Musto, que se destinará a la atención de enfermos mentales agudos”.

Fragmento de una nota publicada el 18 de agosto de 1972, en el diario “Ahora”.

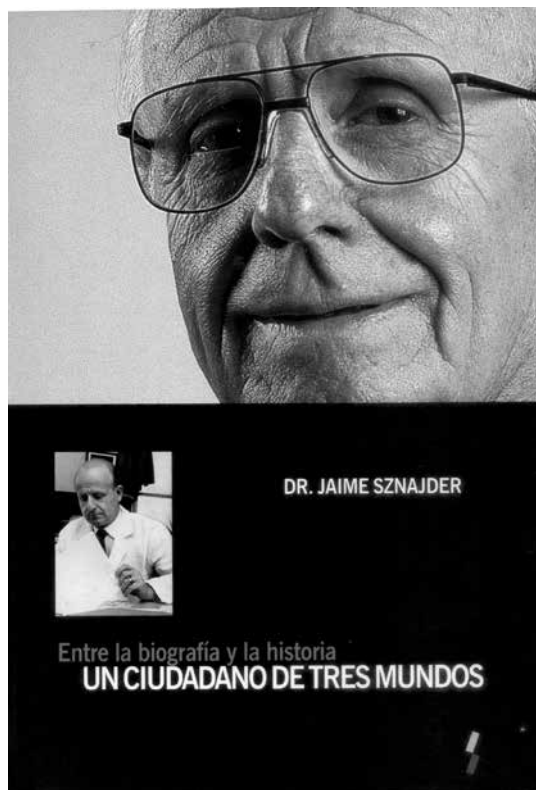
Vamos a referirnos a lo que fue la gestión para la finalización de las obras del Hospital Musto con destino a Centro Psiquiátrico.

Estando yo en el Vilardebó, un día me llama Pintos Risso, que era entonces el Ministro de Obras Públicas, y me dice: “Sznajder, lo paso a buscar, le quiero mostrar algo”. Yo tenía una buena relación con él, del gobierno anterior, y nos fuimos hasta el Musto. El Musto era un hospital que había sido construido para tuberculosos, y que nunca se habilitó. Eran pabellones nuevos a los que les faltaban obras de albañilería, colocar ventanas, puertas, etcétera. Entonces me pregunta: “¿esto le sirve para traer enfermos del Vilardebó?” “Cualquier cosa sirve, frente a la mugre y al desastre que tenemos allá” – le dije de inmediato -. Y es en ese momento que surge el invento del hospital Musto. Por supuesto, estaba la doctora Bachini de por medio. Pero entonces, iotra vez a luchar contra la peculiar idiosincrasia de los psiquiatras uruguayos! Ahora el problema era el traslado, el tener que ir desde el Centro hasta Lezica para atender enfermos, inadie quería ir!! ...Fue todo un problema en contra. Finalmente se habilitó, aunque duró pocos años. Se trasladó para allí también el Leprosario y otras dependencias, y más tarde, con el correr de los años, ya en mi ausencia, lo terminaron cerrando con toda una serie de problemas. Pero al menos tenemos el mérito de haber cooperado o de haber hecho todo lo posible, en un medio de escasos recursos, haber buscado soluciones alternativas que dieran un lugar a los enfermos psiquiátricos. Los que no ayudaban eran los propios psiquiatras...

Pero el Hospital Vilardebó me dio muchas satisfacciones. Tanto desde el punto de vista de todo lo que aprendí, al tener que estar al

lado de lo que era la Psiquiatría uruguaya, como desde el punto de vista de lo que fue posible hacer. El panorama inicial era desolador, y pudimos hacer mucho. Dejamos un Vilardebó con un archivo, con la individualización de cada paciente, donde se sabía quién era quién, dónde estaba, de dónde provenía, y se hacía un censo diario, de altas y de fallecidos; antes no había nada, no existía, y creo que mejoramos en mucho la situación, con la valiosa labor del Dr. Damasco, quien sin duda dedicaba más horas por día que yo, ya que yo cumplía la doble función, en el CASMU y en el Vilardebó.

A los 18 meses resolvimos irnos porque ya la situación general iba rumbo al fatal desenlace de la dictadura, y en aquel Uruguay del año 1973, todos los días había noticias de detenidos. Yo, de alguna manera estaba un poco inmune, porque a nadie le interesaba mucho el problema del Vilardebó, entonces no nos molestaban, pero si hubiéramos estado en otro hospital público, seguramente las cosas hubieran sido diferentes.



EL VILARDEBO:

De Cada 1.000 Uruguayos, 4 son Psicópatas

Ya no se utiliza la trementina para que el enfermo mental sustituya su delirio por el insoportable dolor que le provoca la inyección. Pero todavía hay pacientes que duermen en el suelo, techos que se llueven, escasez de personal y muchas otras carencias. El panorama, sin embargo, no es desolador. El 80 por ciento de los enfermos mentales puede ser recuperado y en el Vilardebó se están dando los primeros pasos para que ese porcentaje teórico se transforme en realidad.

DESDE la escalera, vimos entrar un nuevo paciente. No venía solo sino escoltado por dos funcionarios policiales, entre cuyos uniformes nos miró asustado, con lágrimas en los ojos. Cuando atravesó la puerta de entrada construida hace un siglo, dejó atrás el universo de la cordura, el mundo que espera a cuatro de cada mil uruguayos según la fría estadística. Muy probablemente él, sus parientes y amigos, ignoran que ocho de cada diez de los que atraviesan esa frontera, pueden ser totalmente recuperados para la vida en sociedad.

En estos números, se cifra la esperanza del Dr. Sznajder y del Dr. Hugo Damasco. Pero también está allí la responsabilidad de ambos, porque de su labor y del apoyo que reciben, depende que el paciente que acaba de ingresar tenga realmente ese 80 % de posibilidad a su favor.

Damasco, amigo de las citas, recuerda que alguien describió en el siglo XVIII al manicomio de Bedham como un lugar de regocijo donde los londinenses concurrían, previo pago de entrada, para contemplar a los dementes enjaulados y encadenados. Hoy la investigación ha demostrado que la mayor parte de ellos pudieron llegar a ser mucho más normales que aquellos que los observaban.

Los progresos no mejoraron mucho las cosas para esos desgraciados. Las cadenas y las jaulas se cambiaron por procedimientos más refinados pero no más humanitarios. Dejemos que hable la nurse Sor Gladys Correa, una inquieta monja uruguaya que ha encontrado en el Vilardebó su vocación de servidumbre a sus altos ideales:

—“Cuando llegué a la Sala 9, hace tres años más o menos, encontré diecinueve trementinas puestas. Era horrible verlos sufrir. Se retorcían del dolor y fue muy difícil calmarlos con anestésicos locales.”

Eso ocurría hace apenas tres años. La trementina se utilizaba cuando el paciente se hacía indomable por su agresividad y ponía en peligro su vida, la de sus compañeros de sala o la del propio personal del Hospital. Su acción es terrible: provoca un abceso que ocasiona dolores tan intensos que el paciente olvida todo para concentrar su atención en ese sufrimiento.

Cuando no se acudía a ese procedimiento, se utilizaba el agua fría, el chaleco de fuerza o las simples ataduras, causantes de más de una gangrena.

A todo esto, Sznajder dio una respuesta terminante: “Está terminantemente proscrito, la moderna quimioterapia hace innecesarios esos procedimientos salvajes. Actualmente una comisión médica estudia las medidas que aseguren permanentemente la existencia de un arsenal de medicamentos adecuados.”

Al Dr. Jaime Sznajder no hay necesidad de presentarlo. Hace algún tiempo pudo ser Ministro de Salud Pública por sus méritos dentro y fuera del país y por su capacidad administrativa. Justamente por esa especialización suya fue escogido por el Dr. Purriel para buscar solución al Hospital Vilardebó, cuya situación en ese momento se describe con muy pocas palabras: 1.300 pacientes internados, de los cuales 400 dormían en el suelo. El Dr. Hugo Damasco tiene además de su juventud y entusiasmo, los títulos de Licenciado en Salubridad y Master en Hospitales obtenidos no gratuitamente, en Universidades de Chile y Puerto Rico.

Ambos recibieron a EL PAÍS luego de que una denuncia anónima motivara una consulta con el Dr. Purriel. “Vaya y vea —dijo el Ministro— luego escriba lo que dicte su conciencia.”

Sobre el Vilardebó ya se han escrito notas lacrimosas con abundantes concesiones a la morbosidad de cierto sector de lectores y también entusiastas ponderaciones a jerarcas que prometieron cosas que no cumplieron porque no quisieron, no pudieron o no les dejaron hacer. Esta sólo pretende reflejar una esperanza, quizá la última y por eso no puede tampoco ser ingenua. Dentro de un año, EL PAÍS penetrará nuevamente en el Vilardebó, por las buenas o por las malas, y realizará un balance de lo realizado, si es que algo se hizo.

Si el paciente que entró junto con nosotros tiene suerte, se alojará en la Sala 9. Esta es impecable por su higiene, por la absoluta ausencia de promiscuidad, por las salitas de uno, dos o tres enfermos, por los servicios higiénicos que realmente son tales, por el agua caliente e incluso por su televisor, donado por una institución benéfica. Si no la tiene, quizá le corresponda dormir en el suelo, sobre un colchón en el que se han lavado decenas de orines y vómitos.

Porque el Vilardebó es desconcertante: de una cocina impecable, regentada por una dietista y dotada de todos los elementos necesarios para desempeñar con total eficacia su labor, pasamos al quirófano instalado en la Sala 14, clausurado porque el techo se llueve y —seguramente— porque es imposible mantener un mínimo de asepsia en un local que se mantiene en pie por algún curioso olvido de las leyes físicas.

Sznajder y Damasco no son psiquiatras, por eso permanentemente se excusan de entrar en el terreno de la especialidad. Pero durante la recorrida con ellos por todo el establecimiento, nos siguió la curiosidad de los pacientes que la nuestra derivó permanentemente hacia sus problemas particulares. Es difícil, realmente, conducir esta nota fuera del cauce de la truculencia.

Nuestros anfitriones —debemos confesarlo— no nos ocultaron nada.

Entre pacientes y funcionarios, el Vilardebó constituye un pueblo de dos mil personas, una comunidad que no despierta simpatía sino temores y prejuicios en el mundo exterior. Sus habitantes cir-

culan por los pasillos conversando con inexistentes interlocutores o se tiran al sol, de espalda a todo lo que los rodea.

Sznajder advierte: “Nada de fotos de las caras de los pacientes, está prohibido por los reglamentos”. Nuestro compañero Héctor Pignalosa baja comprensivamente su cámara, pero no oculta su desilusión, porque allí en pocos metros cuadrados, están reflejadas en forma caricaturesca, todas las emociones de la humanidad. Desde la alegría eufórica hasta la melancolía más profunda.

Sería fácil describir la forma en que estaban vestidos muchos de ellos para excitar la commiseración e incluso la ira. Pero es preciso comprender que los pacientes rompen permanentemente su ropa, que pocos tienen parientes que la repongan y que falta personal de servicio.

Y no sólo rompen sus ropas, sino también las sábanas, el mobiliario y los gabinetes higiénicos, cuando saben utilizarlos.

Ya vimos cómo entra un paciente al Vilardebó por la puerta principal. Pero también, aunque parezca increíble, hay quienes entran subrepticamente... y no están locos. Los hay de diversas clases: maleantes que encuentran refugio nocturno para ellos y para el producto de sus fechorías y hambrientos atraídos por la cocina que, como se dijo, es ejemplar. Actualmente hay mayor control en tal sentido.

Por el mismo lugar donde se entra, lógicamente, se puede salir. En el fondo, junto a la cancha de fútbol, hay un montoncito de piedras que facilita los saltos sobre el muro. “¿Para qué quitar las piedras? —dice Sznajder— las volverían a colocar.”

Por allí salen diariamente algunos internados. Un funcionario con cuarenta años de experiencia en el Vilardebó nos asesora: “La mayor parte de ellos vuelve. Yo los he clasificado en tres grupos, los que salen para ‘mangar’ y vuelven, los alcohólicos que, tras saciarse, también vuelven y por último los que se consideran curados y rara vez regresan.”

La otra forma de salir del Vilardebó, la que el eficiente equipo de médicos especialistas y los Dres. Sznajder y Damasco procura incentivar, es el alta hospitalario. A él, pueden ambicionar 8 de cada 10 internados. De la forma en que se procura lograr ese porcentaje teórico, tratará la segunda nota.

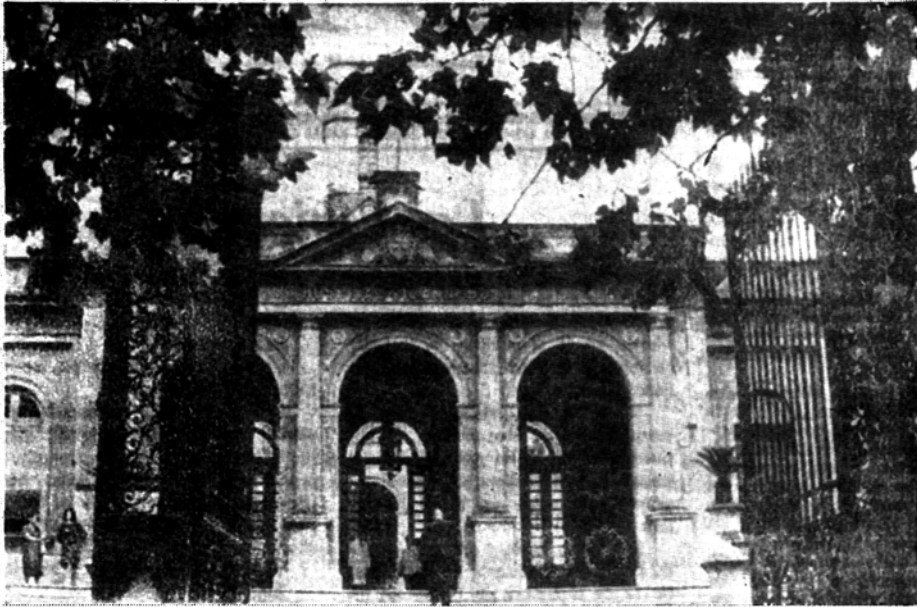
GUILLERMO PEREZ ROSSE.

REALIZAN CENSO EN EL VILARDEBO: 1.055 DEMENTES

EL Hospital Vilardebó alberga a 1055 enajenados mentales —de los cuales 533 son hombres y 522 mujeres— según el censo cumplido ayer en dicho establecimiento por 17 equipos de Salud Pública compuestos por más de 80 personas. “Este relevamiento no es un simple “recuento de cabezas” —de acuerdo a lo expresado por las autoridades de la institución— sino que durante el mismo se capitalizó un pormenorizado informe sobre las características mentales y el estado físico de todos los internados”.

LOS DAN DE ALTA, PERO ELLOS VUELVEN A COMER

El gravísimo problema de las carencias de Salud Pública en materia de asistencia social volvió hoy al tapete, cuando la Policía debió sacar compulsivamente del Hospital Vilardebó a dos internados que, aunque ya curados, se negaban a abandonar el establecimiento. El triste caso, que se ventilará ahora en la esfera judicial, replantea con crudeza la eterna vigencia de la desigual lucha que libran los centros estatales de asistencia psiquiátrica, incapaces de reconquistar a individuos eventualmente útiles para la sociedad.



Vilardebó donó una chacra para que se construyera este edificio, que entonces llamaron "manicomio". Hoy necesitan allí, para cumplir con una gran reorganización, más que nada un personal bien capacitado para la tarea.

Reorganizan el Vilardebó: Pronto Habrá Seiscientos Enfermos Menos

El traslado del Hospital Vilardebó al Musto está ya decidido, pero según los arquitectos, terminar la estructura abandonada en su mayor parte desde hace 7 años, requerirá de 18 a 24 meses. Y después, vendrá el equipamiento, no sólo de las salas sino de los talleres, cocinas, etc. Mientras tanto, continúa la reorganización del nosocomio de la Avda. Millán.

Cuando el Dr. Abraham Horowitz, Director de la Oficina Panamericana de la Salud, estuvo en Montevideo, visitando el Hospital Vilardebó oyó decir que no podía trasladarse a un grupo de internados a su lugar de destino, la Colonia Etchepare, porque no contaban con los \$ 16.000 necesarios para cal con que blanquear el pabellón. "Son 16 dólares", comentó alguien, y horroizado, el ilustre viajero sacó su cartera y entregó 20 dólares, exclamando: "¡Por favor, tómenlos!". El Director los aceptó, pintaron las paredes y llevaron a los enfermos.

Esta anécdota da una idea de la situación en que hallaron el establecimiento, en mayo de este año, los Interventores, director Jaime Sznajder y adjunto doctor Hugo Damasco. Era la primera vez en la historia del establecimiento, que tiene ya 92 años, que llegaban para esos cargos dos médicos uruguayos no psiquiatras, y Directores de carrera. El primero, Master en Administración Médica de la Universidad de Michigan, y el segundo con el mismo título, de Administración Hospitalaria de Puerto Rico, y Licenciado en Salud Pública en Chile.

Se pusieron, en seguida, a hacer una reorganización. El Ministro Purriel había quedado profundamente impresionado al encontrar en colchones, en el suelo, a muchos pacientes de una población de cerca de 1.500, donde sólo puede haber de 700 a 800.

Movimiento de Internados

—Por estar construyéndose 3 salas, había disminuido la capacidad —explicó el Dr. Sznajder. Nos enfrentábamos con el problema de realizar los movimientos de internados con los mismos recursos, que eran muy pocos.

El gran problema del enfermo mental es que una inmensa mayoría se ve abandonada por su familia, y a causa de eso, aún los que se curan, permanecen en el hospital. Por años, se mandaba gente de esta casa a la Colonia Etchepare, y de allá, para aquí.

Una investigación permitió saber, cuáles eran los que podían instalarse en otra parte. Se construyó un pabellón en el Saint Bois, para los bacilares; llenaron huecos de la Colonia Etchepare, con los crónicos. Desde que esa casa tenía el trágico nombre de manicomio (en la pared está el acta con dicha palabra) allí enviaban a todos los que no se sabía adónde mandar. Como dijo, el Dr. Sznajder:

—Esto debe ser realmente el Hospital Psiquiátrico, de Asistencia, Docencia e Investigación, y no un mal asilo, y atender al que necesita una terapéutica inmediata, con posibilidades de recuperación. Un programa que ya da resultados es el retorno de pacientes al interior. Hasta ahora los traían a todos a Montevideo, y sus familiares no los veían más. Ya hay un pabellón en Paysandú, y otro se abre ahora en Rocha. En los Departamentos tienen camas, y resulta una distribución más humana, ya que el 50 % de nuestros internados es de tierra adentro.

Van a establecer una serie de normas; en próximos días estará pronto el archivo centralizado que nunca existiera, no pudiendo saberse jamás nada sobre los enfermos, que permanecían años allí sin una historia clínica.

—Aunque carecemos de dinero —agregaron los Interventores— antes de fin de año no habrá aquí más de 800 y 900 enfermos. Disponemos de alimentos y ropa que donaron organizaciones internacionales, y el Intendente Rachetti nos prometió hacer limpiar patios, el parque, las alcantarillas, librándonos de los roedores que, además, molestan a la vecindad. Pero necesitamos personal, hay vacantes de toda clase, y el Ministerio de Economía y Finanzas debe aprobar los nombramientos de Salud Pública, de médicos, asistentes sociales, enfermeros.

«El Día», agosto de 1972.



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
PROSECRETARIA DE DIFUSION E INFORMACION

Comunicado de Prensa Nº 155/A/72

Montevideo, 17 de agosto de 1972

EL HOSPITAL MUSTO SE TRANSFORMARA
EN UN CENTRO SIQUIATRICO Y
DESAPARTOCERA EL VILARDEBO

El Hospital Musto será transformado en un Centro Siquiátrico para el tratamiento de enfermos mentales agudos y el predio que ocupa el Hospital Vilardebó será asiento de un Conjunto Habitacional que se construirá en el marco del Plan Nacional de Viviendas.

Así lo decidió hoy en forma definitiva el Poder Ejecutivo, que de inmediato adoptará las medidas pertinentes para que se reanuden los trabajos para la culminación de las obras del Musto, en las que hasta el momento se han invertido más de 1.500 millones de pesos.

Esta mañana el señor Presidente de la República, acompañado por los Ministros de Salud Pública, Dr. Pablo Purriel; de Obras Públicas, Arq. Walter Pintos Risso; el Jefe de la Casa Militar, Cnel. Mario Barbe Saravia, el Director Nacional de Viviendas, Tte. Cnel. Cr. Angel Servetti, el Edecán Militar, Mayor Alberto Martirené y técnicos de las dos Secretarías de Estado citadas, visitó el Hospital Vilardebó y luego se trasladó hasta Colón para inspeccionar las obras realizadas para el futuro Hospital Siquiátrico.-

Estas visitas del Jefe de Estado sirvieron para avalar la decisión gubernamental de resolver definitivamente el problema del tratamiento de los enfermos mentales crónicos y agudos que es una responsabilidad inherente al Estado y es una de las preocupaciones prioritarias del Poder Ejecutivo, según lo manifestara el señor Juan María Bordaberry a las autoridades del Vilardebó en la mañana de hoy.-

EN EL VILARDEBO

En el Hospital Vilardebó el Presidente de la República y su comitiva fue recibido por el Dr. Jaime Sznajder - Director Interventor del nosocomio desde que se dispusiera la intervención el pasado 25 de mayo, la Dra. Ofelia Bachini, Jefe del Departamento de Higiene Mental de Salud Pública; el Dr. Hugo Damasco, Director Adjunto del Hospital Vilardebó y personal jerárquico.-

Guiado por las autoridades hospitalarias, el Primer Mandatario y acompañantes recorrieron los distintos sectores del viejo edificio el que se fundara el 25 de mayo de 1880 - el Manicomio Nacional-, según consta en el acta respectiva que fuera expuesta a los visitantes.-

Salas para enfermos crónicos y agudos, sectores para internados peligrosos sicopatas y criminales reclusos allí, depósitos de alimentos, cocinas, patios de recreo, salas restauradas y nuevas, comedores y espacios libres fueron visitados. La comitiva presidencial, de esa forma, tiene contacto directo con la realidad que impera en el nosocomio y pudo apreciar "in situ" la situación de los in-//

- 2 -

//
internados, así como las mejoras realizadas. El Jefe de Estado fue informado, además, de las medidas adoptadas por la intervención para, dentro de las posibilidades, brindar una mejor atención a los enfermos.

En marzo del presente año - se informó por parte de la Dirección del Hospital - había 1.500 internados. En la actualidad son 1.150, ya que a parte de ellos se les dio de alta y otros fueron pasados a la Colonia Etchepare y Hospitales del Interior del país, por no requerir un tratamiento intensivo y permanente. Fueron citados además casos de enfermos que tienen más de 30 años de internación y personas sanas que pernoctaban y camían allí, o reclusos que simulaban estar enfermos.-

Si bien muchas de estas situaciones han sido solucionadas ^{hoy} por coincidencia en que el actual edificio no es apto para la función a que está destinado y que es necesario que el Estado arbitre las medidas conducentes a que los enfermos mentales - los que como se sabe en su gran mayoría no son atendidos en centros privados - puedan ser debidamente tratados y, lo que es más, recuperados para la sociedad.

Esa solución, como se señalara, ya está dispuesta: el Hospital Vilardebó desaparecerá, los enfermos serán trasladados al nuevo Hospital y en el predio de la Avenida Millán, la Dirección Nacional de Viviendas levantará un conjunto habitacional.

EN EL MUSTO

Desde el Vilardebó la delegación presidencial se trasladó hasta el predio en donde se levantan las estructuras del Hospital Musto (Cno. Colman-Colón).-

El futuro hospital psiquiátrico tendrá una superficie de 20 mil metros cuadrados. De estos, un pabellón - tres plantas - de 6 mil m² está prácticamente terminado y para el resto está construido el esqueleto de los pabellones. Está funcionando ya la instalación de calefacción (cuenta con cuatro calderas adquiridas en \$2.000.000.00 y cuyo costo actual es de \$200.000.000.00) y la red eléctrica.

Todo lo realizado fue inspeccionado por el Presidente, Secretarios de Estado y Técnicos, a quienes además se informó sobre lo proyectado por parte de los arquitectos Movezen y Oliver de Salud Pública y Tismornia, De Giorgi y Bergamino de Obras Públicas.

El futuro Hospital Psiquiátrico para el tratamiento de enfermos agudos tendrá capacidad para 630 camas, además de contar con alojamiento para médicos y enfermeros residentes.

Las autoridades del Vilardebó explicaron que ese número de camas es suficiente para la atención de los enfermos agudos, un 90% de los cuales pueden ser curables si son tratados adecuadamente. Señalaron que en los planes de la intervención está prevista la descentralización en cuanto a la atención médica de estas enfermedades: los agudos serán internados y tratados en el Hospital Psiquiátrico y los que no requieran internación y tratamiento intensivo y permanente serán atendidos en policlínicas y hospitales del interior de la República, a los que se les realizará el control periódico requerido.

Destacaron, además, que de acuerdo con un censo primario hecho por la Intervención se ha comprobado que un 50% de los enfermos internados en el Vilardebó son del Interior del país, y en la mayoría de los casos no requieren internación.-

Por último los arquitectos estimaron que para la terminación de las obras se necesitarán alrededor de 1.000 millones de pesos.

//

- 3 -

//
Se destacó que este tipo de hospital, por su competencia, no requiere otras inversiones costosas para quirófanos, laboratorios, salas de rayos X.

La instalación del Hospital Psiquiátrico en esa zona, implicará la formación en la misma de una Unidad Hospitalaria para el tratamiento de enfermos crónicos de más de 70 hectáreas, si se suman los predios del Saint Bois (Bacilares) y Leprosarios instalados allí.-

- o -

PURRIEL Y EL TERREMOTO DE NICARAGUA 1972

Uruguay tiene antecedentes en la organización de misiones de socorro a países hermanos de las Américas para ayudar en situaciones de desastres naturales, como lo fueron los terremotos de San Juan (Argentina), Ambato (Ecuador) y Managua (Nicaragua), en los cuales equipos médicos fueron enviados por el Gobierno nacional. Priario y Nieto recogieron algunos antecedentes de estas misiones, la última de las cuales fue encargada por Pablo Purriel siendo Ministro de Salud Pública.

⁶⁶ Dicen estos autores:

La experiencia de la medicina nacional en este tipo de desastres naturales fue recogida por las misiones sanitarias de auxilio en los terremotos de San Juan (1944), Ambato (1949) y Managua (1972).

Se relata en forma pormenorizada la preparación del grupo sanitario, el equipamiento que se transportó, así como la realidad de la zona del desastre, donde no había hospitales en condiciones de funcionar. Por lo tanto, el grupo de auxilio debió instalarse en ciudades vecinas al epicentro donde los hospitales estaban en condiciones normales, donde no faltaban la electricidad ni el agua potable, lo que permitía ponerse a realizar la tarea asistencial de inmediato.

Se destaca que la experiencia recogida en el primer terremoto en San Juan (Argentina) motivó la necesidad de tener un equipo médico coherente, con las mismas pautas terapéuticas y también que estuviera constituido fundamentalmente por traumatólogos, ya que la inmensa mayoría de los pacientes serían fracturados.

De estas tres experiencias la escuela de traumatología uruguaya marcará las directivas para posibles misiones futuras y, a la vez, realizará investigación clínica que posteriormente publicarán el Dr. José Luis Bado y colaboradores.

Terremoto de Managua (1972)

En la noche del 23 de diciembre de 1972 se produjo un terremoto de magnitud 6,8 en la escala Richter que afectó a la ciudad de Managua y alrededores, provocando la muerte de varios miles de personas y muchos miles de lesionados graves.

⁶⁶ Priario, Julio C. y Nieto, Verónica: Misiones sanitarias uruguayas en los terremotos de San Juan, Ambato y Managua. *Rev Med Urug* 2008; 24: 140-145

El gobierno uruguayo decidió enviar una misión sanitaria de auxilio a las víctimas de este desastre natural, para lo cual el ministro de Salud Pública, el Dr. Pablo Purriel, llama al Prof. Bado, quien rápidamente activa al grupo de emergencia del Instituto de Ortopedia y Traumatología y encarga la jefatura del mismo al Prof. Agdo. Jorge García Novales. El resto del equipo está integrado por el Dr. Julio C. Priario, cirujano general, los traumatólogos Dres. Carlos Suero, Asdrúbal Silveri, Jorge Piroto y Eusebio Vaeza, la nurse Baridón y el enfermero García Larriera.

En la tarde del 24 de diciembre se acondiciona todo el material médico-quirúrgico a llevar y en la mañana del día 25 el ministro Purriel reúne a todo el equipo en el Ministerio de Relaciones Exteriores para cumplir con los trámites administrativos de acreditación de la misión oficial, otorgar pasaportes a quienes no lo tenían, contactar con la Embajada uruguaya en Panamá para que esta actuara de nexo con las autoridades sanitarias de Nicaragua, ya que como consecuencia del sismo no era posible comunicarse telefónicamente con la Embajada desde Montevideo.

Una vez reunidos, el Prof. Purriel nos dijo: “¿Se dan cuenta que mientras nosotros estábamos celebrando el rescate de los muchachos de la cordillera, Nicaragua estaba sufriendo el peor desastre de su historia? Creo que Uruguay tiene una deuda con los que rescataron a nuestros muchachos y me parece que la mejor forma de retribuir esa acción es enviando una misión sanitaria para ayudar al pueblo nicaragüense a tratar sus miles de heridos”.

CENTRO DE ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE LA FIEBRE REUMÁTICA

Al realizar una revisión histórica de las enfermedades infecciosas emergentes en Uruguay durante el siglo XX, María Hortal y Gabriela García Gabarrot,⁶⁷ señalan que: Síndromes no supurativos como la fiebre reumática y la glomerulonefritis pueden asociarse a procesos supurativos, pero son una frecuente complicación post estreptocócica

67 HORTAL, M. y GARCÍA-GABARROT, G., Enfermedades infecciosas emergentes en Uruguay: memorias del siglo XX. . *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2016;3(2):7-23

de esa infección. Visto el problema de salud pública creado por la frecuencia de la fiebre reumática post estreptocócica, durante su Ministerio (1972-73) el Profesor Pablo Purriel creó, en el Hospital Pedro Visca, el Centro de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, enfatizando el diagnóstico precoz y la antibioterapia preventiva.

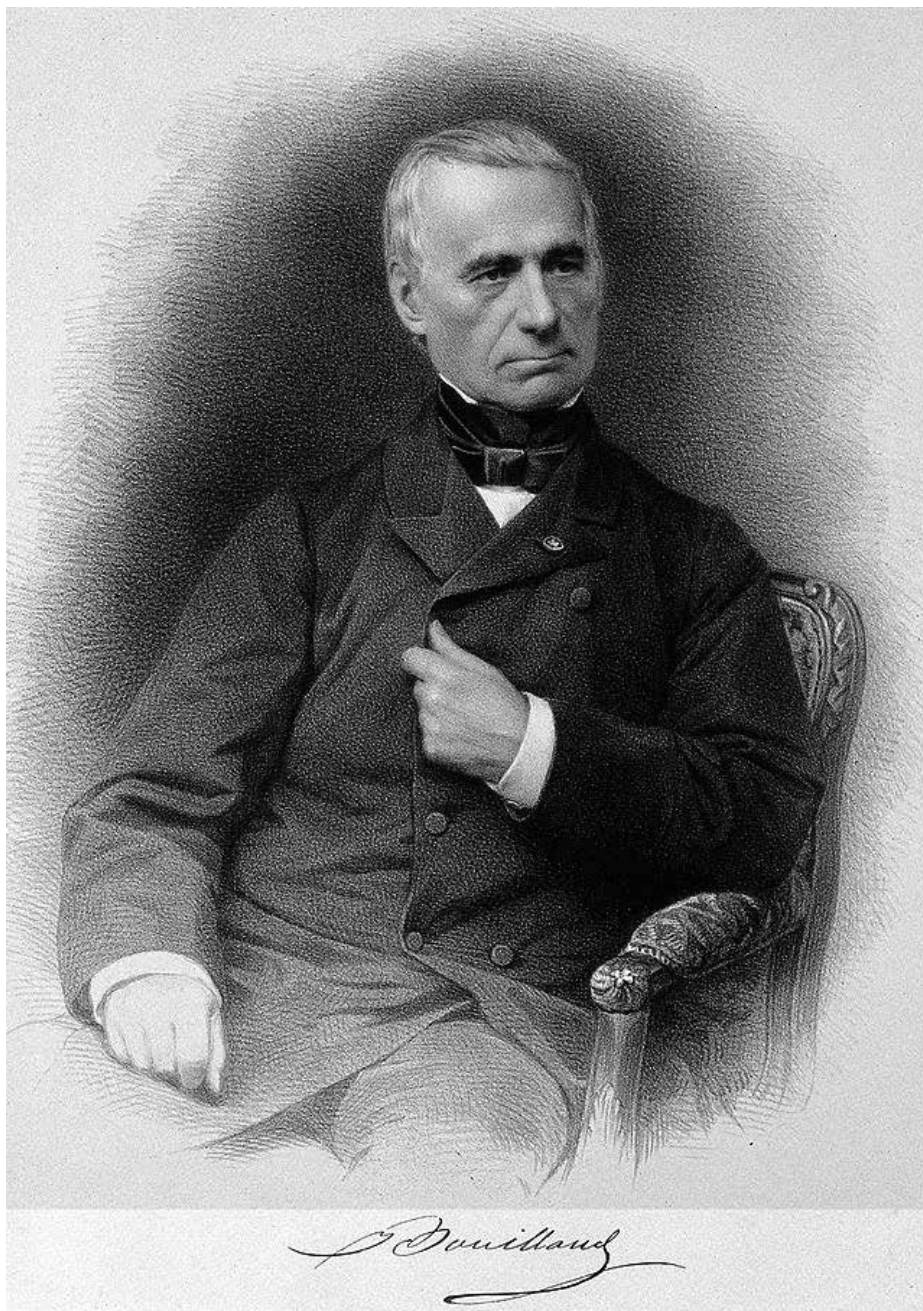
En el primer informe del Comité de Expertos de la OMS sobre Fiebre Reumática, en 1954 se decía que “...*existe una posibilidad de combatir e incluso de prevenir, mediante antibióticos y sulfamidas la fiebre reumática, enfermedad en cuyo desarrollo hay motivos fundados para creer que la infección por estreptococos hemolíticos tiene una intervención inicial importante. Si esa posibilidad se confirma, será posible emprender una acción preventiva en todo el mundo...*”

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicaba 36 años después, en 1980,⁶⁸ los primeros resultados de la actividad de una experiencia de coordinación realizada a partir de 1975 entre dieciséis centros de ocho países de la región de América Latina (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela), entre los cuales ya no figuraba Uruguay, que sin duda había quedado aislado, al menos en ese campo, por la dictadura, de los avances sanitarios. Lo que cabe destacar con mayor énfasis, de la visión de salud pública que tenía Purriel cuando luego de enseñar por décadas, siguiendo las enseñanzas del viejo maestro francés Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881) a quien a menudo citaba, que el reumatismo articular agudo, denominado también **enfermedad de Bouillaud**: “*la fiebre reumática lame las articulaciones, pero muerde el corazón*” [*fièvre rhumatismale lèche les articulations, mais mord le coeur*], dispuso como ministro la creación del primer centro para el control y prevención de esa patología en Uruguay. Adelantándose así en varios años a un proyecto de alcance continental para la erradicación posible de esta patología tan frecuente.

Es notable el reconocimiento que hacen los británicos de este descubrimiento clínico de Bouillaud, de 1836 y los antecedentes históricos de esta importante afección que a menudo estaba en la base de muchas valvulopatías cardíacas adquiridas:⁶⁹

68 LITVAK, J., BOFFI, H.J., ROBERTS, E.N. y SILVI, J.: Programa de cooperación interpaíses de la OPS sobre prevención de la fiebre reumática. *Bol Of Sanit Panam* 88(2), 1980

69 ROLLESTON, J.D.: Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881). A Pioneer in Cardiology and Neurology. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Section of the History of Medicine, April 15, 1931.



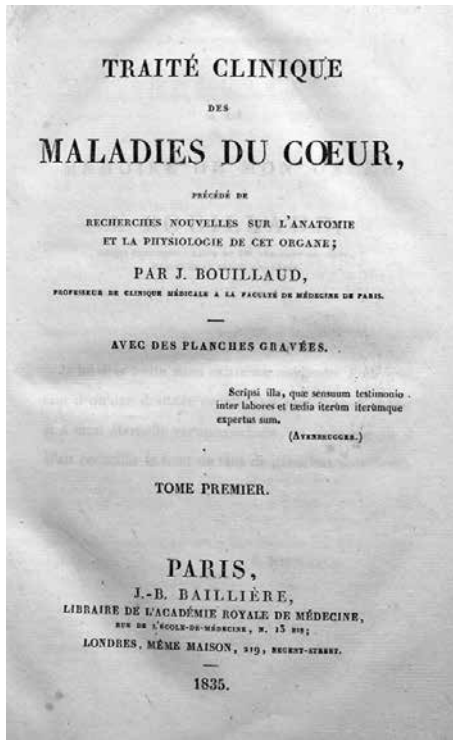
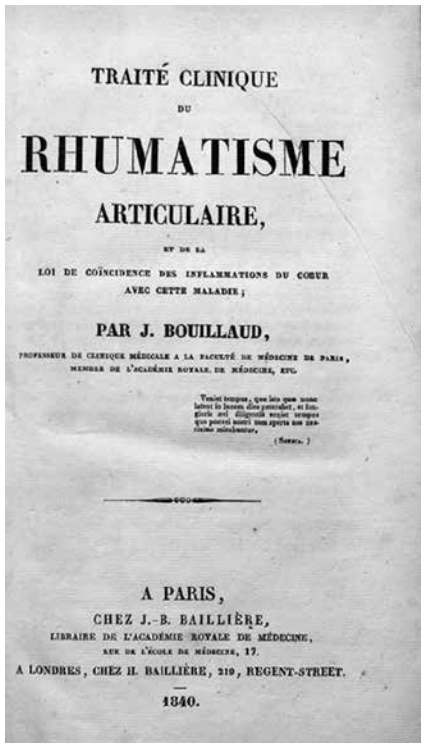
Jean-Baptiste Bouillaud (1796-1881)

Bouillaud fue el primero en describir no solo la endocarditis sino también el endocardio en sí mismo. En el prefacio de la primera edición de su *Traité des maladies du coeur*, 1835, vol. 1, p. 21, dice, “le he dado el nombre de endocardio al revestimiento interno de este órgano y el de la endocarditis a su inflamación”, y en la segunda edición (vol. 1, p. 21) escribe: “Aunque los anatomistas descuidan mucho esta membrana es de suma importancia para el médico. Le doy el nombre de **endocardio** para distinguirlo del pericardio, que sirve para denotar el revestimiento exterior del corazón. Un médico, que no se opondrá, creo, a que no mencione su nombre, una vez combatió la existencia de endocarditis por la objeción, según él, admitiendo que no hay respuesta, que no hay endocardio. Hay que orar al cielo que entre los pacientes tratados por este profundo lógico ninguno ha recibido una refutación sorprendente de este argumento supuestamente incontrovertible”.

No sé quién fue el médico al que Bouillaud alude en este pasaje, pero es digno de mención que Laennec, cuyo trabajo en la enfermedad cardíaca es por acuerdo general muy inferior al de las enfermedades de los pulmones, declaró que la inflamación de la membrana interna del corazón y grandes vasos le parecieron ser muy rara “a pesar de la opinión contraria de algunos observadores modernos”.

Trousseau, en el primer párrafo de su conferencia sobre la enfermedad de Addison, sugirió que el término “enfermedad de Bouillaud” se debe dar a la endocarditis, “que era casi desconocida hasta que el ilustre profesor del Hôpital de la Charité llamó la atención del mundo médico hacia él en una descripción a la que no se pudo agregar nada”. Aunque el término “enfermedad de Bouillaud” todavía está definido en algunos diccionarios de inglés y alemán de acuerdo con la sugerencia de Trousseau, en Francia hoy en día se usa solo como sinónimo de fiebre reumática.

Bouillaud describió dos formas de endocarditis, a saber, una forma simple y una forma de fiebre tifoidea, definiendo esta última como una endocarditis modificada por su coincidencia con una fiebre tifoidea y no una endocarditis que da lugar por sí sola a los fenómenos tifoideos. Él agrega en una nota al pie que la endocarditis gangrenosa, de la cual había visto un caso, podría ser un ejemplo de esta forma de endocarditis. En su conferencia sobre reumatismo articular agudo y endocarditis ulcerosa, Trousseau señala que esta descripción de endocarditis gangrenosa abrió el camino para Senhouse Kirkes, quien en



1852 fue el primero en describir las lesiones embólicas relacionadas con la enfermedad valvular del corazón.

(2) La famosa “*ley de coincidencia*” de Bouillaud se formuló por primera vez en su *Nouvelles recherches sur le rhumatisme*, 1836, como sigue: “*En la gran mayoría de casos de reumatismo articular febril agudo generalizado, existe un grado variable del reumatismo del tejido fibroso del corazón. Esta coincidencia es la regla, y la no coincidencia la excepción*”.

En la *Traite clinique du rhumatisme articulaire*, 1840, esta ley todavía era más elaborada y dividida en las dos partes siguientes:

“(1) En el reumatismo articular generalizado agudo severo, la coincidencia de endocarditis, pericarditis o endopericarditis es la regla, la ley y la no coincidencia, la excepción.

“(2) En el reumatismo agudo leve, leve, parcial, apirético, la no coincidencia de endocarditis, pericarditis o endopericarditis es la regla, y la coincidencia la excepción”.

La asociación ocasional de reumatismo con enfermedad cardíaca, como Sir Humphry Rolleston, entre otros, ha demostrado, había sido notada previamente por varios médicos británicos como David Pitcairn (1788), Edward Jenner (1789), Matthew Baillie (1797), David Dundas (1808) y Scudamore (1827), pero la demostración de la estrecha relación entre ambos es admitida por numerosas autoridades competentes tanto en el Reino Unido como en el extranjero, como A. G. Gibson, Stockman y Carey Coombs en este país, Trousseau, Widal, Enríquez y Weil, y Laubry y Routier en Francia, y Higler y Struimpell en Alemania, debido a Bouillaud. Widal de hecho, afirma que las doctrinas de Bouillaud parecían tan revolucionarias que muchos de sus contemporáneos se inclinaban a acusarlo, como se había hecho en el caso de Corvisart, de ver enfermedades del corazón en todas partes.

CAPÍTULO 11

LA DESPEDIDA DEL MAESTRO

Falleció Purriel el sábado 25 de octubre de 1975, atendiendo una paciente. Cayó mientras la auscultaba. No había en ese tiempo ninguna unidad de emergencia móvil que intentara reanimarlo. Enorme congoja causó entre sus discípulos y amigos. Aquí van algunos de esos testimonios en su hora postrera.

Así como Juan J. Ravera hizo su semblanza tiempo después, en la hora de su sepelio, entre otros lo despidieron sus discípulos, los **Dres. José Álvarez Martínez y Tabaré Mario Fischer**, que harían también sus semblanzas, al



José Álvarez Martínez, en una conferencia sobre Fallo Renal Agudo (SMU, c. 1963)

despedir sus restos mortales, que fueran publicadas en el mismo Boletín de la Comisión Honoraria para la Lucha contra la Hidatidosis. He aquí sus textos:

El **Dr. José Álvarez Martínez**, en nombre de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, dijo:

“Maestro: Después de tantos años de andar juntos por los caminos de la ciencia y de la vida, tenemos en esta tarde de octubre nuestro último encuentro.

No es el momento del racconto, de señalar anécdotas o episodios más relevantes de la vida del maestro, ya que otros oradores se ocuparán de hacer la semblanza de su vida, de una vida fruto de su propio esfuerzo, que partió de un humilde hogar de inmigrantes españoles y recorrió todos los caminos de la educación y de la ciencia, obteniendo sus títulos por méritos personales y por concurso de oposición hasta llegar a la Cátedra de Semiología Médica en la Facultad de Medicina.

Paralelamente a su carrera científica, tuvo una particular dedicación social por todas aquellas enfermedades transmisibles que infectan y enferman a nuestro pueblo y que son causa de graves dolencias e invalideces que, desgraciadamente tienen una amplia difusión en nuestro medio. Y cuando tuvo que hacerlo no tomó el camino fácil de subirse a una tribuna, o escribir en un diario o en revista científica ni en exponer planes o ideas a discípulos, sino que tomó el difícil camino de la lucha frontal en el propio campo donde se desarrollaba la enfermedad, en su medio ambiente, entre los infectados, entre los enfermos, entre los agentes vectores, divulgando su profilaxis y los medios de combatirla para la erradicación. Así luchó contra la brucelosis, contra la tuberculosis, contra la hidatidosis.

Su interés por la hidatidosis no fue una novedad de ahora. Desde sus primeros años de médico trabajó y publicó investigaciones sobre esta enfermedad hasta que en 1965 fue designado Presidente de la Comisión Honoraria de Lucha contra este flagelo.

Y hace poco tiempo, cuando debió abandonar la cátedra de Semiología, por límite de edad y tenía derecho a gozar de un merecido descanso, concentró sus energías en la preparación de un libro de Neumología que habría hecho honor a la escuela médica uruguaya, pero, la lucha anti-hidática le hizo postergar este sueño obligándolo a dedicarle sus más preciosas horas diarias.

Y no fue allí un burócrata ni un Presidente. Sostuvo una batalla frontal contra el mal, cumpliendo lo que siempre reiteraba: que había nacido en un

lugar donde se largan los toros a la calle. Y halla la muerte en plena labor de médico y de estadista.

Sólo deseamos que surja entre tantos discípulos aquel que lo llegue a superar, a vencer con honor, según el pensamiento clásico.”

Tabaré Mario Fischer, pronunciaría estas sentidas palabras:

“El lugar habitual de trabajo del profesor Purriel era la Sala del Hospital, entre sus enfermos. En su escritorio, sitio ocasional de descanso de su labor, ya que Purriel no descansaba, por ser un trabajador incansable e infatigable, había un cartel con una inscripción: “GEOMETRÍA Y PASIÓN”. Esa fue la divisa de su vida.

Soy su discípulo, su colaborador, su paciente y tuve el privilegio de ser su amigo. Lo conocí como pocos, de cerca y pude penetrar en sus convicciones y en su personalidad toda.

El Profesor Purriel fue un Maestro, un Docente, un Médico y sobre todo un Hombre. La geometría y la pasión fueron en esos dones distribuidas de manera no equitativa.

Como Maestro fue excepcional. Tuvo personalidad de líder, mentalidad de genio, impulsos de genuino conductor de personas. Predicó con el ejemplo de su inagotable trabajo y fue un trabajador consciente, honesto y definido. El primero en llegar y el último en irse.

Fue Maestro no sólo en la Medicina, sino Maestro de la vida. Si hubo algunos matices que no dominaba íntegramente igual dio sensación de seguridad y fue hasta en esa circunstancia un Maestro. Nos condujo a una forma de vivir dentro de la Medicina y de la vida diaria.

Como docente fue brillante. Su enseñanza fue clara, explícita, haciéndonos ver lo complejo, simple, lo difícil, fácil y lo profundo a nuestro alcance.

Su gesto armonizaba lo conceptual de su palabra y enseñando era un regalo hermoso para quienes lo escuchábamos y lo veíamos. Claro, conciso, concreto, preciso en la concepción mayéutica de su enseñanza.

Había algo de liturgia en los salones en que predicó y enseñó y donde lo complejo era maravillosamente simple cuando él lo explicaba.

Había admiración de su público y expectación del auditorio. Su docencia subyugaba. No sólo formó una Escuela, sino que creó una disciplina de trabajo. Formó generaciones de médicos y moldeó legiones de estudiantes.

Fue médico en la única acepción que exige serlo. Compenetrado con el problema médico y social del enfermo hospitalario. Fue ejemplo entre nosotros y para la Facultad de Medicina.

Fue Profesor de excepción y causó admiración entre las distintas generaciones de colegas y de estudiantes, porque fue brillante en su inteligencia y su conocimiento.

Por todo ello fue ante todo un Hombre.

La muerte nos hace disimular errores, desdibujar defectos, exagerar virtudes, exaltar valores y crear condiciones excelsas, que no fueron reales en la vida. El Profesor Purriel no precisó de la muerte para delimitar o acrecentar sus verdaderos perfiles y sus brillantes aptitudes. Había entrado en la posteridad cuando vivía.

Como geómetra se movió en planos definidos. Fue frontal ante los hechos, vertical en sus decisiones, perpendicular en sus convicciones.

Nunca actuó tangencialmente en el diario vivir y fue recto y definido su proceder. Como buen geómetra fue un racionalista, un logístico, un analítico. Para él las situaciones eran blancas o negras. Nunca hubo un gris indefinido en sus convicciones.

Pero en el frío equilibrio de la geometría y en el armónico conjuro de líneas y formas puso Pasión.

Fue un pasional por excelencia. Cometió los errores propios de todo ser pasional y avasalló y arremetió con profunda convicción.

Por ello fue detractado y creó también resistencias. Pero los avasallados, los desplazados y los que lo detractaron reconocían sus excepcionales virtudes que fueron tantas y tan enormes que su personalidad no se desleía por ello. Porque fue honesto en su Pasión y su Pasión fue otra gran condición que lo llevó al sitio de los elegidos y de los excepcionales.

Descolló en una generación de Maestros de la Medicina y compitió y compartió el liderazgo entre los mejores.

Fue admirado y emulado por todos los que lo rodeamos. Era un líder inigualable.

Profesor Purriel: Usted que fue un ídolo y ejemplo en mi vida, con quien compartí tantos momentos felices y tantos momentos difíciles, Usted que fue báculo de mis vacilaciones, norte en mis aspiraciones, ejemplo en mis inquietudes,

guía y consejero en mis proyectos y sobre todo amigo afectuoso; permítame que por primera vez le hable tuteándolo.

Don Pablo, Maestro, tú no has muerto, estás siempre entre nosotros y ahora mismo continúas aquí presente entre todos.”

Una entrevista realizada con el discípulo de Purriel, Prof. Dr. Tabaré Mario Fischer, y publicada en la revista *Noticias* del SMU,⁷⁰ a la cual asistimos, recogió el siguiente testimonio con relación a su querido Maestro:

Con el Profesor Tabaré Fischer

Un alumno de Purriel

Es difícil condensar una charla con el profesor Tabaré “Tito” Fischer, tantos son los recovecos temáticos por los que nos introduce con su naturaleza sanguínea y comunicativa. Sin embargo, dos de ellos son recurrentes y se entrelazan, vuelve a los mismos sin solución de continuidad y casi indiferenciándolos: Pablo Purriel y la semiología, la semiología y Pablo Purriel, una conjunción que cubrió tres décadas, que remite a la nostalgia y al alegato sobre su vigencia.



El Prof. Dr. Tabaré Fischer,
junto a El Espinario, un recuerdo del maestro

¿Profesor, por qué su opción por la medicina?

Tendría que remontarme a mis años juveniles, en los que estuve internado con una afección delicada. Ese encuentro con quienes luchaban contra la enfermedad -entre los que estaba el profesor Purriel-, marcó mi vida y definió mi vocación. En el servicio de Stajano había un cartelito que decía: “Medicina sin alma no es Medicina”. En otras

⁷⁰ Revista *Noticias* del SMU, No. 105, julio 2000. Entrevista de José López Mercao. En: smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias105/index.html

palabras, no podés ser médico si no te compenetrás con el enfermo, más aun cuando se trata de enfermedades mortales.

Por razones de enfermedad no pude hacer el internado, entonces hice la jefatura de Clínica con don Pablo Purriel, mi gran maestro, como también lo fueron González Puig, Ravera, Arcos Pérez y Olga Muras, entre otros.

En 1954 me recibí, en el '55 hice la jefatura de Clínica y, con un poco de suerte, fui primero en el concurso de oposición. En 1956 entré como jefe de Clínica y Ravera, uno de mis maestros, me orientó hacia la endocrinología. Pero a la larga, otro gran maestro, como lo fue Raúl González Puig, me encaminó definitivamente en infecciosos. Me gustó la especialidad porque abarca todas las demás, tanto la parte de medicina como la de cirugía.

La jefatura de Clínica la hice con don Pablo Purriel, luego me fui para infecciosos y después volví con Purriel, esta vez como profesor adjunto y tiempo después entré a la Cátedra de Infecciosos, en donde estuve muchos años.

El legado de Pablo Purriel

¿Qué fue Purriel para la medicina nacional?

El amor entre Purriel y la medicina tiene algo de mágico. Había llegado de Pamplona con sus tíos y se asentó en el departamento de Soriano, se trasladó de un medio rural a otro similar. Empezó ayudando a su tío en una pulpería y gracias a un hermano, que era *maitre* del Hotel España, cursó con tanta brillantez que llegó, muy joven, a ser profesor de Clínica Semiológica de la Facultad, en un memorable concurso contra figuras de la talla de Franchi Padé, Herrera Ramos y José Pedro Migliaro.

En cuanto a su legado, Purriel, en primer lugar, fue un hombre que vivió para la docencia y que la hizo sencilla, tal como es la semiología, fundamento del ejercicio de la medicina. En segundo lugar, fue un brillante médico, alabado por unos y denostado por otros, porque a este hombre se le quería o no, aunque todos lo respetaran. Luego, era una personalidad avasallante. Es difícil expresar esto sin imágenes, sin recurrir a una representación de la liturgia en que se convertían sus clases, sin evocar esa mezcla de sencillez y autoridad que tenía al pasar

el brazo por sobre tu hombro y decirte «vea che», esa síntesis entre modestia y brillantez que lo caracterizaba. Por último, fue el amigo, el que llegaba de noche a casa, a cualquier hora, a hablar de esa pasión que para él era la medicina.

¿Por qué de manera recurrente asocia a la semiología con Purriel?

No es casual que en la historia de nuestra medicina, la semiología esté asociada con Purriel y viceversa. El prototipo de médico que antecedió a Purriel está ilustrado en M' hijo el doctor. A partir de allí el médico se fue humanizando. El desarrollo de la semiología es la clave de esa humanización y Purriel contribuyó decisivamente a eso.

¿Algo así como un arquetipo de omnisciencia?

No, no hablo en absoluto de omnisciencia. Era un hombre capaz de levantarse a las cuatro de la mañana, si se lo pedían, para ver a un paciente y arriba decir «no sé». Exactamente eso me pasó con una paciente, estando de guardia en el Hospital de Clínicas; aún recuerdo el nombre, Nerys Arigón. Lo hice venir de madrugada a Purriel para que la viera, porque me desesperaba la imposibilidad de emitir un diagnóstico y él me dijo: “Me voy como entré, no sé qué tiene esta muchacha”. En la madrugada falleció y la necropsia permitió determinar que tenía un tumor en el tálamo. En otras palabras, Pablo Purriel tenía la modestia y la humanidad de los genios.

Se le recuerda como maestro de maestros.

Citaré sólo algunos que se formaron junto a Purriel: Bouton, Olga Muras, González Puig, Ravera, Purcallas, César Aguirre, Peroni, Fonseca. En una palabra, su cátedra fue un semillero de docentes.

El signo y la imagen

¿Por qué coincidió en el tiempo esa pléyade de docentes?

No lo sé con exactitud, pero creo que lo que mató a la semiología (y con ella, en buena medida, a la medicina) fue la tecnología. La brillantez de exposición de tono práctico para resolver un supuesto diagnóstico exigía mucho al individuo, pero sobre todo que fuera concreto. En ese sentido, Purriel fue un resumen de lo que era la escuela médica uruguaya, de mucha fuerza en la técnica y gran precisión en la semiología. Hablo de esa Clínica Semiológica que

inauguró don Arturo Lussich, el médico que, siendo aún practicante, asistió a Aparicio Saravia en el episodio previo a su muerte.

La brillantez de Purriel provenía de varias vertientes, pero fundamentalmente de esa capacidad que tenía para hacer sencillo lo complejo, para machacar en tres o cuatro ideas fundamentales que quedaban grabadas para siempre.

Por otra parte era un gran organizador. En la segunda y última etapa de Purriel como docente, tenía todo un piso del Clínicas, las seis salas para él. Recibía a 300 estudiantes y los absorbía a todos. Era el único capaz de hacer funcionar eso a la perfección. A la vez, en los Ateneos de los jueves, concurrían veteranos que ya hacía años que habían dejado las clínicas, e iban por Purriel, por el saber que les seguía transmitiendo.

¿Cuál era el rol de la tecnología en esos tiempos?

En ese tiempo la imagenología se usaba como confirmación de lo que había hallado la semiología. La tecnología era el arsenal que estaba en la retaguardia para confirmar o refutar lo que el clínico observaba. De la decadencia de la semiología proviene el abandono de la historia clínica, el documento médico por excelencia, de allí a los juicios por malpraxis y todo lo demás hay un paso.

Lo que hacía la semiología era jerarquizar la clínica. Ella era la soberana y luego venían las paraclínicas a poner a prueba el diagnóstico del semiólogo, pero el que manejaba la relación médico-paciente era el clínico. Eso también tiene que ver con la pérdida de humanización que se le achaca a la medicina actual, por la distancia que se establece entre el paciente y el médico por la interposición de la tecnología. El predominio de la tecnología reduce al paciente a un conjunto de imágenes, lo fragmenta, prioriza la enfermedad por sobre el enfermo.

¿Cómo opera la Facultad de Medicina frente a ese panorama?

La Facultad de Medicina es un reflejo de la decadencia de la semiología. Hace décadas que no tenemos un clínico como decano, el último fue Crottogini, y la Facultad necesita de la conducción de profesionales que tengan la visión integradora y de conjunto que le puede aportar un clínico, sin que esto implique desmedro de

la importancia y la dignidad de cada especialidad específica, ni de quienes las ejercen.

El rol de la infectología

¿Cómo ha evolucionado su especialidad, la infectología, en el marco de esos cambios?

Cuando yo me orienté hacia infecciosos, tanto la infectología como el Instituto de Higiene eran una especie de Cenicientas de la medicina. Después las cosas fueron cambiando paulatinamente, hasta que la irrupción del VIH le dio definitivamente otro estatus a la especialidad.

Nuestro país formó una escuela en materia de infectología. Quiso la suerte que mi generación empezara a trabajar en un tiempo bisagra, cuando el advenimiento de los antibióticos le restaba dramatismo a enfermedades que hasta entonces solían tener un desenlace fatal.

En ese tiempo bisagra nos pudimos orientar hacia campañas masivas o esquemas, que iban desde la tuberculosis hasta la tifoidea.

En lo particular hicimos aportes en lo que se refiere a la leptospirosis. Pudimos mostrar las distintas formas que ésta asume, de manera que pensamos que o la leptospirosis nuestra era distinta a las demás, o las demás se copiaban entre ellas.

¿Cuál es la relación entre la infectología y el resto de las especialidades?

La infectología atraviesa todas las especialidades, es un denominador común de la medicina que denuncia la presencia de agentes causales y trastornos de la inmunidad. Para ver la importancia de la infectología, pensemos sólo en la frecuencia de las infecciones en el posoperatorio.

La infección no es casualidad, es causalidad, es un anatema. No es una desgracia, es una consecuencia. Por lo mismo yo pienso que en toda clínica debe haber un infectólogo que haga de su especialidad un permanente ejercicio de docencia, no sólo dirigida hacia los estudiantes, sino hacia el propio equipo médico

¿Qué figuras destacadas puede mencionar en su especialidad?

Es imposible hablar de infectología sin mencionar al maestro Federico J. Salveraglio, pero de la larga nómina de colegas que conocí,

quiero mencionar solamente a uno: Raúl Canzani. Un individuo excepcional y sumamente modesto, al que se le podía mencionar cualquier enfermedad, por rara que fuera, y de todas tenía profundo conocimiento.

Adiós al amigo

Por último, profesor, hubo un Pablo Purriel que fue ministro, por breve tiempo, pero lo fue. ¿Qué recuerdo tiene de ese período?

Purriel era un hombre que se preocupaba por demás, más allá incluso de sus firmes convicciones de orden político. Creo que por eso aceptó ser ministro de Salud de un gobierno que no reflejaba su sentir, y en esa gestión -que no fue larga- tuvo iniciativas tan importantes como la de crear un seguro de salud. Pero si dejó el Ministerio por razones obvias, nunca dejó la medicina, al punto que murió atendiendo a un paciente.

Creo que lo principal ya te lo dije. El resto es intransferible. Estoy rodeado de recuerdos del maestro y del amigo. Esa obra que está allí era de Purriel y es una reproducción de *El Espinario*, una escultura de tiempos de la Roma republicana que él amaba particularmente. Después de su muerte, cuando me la trajeron, eran cuatro para cargarla y no podían con ella, como si fuera una metáfora de aquel vasco indoblegable.

Me enteré de su muerte en Buenos Aires, por boca de un contador que había sido subsecretario en su período ministerial y al que encontré casualmente en la [Avenida] 9 de Julio. Hubo algo de providencial en aquel encuentro. Volví enseguida, pude decir lo que sentía por él en su entierro y después vino su ausencia, en la que pude darme cuenta de hasta qué punto me había marcado su docencia y su amistad. Desde entonces no he dejado de sentirme un poco solo.

CAPÍTULO 12

EL INTERNISTA ⁷¹

Importancia, formación científica, moral y espiritual

PABLO PURRIEL

Hoy nos es fácil ponernos de acuerdo sobre algunas definiciones. Reconocemos como médico a aquel que, una vez terminados sus estudios en una escuela médica, está facultado para ejercer la medicina. “Médico General”, al que no limita el ejercicio de su profesión a ciertas entidades morbosas ni selecciona sus enfermos en función de la edad; “Especialista” el que limita el ejercicio de su profesión a enfermedades que tienen un nexo común. “Médico de familia” al que ofrece asistencia médica completa e integral, sea encargándose de ella personalmente o recurriendo a servicios médicos especializados. No queremos detenernos en la definición del Clínico, Médico Consultante, o Profesor de Clínica, ya que su denominación aclara el cometido.

* * *

⁷¹ Relato al Congreso de Medicina Interna, noviembre de 1964, Buenos Aires. Reproducido en *El Tórax*, Montevideo, Volumen XIII, setiembre – diciembre 1964, números 3 y 4; pp.: 131-138. Homenaje al Profesor de Clínica Quirúrgica Pedro Larghero Ybarz.

¿Qué es un internista? Pocos son los que tienen idea clara de esto. Se discute su cometido y significación. Existe gran confusión en la clase médica y en los propios dirigentes de algunas escuelas médicas. Difícilmente se ponen de acuerdo aquellos que intentan una definición o desean limitar su cometido.

Dice [P. S.] Rhoads, que luego de pasar varias horas de frustrada investigación en una de las mejor equipadas bibliotecas de Estados Unidos, no le fue posible encontrar una definición o una idea clara de lo que el término quiere expresar y cita a [William] Pepper, quien luego de un largo preámbulo, a través del cual presenta las dificultades, ensaya una enumeración de sus principales atributos:

“El Internista debe poseer amplio y aplicable conocimiento de las ciencias básicas, gran dominio e instrucción continua de la medicina interna, familiaridad con las especialidades, amplias posibilidades intelectuales, más que manuales o técnicas, para estudiar y tratar las enfermedades en el campo de la medicina interna; podrá aumentar el conocimiento de la especialidad, con hechos o ideas, sacadas de la medicina interna”.

Originariamente, la palabra Internista empieza a usarse en Alemania, Francia, Inglaterra, países donde por primera vez se intenta delimitar la “Medicina Interna”, al apartar del estudio de ella, las afecciones de piel, creando la “dermatología”.

Sin ánimo de perder tiempo en definiciones discutibles, todos aceptamos que el Internista es el médico dedicado al estudio científico de la medicina interna; al salvar un obstáculo nos enfrentamos con otro de no menor entidad, y es el referente a la definición de Medicina Interna.

El caudal de conocimientos de Medicina Interna aumenta con rapidez inusitada en los últimos tiempos, debido no sólo a los nuevos aportes salidos en la medicina, sino también al gran desarrollo de las ciencias básicas, a lo que debe agregarse el intercambio continuo que la Medicina Interna hace con múltiples especialidades, logrando restituir para su dominio enfermedades que hasta hace poco el especialista consideraba como suyas.

Muchas de las enfermedades de la piel, hoy las considera de su dominio, ya que suelen ser simples manifestaciones de la sintomatología profusa y proteiforme de las más típicas enfermedades internas.

Existen dificultades en el intento de definir la Medicina Interna, y luego de meditar las que han llegado a nosotros, confesamos que ninguna nos conforma. Gran parte de ellas, fueron intentadas en épocas pasadas, y como esa rama de conocimientos avanza con rapidez, continuamente desborda lo que hasta ayer se limitaba. Hoy, aun cuando la definición provenga del gran Osler, no conforma decir: "Medicina Interna, - campo de la práctica médica que queda luego de la separación de la Cirugía, la Obstetricia y la Ginecología".

La Cirugía es una conducta terapéutica, que se aplica a infinidad de procesos que pertenecen al campo de la Medicina Interna, desde la úlcera duodenal, hasta la esplenomegalia de la ictericia hemolítica; y el estudio, por parte del Internista de las enfermedades que merecen sanción quirúrgica, es imprescindible en la mayoría de los casos. En la Obstetricia, gran parte es proceso fisiológico y la nueva Ginecología médica, se relaciona íntimamente con la Medicina Interna.

¿Qué la Medicina Interna es el estudio de las enfermedades de los órganos internos? Ya hemos dicho que gran número de enfermedades de la piel, son simples manifestaciones de enfermedades internas; el eritema nudoso de la sarcoidosis, el provocado por procesos infecciosos, o las múltiples y variadas manifestaciones dérmicas de lupus sistémico y larga sería la lista.

Aquellos que sostienen que la Medicina Interna es lo que queda después de sustraer lo que corresponde a las especialidades existentes, deben reconocer que frente a la proliferación de éstas, poco o nada queda para la Medicina Interna.

Si existen obstáculos en la definición, si no es fácil la tarea de delimitar estrictamente el campo de su actuación, si existen dudas sobre sus atributos, recurrimos al concepto, a la imagen mental que nos hemos formado los que dedicamos la vida al estudio de la Medicina Interna.

A ella le incumbe el estudio científico de las enfermedades generales, pero especialmente se encarga del estudio íntegro del hombre enfermo, en su desviación fisiológica, en las perturbaciones psicológicas, analizando su medio social y familiar, pesando el factor ocupacional, investigando la ecología del enfermo y jamás olvidando la importancia del factor genético, en la aparición de alteraciones somáticas o psíquicas. Quien la toma como disciplina tiene, como fundamental tarea, estudiar íntegramente al enfermo y es a él, que corresponde formar

un concepto unicista de la enfermedad, asumir la responsabilidad del pronóstico, planear la terapéutica, fin primordial de la profesión.

Vivimos la etapa funcionalista, incrementada y estimulada constantemente por el inusitado avance de la técnica. Hoy es posible formar un concepto global de las desviaciones funcionales de los más diversos órganos, de las alteraciones metabólicas que las acompañan, de la cambiante bioquímica de los humores. Esto nos ha permitido comprender la intensa repercusión general de procesos, al parecer locales. La quiebra funcional de un órgano repercute ampliamente en toda la economía. ¿Cómo desconocer las alteraciones cerebrales, el trastorno en la eliminación renal, las perturbaciones metabólicas, en el sector orgánico e inorgánico de la insuficiencia respiratoria?, ¿o los intensos cambios hemodinámicos, centrales y periféricos, acompañados de cambios en la actividad cerebral, intrincadas perturbaciones metabólicas, que ocasionan una insuficiencia hepática? Y en este sentido, la enumeración sería tan amplia como la propia nosología.

Hay un técnico que puede captar desde lo alto el panorama patológico en toda su magnitud y producción, en lo somático, en lo psíquico, en lo humoral. *Es el Internista*. He aquí la imagen que de él nos hemos formado. Su comprensión requiere mayores precisiones.

¿Es que queda a cargo exclusivo del Internista, el estudio integral y el tratamiento del enfermo? ¿Qué papel y qué cometido les está reservado a los especialistas?

La especialidad nació como consecuencia del adelanto de la ciencia aplicada y de la técnica; las posibilidades de estudiar un sector o un grupo de enfermedades por medios técnicos se ha ampliado enormemente.

Comparemos los medios que hoy poseemos para estudiar un cardíaco, un pulmonar, o un hepático, con los de hace 20 años. Es materialmente imposible que un hombre cuente con capacidad, tiempo, manualidad, para el dominio de las técnicas exploratorias o curativas de que disponemos.

El incremento de la técnica creó al especialista, más proclive desde luego a la actividad manual que el Internista, más inclinado al acto intelectual; el primero circunscribió su acción al estudio y exploración de un sector de la economía; a lo que debe agregarse una especial po-

sición intelectual, no exenta de interés material y otros ponderables e imponderables que ahora no hemos de analizar.

La tendencia a la especialización se hace cada vez más intensa. La estadística muestra que en los principales centros de enseñanza los jóvenes deciden especializarse en un porcentaje no menor del 70%. En muchos medios, es corriente que el enfermo desde el comienzo de su afección, sea estudiado y tratado, ya por voluntad propia, o por organización del centro en que se asiste, por especialistas. Existen clínicas médicas, donde el profesor es un especialista. La opinión es unánime; las especialidades aumentan cada día y con ellas los especialistas, el número de Internistas es cada vez menor.

* * *

La Medicina, como la mayor parte de la actividad moderna, debe ser realizada en equipos, ya sea en la práctica hospitalaria, o en la privada. Lo ideal es que el estudio de un enfermo del campo de la Medicina Interna comience en el Internista, y sea él el que lo declare terminado.

En el transcurso de este estudio pueden y deben intervenir todos los especialistas que sea necesario para una mejor exploración técnica, para una mayor aportación de datos, que ajuste la síntesis final.

La anamnesis, el examen del enfermo que el Internista domina como nadie, mostrará las variadas repercusiones, las diferentes localizaciones, los diversos componentes del cuadro patológico, en lo somático, en lo humoral, en lo psicológico, y de acuerdo a su formación y adiestramiento harán necesaria la colaboración de múltiples especialistas para aumentar datos, aclarar conceptos, plantear nuevos problemas; pero terminado el estudio, hay que dar unidad, correlacionar, jerarquizar, hacer la síntesis de lo que los sentidos y la observación pudieron captar. Las exploraciones técnicas no se valoran por sí mismas, sino en relación con la realidad, que es el enfermo. Él debe ser estudiado, como un todo, en un momento dado, con el conocimiento retrospectivo de su vida, ubicado en su medio material y espiritual. Así lo empezó a hacer Hipócrates y así lo sigue haciendo hoy el Internista.

Al diagnóstico final se llega en un acto intelectual de síntesis. Él no puede estar representado por un conjunto de formularios firmados

por diferentes especialistas. Es necesario insistir, que es poco científico y menos beneficioso practicar el estudio aislado, parcelar, en cadena, como se fabrica el motor moderno; hay algo que no puede hacerlo ningún aparato técnico, por maravilloso que sea y sólo puede realizarlo la inteligencia de alguien, que con vasta preparación científica y arte especial, realiza el acto de más alta especialización del intelecto, que es la síntesis.

Aunque gastada, es exacta la comparación del Internista con el gran director de orquesta que, incapaz de dominar todos los instrumentos, pero gracias a sus exquisitas dotes de coordinación, medida y orden, ejecuta la síntesis acústica que constituye la gran partitura.

Lejos de nosotros jerarquizar más a unos que a otros. En la labor de equipo se pierde el sentido individual y lo único que interesa es la eficacia de la tarea global.

Esta conjunción de esfuerzos entre Internista y Especialista no termina en el diagnóstico. Se proyecta con tanta o más eficacia en la terapéutica.

En el Internista, debe primar la actividad intelectual, debe ser hombre de conceptos, de planificación; por idiosincrasia y razones de tiempo, rehúye detalles de la pormenorización. En este estilo, conoce los grandes planes terapéuticos, las indicaciones farmacológicas, la ubicación de los nuevos métodos físicos, los métodos de sedación o solución para la compleja problemática espiritual. Es muy posible que con frecuencia le sea imposible ejecutar el tratamiento de las enfermedades que diagnostica, ya sea por el factor tiempo, por desconocimiento del manejo de técnicas, o porque un mejor dominio de la patología sectorial, por parte del especialista, lo hace más apto para el manejo terapéutico.

* * *

Desde los albores de la Medicina, se observó la intensa relación entre psiquis y soma. El propio Sócrates, se esforzó en enfatizarla. Es tarea del Internista valorar el sector psíquico, la carga emocional en el determinismo de los sufrimientos somáticos y viceversa. De acuerdo a su formación y al caudal de conocimientos psicológicos, el Internista

podrá catalogar o ubicar taxonómicamente el trastorno psicológico. Todo médico, de manera consciente o inconsciente, hizo y debe hacer cada día más, la llamada Medicina Psicosomática. Nadie mejor que el Internista puede descubrir el intenso nexo en el campo de la patología, entre psiquis y soma. Pero convengamos que una pieza del equipo que podrá llamarse psicosomatista, dispondrá de las 200 ó 300 horas de tiempo que son necesarias para tratar tal o cual trastorno psicológico, o dominará sin duda el uso de la terapéutica apropiada, o le será fácil llevar a ese enfermo a una nueva educación psíquica.

Nuestra posición entre Internista y Especialista, es que ambos se complementan, siempre que tengan justa ubicación en el equipo médico.

Las nuevas especialidades y las existentes nunca harán mal a la Medicina, si su actividad se estructura de manera racional. El mal del especialista ha nacido de la independencia que los que la profesan han querido asumir, al encarar la enfermedad como parte, olvidando o desconociendo sus repercusiones a distancia, sustentando criterio simplista, frente a hechos complejos, como la íntima dependencia en lo fisiológico y patológico. Pero esto no puede desmerecer ni ocultar las grandes virtudes del adelanto técnico que justifican las especialidades, que nos ha permitido ver un mundo hasta ahora desconocido y nos lleva a continuas revisiones de nuestro conocimiento. La exploración de la ultra-estructura, las posibilidades de los estudios metabólicos, por medio de isótopos, los aportes manométricos, por medio del cateterismo, los adelantos de la radiología que permite visualizar las más alejadas y ocultas estructuras, son adelantos de la técnica que en manos del especialista, han permitido al Internista, aumentar en progresión geométrica, su cultura médica.

El especialista es un símbolo, una necesidad ineludible del adelanto de la técnica, un signo de nuestro tiempo; pero detrás de él y mirando por encima de su hombro, está el que representa la medicina integral, el que estudia al hombre en su carne y en su alma, el que planifica la cura, el que colocado en un plano superior, observa el paisaje en su integridad, el conceptual, el de la síntesis, el que se esfuerza por mantener la unidad, luchando contra la desintegración que el tecnicismo ha provocado: el Internista.

En el mundo heleno los filósofos se hicieron médicos. El cultivo de la inteligencia por la filosofía les facilitó la comprensión del hombre

enfermo. Veinticinco siglos después, el Internista sigue siendo el más intelectual de los médicos. Si el especialista asienta su capacidad sobre todo en la técnica, el Internista intenta crear una sabiduría conceptual.

Muchos son los que sostienen la imposibilidad de que un hombre posea una capacidad mental suficiente para estar enterado de lo que los especialistas pueden ofrecer para el estudio del enfermo. No comprenden lo que el Internista debe saber de las especialidades. Debe conocer la existencia de los medios de exploración, su eficacia, sus peligros, sus indicaciones. En el contacto diario de tarea de equipo, el especialista lo ha de enterar de nuevos métodos de estudio, de nuevas posibilidades de exploración. No tiene por qué poseer conocimientos técnicos de la especialidad, pero sí un claro concepto de lo que ella le puede suministrar.

Existen quienes toman la Medicina Interna como especialidad. Todo lo dicho, contradice este concepto. "Especialidad" es el estudio pormenorizado de una rama, un sector, un tema, un grupo de enfermedades unidas por un nexo. El Internista aspira a un conocimiento casi universal de la Medicina.

En la Medicina pasada y presente las nuevas generaciones encontrarán figuras señeras en esta disciplina: [William] Osler el del Hopkins, [Mariano Rafael] Castex del Plata, [Carlos] Jiménez Díaz de España... y tantos otros.

* * *

No es de interés, en el momento, formular un programa docente para Internistas; sólo pretendemos poner énfasis en algunos aspectos generales de su formación.

Siempre hemos pensado que en la Sociedad ideal debía existir una severa selección para quienes han de profesar disciplinas de intensa repercusión en la vida de la colectividad: jueces, educadores, médicos. La selección del alumnado en Medicina, que para desgracia de nuestra escuela médica aún no ha entrado en vigencia, tiene, entre otras, la virtud de sincronizar las posibilidades docentes con el número de estudiantes y de conocer previamente la psicología de quienes aspiran a ser médicos.

El Internista debe poseer una psicología especial, proclive a aprender en manera conceptual, enemigo de los detalles superfluos, poseedor de agilidad mental, de la jerarquización, amante de la síntesis, en constante trance de aprender, con espíritu de equipo, con exquisita sensibilidad y todo enmarcado en un profundo respeto por la dignidad humana.

Formación y adiestramiento será su lema en los primeros lustros.

En su principio, será bueno recordarle lo que año tras año repetimos a los que inician el estudio de la clínica: La Medicina no se enseña, se aprende; lo que se enseña es la manera de aprenderla, y para esto siempre habrá tiempo, pues el aprendizaje durará lo que dure el ejercicio de la profesión.

La formación será fundamental, pues allí se han de tomar las herramientas intelectuales, con las que se ha de construir el conocimiento.

La medicina científica actual es la aplicación al estudio del enfermo, de un conjunto de ciencias básicas. Ellas deben ser conocidas como actualidad, creando las posibilidades que permitan asimilar los futuros conocimientos. En la cultura formativa no es todo acumulación sino también capacitación, para el planteo de nuevos problemas que sin cesar el progreso nos ofrece. Los conocimientos de formación son cimientos de la futura preparación y sin su solidez es difícil construir.

Hace ya épocas que pasó el empirismo; fue sustituido por la medicina científica, sujeta a leyes, a comprobaciones mensurables. La medicina moderna no tiene un siglo de existencia. El conocimiento matemático es fundamental. El dominio de lenguas básicas agiliza el conocimiento universal. Las ciencias de la estructura y la función, la genética, la biofísica y la bioquímica, que han adquirido tanta importancia y cuya profundización reditúa alto interés en el futuro. Y otro tanto diríamos de la bacteriología, de la parasitología y sobre todo de la psicología, esa especie de anatomía de la personalidad, que constituye hoy una materia tan básica como la bioquímica, pues si ésta facilita la comprensión de factores humorales, aquélla nos permite adentrarnos en los trastornos psicológicos, que de manera aislada o asociada a lo somático, constituye casi un común denominador de la patología actual.

Sigue teniendo cada vez más vigencia el pensamiento de Osler sobre la importancia de los conocimientos de la patología integral, de la

que estudia las leyes generales, alteraciones estructurales, modificaciones funcionales, cambios humorales, es decir la totalidad de los componentes del cuadro patológico y nunca de manera aislada, sino en su realidad, en su intrincación, en su complejidad.

La falta de patólogos, en ciertos medios, ha desvirtuado esta enseñanza llevándola a anfiteatros en vez de laboratorios, realizándose de manera fragmentaria e inconexa, frecuentemente por especialistas y en el menos malo de los casos por Internistas. Al enfermo habrá que estudiarlo en su medio. La Medicina actual es una ciencia social; de ahí la necesidad de conocimientos de epidemiología, bioestadística, sociología, etc. Todo esto obliga al futuro Internista a concurrencias a laboratorios y centros con asiduidad y tesón, para adquirir su formación en la vivencia de los hechos. De las posibilidades docentes del medio en que actúe, depende el tiempo que le llevará su formación. De ella ha de depender la eficacia en la práctica, el éxito en la investigación, la claridad en la enseñanza.

Viene luego el adiestramiento clínico, el estudio del enfermo, en base al conocimiento científico, aprendido sin empirismo, sin intuiciones, que si se tienen, mejor para el que las posee, pero que no son imprescindibles. Alguna sugestión le será de utilidad a los aspirantes. Un enfermo se estudia con tiempo, sin reloj delante. El stajanovismo⁷² no se concibe en Medicina. Aun cuando el interrogatorio debe ser dirigido y dominado por el médico, el enfermo debe hablar, sin rígidas limitaciones, oyéndolo es posible interpretar la enfermedad, no tanto en el sentido genérico, sino en el particular; la enfermedad de ese hombre, con sus particularidades, con su componente personal, con su singular participación psicológica. Sólo hablando el enfermo puede drenar su angustia y este drenaje es tanto o más eficaz que el de una colección purulenta. Oír al enfermo es un camino para crear la simpatía, la fe entre médico y enfermo, que será vital en el éxito terapéutico. Un interrogatorio bien conducido puede tener más importancia que numerosos exámenes realizados con las técnicas más especializadas. Él es parte fundamental de esa rama de la enseñanza dedicada a la captación del síntoma y el signo, sea clínico, humoral o físico, empleando

⁷² El estajanovismo fue un movimiento obrero socialista que nació en la antigua Unión Soviética por el minero Alekséi Stajánov, y que propugnaba el aumento de la productividad laboral, basado en la propia iniciativa de los trabajadores.

nuestra percepción o los más finos instrumentos que la técnica actual nos ofrece: la Semiología.

Llega el momento de la actuación personal, de la responsabilidad directa, en la elaboración del diagnóstico o en la ejecución de la terapéutica.

Años y años será necesario dedicar a esta tarea, antes de poder considerarse Internista.

Recordar siempre que se aprende, se sabe, lo que se ha visto, lo que se ha vivido; en las lecturas se aprende algo, que se olvida fácilmente.

El trabajo diario, personal, responsable, en el régimen de residencia, es el método indiscutido para este adiestramiento. Allí, pacientemente se aprende a interpretar de manera científica, los síntomas y signos clínicos, los diferentes datos aportados por los laboratorios, las exploraciones técnicas, los estudios colaterales, que se realizan en el departamento de medicina social.

Nuestro candidato repartirá sus jornadas en clínica, laboratorio, especialidades. El conocimiento debe entrarle por los ojos, por los dedos, y menos por los oídos.

Se cita con insistencia el pensamiento de Clark, de acuerdo al cual los comienzos serán duros, las situaciones materiales no holgadas; y para expresar esto, el autor citado, decía que en los diez primeros años, sólo se contará con pan duro; los diez siguientes con pan y manteca; y luego de los veinte años, habrá bizcochos y vinos. Si esto se refiere sólo a la parte material, la situación actual ha cambiado y un joven internista podrá comer bizcochos mucho antes. Pero si con ello se quiere expresar el esfuerzo, la dureza del trabajo, la perseverancia que debe prestársele a este adiestramiento continuo, al intento que linda con lo sobrehumano, de mantenerse al día en la literatura correspondiente, nuestro Internista, tendrá que seguir comiendo pan duro durante la mayor parte de su actuación.

* * *

Hemos insistido en el aspecto científico de la Medicina Interna y conviene tomar, aunque sea de manera tangencial, el viejo problema,

tan viejo como ella misma, de ciencia y arte en Medicina. Si en los albores ella fue más arte que ciencia, hoy nadie niega que el conocimiento médico se crea en base al dominio de un conjunto de ciencias. El arte aparece en el momento de la aplicación de nuestros conocimientos frente al enfermo.

Existe arte en el interrogatorio, en las relaciones que con él se entablen, en la jerarquización de los síntomas, en la ejecución de un examen, en la aplicación de una terapéutica. Quienes poseen el arte del interrogatorio, serán capaces de extraer del enfermo las totales sensaciones subjetivas de su sufrimiento, alumbradas con la policromía personal, limitadas de manera más o menos neta de acuerdo a la idiosincrasia del enfermo. En la integridad de este cuadro se podrá analizar la secuencia patológica, las notas emocionales, las cargas ancestrales. El internista integra, ubica y jerarquiza una sintomatología que a “prima facies”, puede parecer inconexa, y desordenada. En todo esto hay sentido de geometría, hay arte.

Reivindico para la escuela francesa, el supremo arte del interrogatorio; no en balde sus cultores en la cima de su apogeo esgrimieron su regla de oro: “la anamnesis ante todo”.

Grande fue mi sorpresa al observar un día, en una prestigiosa escuela anglosajona, que el interrogatorio se hacía llenando un impreso, con varias decenas de preguntas, circunscribiéndose la actividad del técnico a poner al lado de cada una de ellas el “*yes or not*”.

El arte de la profesión está en toda su ejecución, en las relaciones enfermo-médico, en el plan de estudios, en la conducción de la terapéutica.

Muiños, que tan bien sabe lo que es un internista, pues ha dedicado su vida a esta disciplina, da a entender en su hermoso libro “Medicina, una noble profesión”, que “la Medicina se aprende como ciencia, pero debe practicarse como arte”.

* * *

La cura del enfermo estuvo al principio a cargo de los dioses. La heredaron sacerdotes, brujos y magos hasta que en Cos pasó a manos

de los hombres. Allí su Maestro dedicó tanto tiempo a la descripción de las enfermedades como a las condiciones morales de los que la ejercen; en los 2.500 años que nos separan, mucho cambió el contenido científico de la Medicina, pero su filosofía sigue siendo la misma: Profundo respeto por la criatura humana, vigilante disposición a darse por entero, para aliviar o curar al que sufre.

CAPÍTULO 13

LA DESPEDIDA A UN VIEJO AMIGO

Puede resultar ilustrativo de la calidad humana de Pablo Purriel, leer el obituario que escribió de su amigo el Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz (1901-1963), que publicó en *El Tórax* y se reprodujo en el Tomo I de Médicos Uruguayos Ejemplares, ya citado. Aquí también se revela la calidad de su escritura, la claridad de sus conceptos, el testimonio de su amistad y la valoración de otro gran médico, investigador y Maestro, como él, en el campo de la Cirugía nacional, que tantos discípulos sembró. Lo transcribimos:

Pasarán años y años antes de que en este medio aparezca una figura humana



PEDRO LARGHERO YBARZ (1901-1963)

como Larghero. No por la repercusión de su obra científica, con marcados dejes de originalidad; no por el dominio de una magnífica técnica quirúrgica lograda en largas jornadas, que con paciencia y tenacidad perfeccionó, con la pasión y arte con que burilaban sus joyas los artífices del Renacimiento. Ni tampoco por aquella su docencia sencilla, eficaz y trascendente que impartió desde la Cátedra y quehacer diario durante tres décadas.

Lo fundamental no está ahí: se encuentra en su mensaje que habla sobre todo de sacrificio y abnegación, de total renunciamiento a sí mismo, de darse por entero a la acción en beneficio de los que sufren, sin treguas, sin descanso, sin quejas, sin lamentaciones; trabajando durante toda su juventud, con su cuerpo elástico y su armonía biológica, reflejada en aquella su sonrisa fresca; con su espíritu colmado de planes a seguir en los más diversos campos del conocimiento médico; trabajando por encima de los límites físicos en la edad madura, con un rictus de dolor, porvenir incierto, llegada inminente de lo inexorable, pero conservando la misma tensión y ansiedad por progresar: creando técnicas, educando, elevando el medio y por encima de todo, con la eterna preocupación por ser útil al enfermo en cualquier hora y situación, siempre.

Vivió en continua tensión que lindaba con la ansiedad, y a pesar de ello, nunca disminuyeron sus ansias de pensar, de darse, de llegar al fuego vivo, sin retaceos, sabiendo lo que esto cuesta. ¡Cuánto esfuerzo! ¡Cuánto dolor virilmente soportado!

No pretendemos ni nos interesa que nos lean los que lo conocieron. La vivencia de su recuerdo ha de ser superior a lo que sobre él se escriba. Lo hacemos para aquellos que entre los que vienen, tengan interés en saber algo de un hombre que desde el comienzo se da por entero a un ideal: para realizarlo fue necesario recorrer caminos donde los pasos no eran fáciles: algunos necesitaron esfuerzos sobrehumanos, otros dolían, pero la consigna fue: siempre adelante. Por instantes vivió la ataraxia que trae el rescate de una vida, el alivio de un sufrimiento, el éxito del aporte científico, la admiración de discípulos cuya cultura técnica o personalidad científica fue su creación.

No es tarea fácil la del docente. Largo período de formación para aprender lo que ha de enseñar. Sólo se puede enseñar lo que se conoce a fondo; lo otro es hacer mensajería de información. No basta con sa-

ber; se necesita preparar, modelar el conocimiento que se ha de transmitir, vivir atento a todo adelante, a toda sugestión del momento; sugerir en la mente del discípulo, crearle inquietudes, hacerlo pensar más que retener. La labor del docente es inquietar continuamente la mente de su auditorio, a expensas de múltiples excitantes: originalidad, caudal y selección de conocimientos, agilidad mental, y otros. La docencia sólo puede ser vocacional, encierra mucho de renunciamiento: hay en ella inmensas corrientes de energía, muchas de las cuales no encuentran su cauce. Del puñado de semillas sólo algunas germinan.

La enseñanza no sólo se hace a base de caudales de conocimientos. Ellos deben estar respaldados por una continua inquietud, un gran entusiasmo, una total sinceridad y cabal comprensión. Durante la clase, el docente se muestra, se expone a la crítica, luego a la autocrítica, y así hasta el fin.

En la docencia Larghero siguió el camino que le mostró su maestro. No fue el docente de brillo espectacular, amante de la intelectualización de los hechos, adusto monologador; enseñó a la manera socrática, en el análisis de la realidad, en continuo diálogo con sus discípulos, a quienes pretendía plasmar y no encandilar ni deslumbrar. Así encaraba a sus enfermos o dictaba sus clases; las piezas anatómicas, resecaadas en la mañana, eran analizadas exhaustivamente en la tarde, en compañía de colaboradores y discípulos; estudiadas e interpretadas bajo la óptica de una patología integral que dominaba, como hasta entonces no lo había hecho ningún cirujano en nuestro medio.

En esta docencia sencilla, práctica, metódica, formó gran número de cirujanos que hoy integran el grupo de avanzada de nuestra cirugía.

No sé si hizo escuela; suele abusarse del término, pero estoy seguro de que en las manos de aquellos que lo siguieron hay mucho de sus movimientos, de su pericia, de su arte; que en la mente de los que lo escucharon están sus conceptos claros y sencillos como fue su arquitectura intelectual, y que en el corazón de todos sus discípulos, existe un profundo respeto por el enfermo, la emoción de sus sufrimientos, el total desprendimiento personal para su solución.

Tuvo la suerte de tener Maestro y él fue Navarro. Pocos saben lo que esto significa.

Para un joven que desee avanzar, el maestro es imprescindible. Cuando no lo encuentra, tal vez será útil que lo imagine y transfiera su ideal en algunos de sus guías.

Por más originalidad, sentido de libertad, fuerza interior, condiciones intelectuales con que se cuente, la presencia del maestro es insustituible. Él es el arquitecto de la personalidad científica, de la formación cultural, sugeridor de ideas; coordinador de la acción desordenada y estéril que cabe en la juventud; el que habla de caminos recorridos; que posee la táctica y la técnica de vencer; que sabe soportar los fracasos, que despierta el deseo de imitación, no en el sentido servil, sino como núcleo alrededor del cual se han de modelar las aptitudes del discípulo. El joven necesita verse proyectado en el futuro, imaginar un estilo, una posición, un dominio; tiene necesidad de admirar algo como punto de meta, respetar a alguien como reconocimiento de condiciones y virtudes. No menos necesario es el discípulo para el maestro; en él puede ver reflejada su obra. ¡Felices de aquellos que tuvieron maestros, dichosos los que hicieron discípulos!

La genialidad y brillantez de Navarro fueron admiradas durante toda la vida del discípulo.

Navarro pertenece al grupo de los iniciadores de nuestra cirugía. Larghero representa la generación que inicia su estructuración.

Cabe la posibilidad de crear en poco tiempo una teoría, un simple destello intelectual, traer un descubrimiento; pero crear una mentalidad, una organización, es tarea laboriosa que lleva tiempo, enormes esfuerzos y grandes sacrificios. No basta con planificar: es necesario realizar, abatir prejuicios, crear nuevas conciencias. Esto, difícil por sí, se magnifica en países en vías de desarrollo como el nuestro.

Si en este momento se realiza un balance de nuestro medio quirúrgico, si se analiza su grado de evolución, es necesario reconocer que la actuación de Larghero ha sido fundamental, sobre todo en el campo de la organización.

Dedicó enormes esfuerzos a crear un Servicio modelo Docente-Asistencial; formó un laboratorio de Patología que al actuar paralelo a su Clínica la convirtió en un centro de investigación; tuvo una constante preocupación por el mejoramiento de los servicios complementarios: anestesiología, hemoterapia, asepsia intrahospitalaria, etc. Prestó

máxima atención al mejoramiento de los Servicios de Emergencia; se destacó en la organización de los archivos de los centros que dirigió, capitalizando un magnífico material que ha de servir de fuente de estudio a las futuras generaciones; vivió en constante vigilancia para elevar el nivel del ambiente quirúrgico, no escatimando esfuerzos personales, pidiendo colaboraciones, y aportando todo lo útil y eficaz que encontraba en el extranjero. No fue de los afortunados que llegan a un medio evolucionado, donde el hacer es fácil, las ideas están en el ambiente, se cuenta con medios apropiados. Tuvo que hacerlo todo y restar mucho tiempo a su trabajo específico. En esta tarea de albañilería pasó gran parte de su vida.

En la historia de nuestra Cirugía, ocupará un lugar de pionero, entre los que tuvieron a su cargo la pesada tarea de preparar el campo para la actuación fácil y eficaz de las nuevas generaciones. Él partió de la nada, para forjar lo que vendrá.

Un cirujano, mejor que yo, podrá comentar el dominio de su técnica virtuosa que obtuvo con disciplina y entusiasmo sin igual, respaldado por una resistencia física, difícil de imaginar; pero nadie mejor que nosotros, puede evocar su excelente e integral preparación científica. Desde sus comienzos, atraído por el virtuosismo clínico de Navarro, trató de dominar esta disciplina, sobre la base de un conocimiento científico; inició un intenso entrenamiento quirúrgico y se introdujo en el campo de la patología, en donde llegó a ocupar una posición de privilegio. Esto le facilitó el estudio y comprensión de las enfermedades a tratar; encaró la Clínica con amplias bases patológicas. De él puede decirse que no sólo fue un gran cirujano, sino uno de nuestros primeros internistas, dominador de la técnica quirúrgica; y por eso fijó su atención antes que nadie en los grandes problemas patológicos que puede corregir la cirugía, en los procesos generales de orden metabólico que es necesario vigilar en el enfermo quirúrgico, en el trauma psíquico que la terapéutica quirúrgica puede ocasionar. Consideraba que sin estas interpretaciones el resultado final de la más brillante operación podía verse disminuido.

El medio y la época en que actúa un hombre amplifican o disminuyen la acción resultante de sus condiciones naturales. No le tocó en suerte vivir en un momento y medio propicios para desarrollar y proyectar toda la potencia que su espíritu inquieto encerraba.

La práctica de la Medicina no consiste en la simple aplicación de métodos curativos médicos o quirúrgicos. Va más allá. Exige un gran sentido de responsabilidad. El médico tiene el privilegio de que se le confíe el cuidado de lo trascendente. Necesita una exquisita sensibilidad que lo lleve a sentir el problema a resolver como algo suyo; una generosidad sin límites, que le permita volcar sobre el enfermo toda la ayuda material y espiritual a su alcance. Todo esto lo tenía Larghero como nadie. Vivo está en nosotros el recuerdo de nuestra común actuación durante años, en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel. Siempre dispuesto a la acción, atendiendo presuroso a cualquier llamado, esmerándose al máximo en el estudio del enfermo, aplicando su técnica con responsabilidad y trascendencia y no como simple acto de rutina. Y apenas concluida su faena, comenzaba lo que para él era tan importante: la vigilancia personal, el cuidado del enfermo. Insistía con razón en que la acción del cirujano, en este período, es tan importante como la aplicación de la técnica quirúrgica; por no cuidar correctamente los enfermos se pierden muchos que han sido operados con brillo. En esta tarea derrochaba su vitalidad. Jamás ninguno de sus enfermos de los servicios hospitalarios, dejó de beneficiarse de un adelanto técnico, de un medicamento o comodidad, cuyo logro estuviera al alcance de su bolsa, nunca muy llena, pero siempre a entera disposición de las necesidades materiales de sus servicios y de sus enfermos. Sentía un enorme placer en ofrecer o dar gran parte o todo lo que ganaba. Los intereses materiales, jamás lo atraieron, y solía decir: la riqueza se lleva en el corazón y en el cerebro.

Tuvo grandes y numerosos amigos, y él fue un amigo ejemplar. No era fácil trasponer el umbral de su afecto. Por idiosincrasia tenía cierta resistencia a la extroversión y rechazaba la simulación de la amistad con la que muchos compran adeptos o admiradores. Miraba con desdén a los demagogos actuales, de sonrisa estereotipada, palmoteo viscoso o abrazo reflejo. Era un admirador de cada uno de sus amigos y en todos ellos encontraba alguna condición que lo atraía. Su generosidad con ellos tampoco tenía límites. Poseía el concepto cabal de la amistad: darse por entero al amigo, si las circunstancias lo exigen; vivir con emoción, sus penas y alegrías; preocuparse por tonificar los vínculos amistosos; ir a su encuentro cuando creía que lo necesitaba, y ofrecerle desde la ayuda material hasta la palabra cálida que alivia o estimula. Esto tuvo reciprocidad y durante la mayor parte de su vida

vivió rodeado de un círculo de amistades que participaron en su intensa vida espiritual.

Al fin lo que importa es el saldo del balance global, que en este hombre fue inmensamente positivo. Mirado a distancia, ya a un año de su ida, lo vemos como el líder que guió a decenas de jóvenes por los caminos más modernos de la Medicina, por los más audaces de la Cirugía; como el organizador de un medio al que logró hacerle alcanzar una casi madura evolución; como el hombre nuevo de este Continente, que en yermos campos abrió melgas para echar la simiente de una cultura integral, de una técnica quirúrgica, de un sentido de organización.

Sí, pasarán años y años antes de que en este medio aparezca una figura como Pedro Larghero Ybarz.

CAPÍTULO 14

LAS COMISIONES HONORARIAS

Uruguay ha desarrollado una tradición de atender importantes problemas de salud, de relevante prevalencia, a través del trabajo de las Comisiones Honorarias. Así se han desarrollado la de Lucha Antituberculosa, precedida por la Cruzada de Lucha Antituberculosa, la de Lucha contra el Cáncer, la de Enfermedad Cardiovascular, la de Discapacidad. Dichas organizaciones son personas jurídicas de derecho público no estatal, generalmente integradas por representantes del Poder Ejecutivo y de diversas entidades profesionales y organizaciones educativas que llevan adelante los cometidos que señala la ley en cada caso, para la prevención y apoyo tanto a los pacientes afectados como a la realización de estudios epidemiológicos u otras investigaciones. Gracias a la actividad de la mayoría de estas Comisiones Honorarias se han podido controlar en buena medida las patologías a que hacen referencia, a través de una labor continuada de educación y comunicación, así como acciones específicas de detección y tratamiento de los pacientes afectados y sus contactos, para el caso de la tuberculosis. (Véase **Anexo 3**).

Pablo Purriel integró la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa creada por Ley No. 10.709, promulgada el 17 de enero de 1946, con el cometido de la asistencia social y económica a los pacientes tuberculosos y sus familiares. La misma ley dispuso la creación del

Fondo Nacional Permanente para la Lucha Antituberculosa. Por Ley No. 15.809 de 1986, se incorporaría como nuevo cometido la responsabilidad operativa del Plan Nacional de Vacunación creado por Ley No. 15.272 de abril de 1982.

La Ley No. 13.459 promulgada el 9 de diciembre de 1965 declaró plaga nacional la hidatidosis humana y animal y obligatoria la lucha para erradicarla en todo el territorio de la República. Dicha norma creó la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, que funcionaría en el ámbito del Ministerio de Salud Pública. La ley fue promulgada por el Dr. Washington Beltrán (presidente del Consejo Nacional de Gobierno) con los ministros Abraham Francisco Rodríguez Camusso (Salud Pública), Wilson Ferreira Aldunate (Ganadería y Agricultura y Pesca), Adolfo Tejera (Interior) y Juan E. Pível Devoto (Instrucción Pública y Previsión Social). El Poder Ejecutivo designó al Prof. Dr. Pablo Purriel como su primer presidente, siendo integrada además con el médico Prof. Dr. Carlos V. Stajano, los médicos Dres. Bernardo Porzecanski, Juan José Osimani y Rafael Grasso, los médicos veterinarios Dres. Guillermo Lockhart y Edin Raúl Castro Bianchino y el Tte. Cnel. Antonio Berta. Allí esa primera Comisión debió organizar la institución, con una gestión memorable reconocida por los funcionarios que le acompañaron. Continuó actuando al frente de la mencionada Comisión hasta que en marzo de 1972 Purriel fue designado Ministro de Salud Pública por el presidente constitucional Dr. Juan María Bordaberry, cargo que desempeñaría hasta su renuncia el 27 de junio de 1973, fecha en la que fue disuelto el Parlamento. La Comisión sería luego integrada por autoridades militares hasta que el 29 de octubre de 1985 sería designado el Dr. Aníbal Sanjinés Bros, quien desempeñó la presidencia hasta el 5 de octubre de 1990, en que fue sustituido por el Dr. Raúl Ugarte Artola. La Ley 13.459 fue modificada por la Ley No. 16.106, promulgada el 24 de enero de 1990, que modificó su integración determinándole más precisos cometidos, así como la composición de las Comisiones Departamentales Honorarias, definió los cometidos de las Comisiones Regionales, Departamentales y Locales, y creó la “Patente de Perro”, entre otras novedades. Ante renuncia del Dr. Ugarte, fue designado Presidente interino el Dr. Víctor Lyford-Pike, que actuó desde el 10 de noviembre de 2004 hasta el 21 de

marzo de 2005 en que pasó a ser presidida por el Dr. Ciro Ferreira Márquez, que se viene desempeñando hasta el presente (setiembre 2019). Por Ley 17.930 (de Presupuesto Nacional para el período 2005-2009) Arts. 308 a 313, promulgada el 19 de diciembre de 2005, pasó a denominarse Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis y funcionaría como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública.⁷³ (Véase **Anexo 4**).

COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA ANTIBERCULOSA

En su sitio web la CHLAT-EP consigna que:

En los Años 40

1943 – La Cruzada Antituberculosa Nacional

Al finalizar el año 1943, se inició en todo el país, un movimiento colectivo que se llamó Cruzada Antituberculosa Nacional. Fue propiciado por el Ministro de Salud Pública, Dr. [en Economía] Luis Mattiauda y consistió en una gran colecta nacional, la que recaudó una cifra que para ese momento era muy importante: \$ 1:300.000.

Motivó ese movimiento la gravedad de la incidencia de la tuberculosis (TBC) en la población del país. Ello provocaba la constante solicitud de camas para internar enfermos tuberculosos existiendo gran escasez de las mismas. En el aspecto económico nacional incidía la suma importante de brazos improductivos a causa de la enfermedad.

Primer Comité Ejecutivo de la Cruzada

El primer Comité Ejecutivo, cuyos integrantes fueron designados por el Poder Ejecutivo estuvo integrado por: Presidente Nato: el Sr. Ministro de Salud Pública: Dr. Luis Mattiauda, Presidente: Dr. José Martirené, Vicepresidente 1ra. Dra. Sofía Álvarez de Demichelli, Vice-presidente 2do. Sr. Américo Beisso, Secretario Dr. Juan A. Capra, Tesorero Sr. Daniel Sagrera, Pro-tesorero: Sr. Manuel Güelfi; Secretarios Honorarios Sres. Felipe L. Monteverde y Héctor Queiroló. Posteriormente el Poder Ejecutivo integra dicho Comité también con los Dres. Fernando D. Gómez y Atilio Narancio.

⁷³ Información recogida de la Secretaría de la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis el 20.12.2018.

En setiembre de 1945 el Poder Ejecutivo autorizó a la Cruzada Antituberculosa Nacional, otorgar pensiones en efectivo a los familiares de los enfermos de TBC, que para atenderse correctamente debían internarse en los hospitales especializados. Al mes siguiente comenzaron a pagarse las pensiones.

1946 – Ley de Creación de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa

Con fecha 17 de enero de 1946 el Poder Ejecutivo promulgó la ley 10.709 por la cual oficializó el movimiento generado en la Cruzada Antituberculosa Nacional, determinó las atribuciones y prerrogativas, la dotó de recursos, reglamentó la forma de administración de los mismos y la llamó **“Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa” (CHLA)**. Su primer presidente fue el Dr. Luis Mattiauda.

Se siguieron otorgando pensiones en base a la autorización de 1945 del Poder Ejecutivo y en junio de 1946 se procedió al primer pago oficial, no ya por la Cruzada sino por la CHLA.

El personal se integró inicialmente con algunos funcionarios del Ministerio de Salud Pública, en Comisión, pero al crecer la organización, por ley 10.838 del 21 de octubre de 1946 se autorizó a CHLA a disponer de hasta un 3% de sus recaudaciones para contratar el personal necesario para el desarrollo de sus actividades, lo que fue ampliado por el art. 145 de la Ley 13.318 del 28 de diciembre del año 1964.

Con el fin de descentralizar todo lo relativo al mejor estudio y consideración de los expedientes de pensión, y teniendo en cuenta que el conocimiento directo de los enfermos tenía ventajas, la CHLA designó Comisiones Departamentales que estuvieron presididas por el Director del Centro Departamental de Salud Pública. Dichas Comisiones tuvieron como cometido instalar en cada Centro Departamental de Salud Pública una oficina médica con el encargo del fichaje del enfermo tuberculoso y el examen de los miembros de su familia, aconsejando la internación de cada paciente cuando correspondiera.

1948 – Ampliación de cometidos de la CHLA

Posteriormente la Ley 11.025 del 9 de enero de 1948 amplió las actividades de la CHLA autorizándola a destinar el 15% del excedente que quedara después de cumplir sus compromisos, para la adquisición y equipamiento de ambulancias dispensarios-móviles destinadas

a intensificar la propaganda, profilaxis, vacunación e investigación antituberculosa en todo el país y a la toma de personal necesario para cumplir esos fines.

La ampliación de los cometidos dados por esta ley que autorizó el examen de masas, trajo como consecuencia un estudio exhaustivo de su puesta en marcha, concluyéndose en la necesidad de implementar cuatro puntos fundamentales:

1. Cutipuntura universal con tuberculina pura.
2. Abreugrafía sistemática por encima de los 4 años y también por debajo de esta edad en casos de “cuti” positiva.
3. Administración por boca de la vacuna antituberculosa BCG a toda edad, a condición de que la cutipuntura resultara positiva; y
4. Educación antituberculosa y propaganda intensiva.

La primera experiencia fue en la ciudad de Sarandí del Yi (Dpto. de Durazno), en donde el personal ya adiestrado brindó su apoyo al Servicio de Exámenes de Colectividades. Poco después se realizó una segunda investigación en la localidad de Cardona (Dpto. de Soriano) con mayor intervención del personal de la CHLA. Esto sucedía en el año 1948.

Los Dispensarios Móviles – Las giras nacionales

Oficialmente fue en la ciudad de San José donde se iniciaron las actividades de los Dispensarios Móviles de la CHLA, que recorrieron después todo el país.

El régimen de trabajo de éstos en el interior era original, pues se presentaba servicio ininterrumpidamente los 30 días del mes, incluyendo sábados, domingos y casi todos los feriados. Se realizaron 5 giras de los Dispensarios Móviles, finalizando la última en 1973.

Los quistes hidáticos descubiertos eran denunciados al centro de Estudios sobre Hidatidosis del Ministerio de Salud Pública y las alteraciones cardiovasculares a la Fundación Procardias. Asimismo, asesorados por esta última Institución se tomaba la presión arterial a los mayores de 20 años. Para la Asociación de Diabéticos se realizaba a los concurrentes una sencilla prueba con cinta reactiva; para la Cátedra de Oftalmología de la Facultad de Medicina, se identificaba y fichaba a los no videntes; para el Servicio de Enfermedades Profesionales del

Banco de Seguros se trató de detectar la brucelosis en grupos de personas expuestas.

Más adelante, las giras de los Dispensarios Móviles fueron sustituidas, buscando un criterio cualitativo que permitiera identificar los grupos humanos donde el examen fuera más redituable: los integrados por personas con mayor riesgo de infectarse, curar, recaer y morir por TBC y todas aquellas personas que por diversas razones eran tributarios del Carné de Salud. Asimismo se dividieron los 18 departamentos del interior del país, en 4 regiones destinándole a cada una un equipo de radiofotografía que rotaba en su sector.

Los exámenes roentgen-fotográficos de masas descubrían un determinado número de personas enfermas de TBC, cuyo destino o evolución posterior era absolutamente imprescindible conocer.

Los Años 50

La creación de los Centros Tisiológicos

Esto significaba, planear la descentralización de los servicios de la capital y exigió la creación de Centros Tisiológicos (CT) en los departamentos del interior de la República. Su dirección se ofreció a un médico tisiólogo departamental dependiente del Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa (SAYPA-MSP), en conexión directa con la CHLA la que impartía las normas para el desarrollo de la acción, iniciándose paulatinamente su implantación antes de 1952. Surgieron así los CT departamentales que en número de 18 trabajaban en las capitales de los departamentos. Posteriormente su número se incrementó cubriendo localidades con importante número de habitantes.

Cada CT tenía una función múltiple a cumplir y estaba integrado con el Médico Tisiólogo del Pabellón de TBC, que desempeñaba funciones de Jefe más el personal de la CHLA. Entraba dentro de su labor, llevar al día el fichero de enfermos de TBC de su jurisdicción, así como el de contactos de los mismos; hacer los controles periódicos de los hogares de los pensionados y en el caso de sus convivientes llevar a cabo pruebas tuberculínicas, radiológicas y bacteriológicas. Se ocupaban igualmente de que los pacientes en tratamiento, tomaran correctamente la medicación indicada. Asimismo realizaban la vacunación de recién nacidos con BCG y en el caso de las pensiones, el trámite y administración de las mismas.

Médicos Tisiólogos de Montevideo con larga experiencia clínica, funcionarios inspectores de CHLA, visitaban habitualmente cada CT poniéndose en contacto con los médicos locales, en calidad de verdaderos consultores honorarios.

Otra tarea que se le asignó a los CT en estrecha colaboración con los Dispensarios Móviles, fue el examen de vigilancia periódica de los tuberculosos activos e inactivos.

Construcción de pabellones, laboratorio Dr. Albert Calmette y Hospital Musto

Cumpliendo con lo que disponía la Ley 11.828 del 25 de junio de 1952, que permitía utilizar los dineros sobrantes para construir y equipar hospitales, sanatorios, y otros servicios de profilaxis y asistencia TBC, de acuerdo con los planes que al respecto se acordó con el Ministro de Salud Pública, bajo cuya jurisdicción técnica y administrativa quedarían una vez refaccionados, se repararon varios pabellones TBC departamentales, los sectores C y A de la colonia Saint Bois, ampliándose el Laboratorio, el servicio de Cirugía y las cocinas. Se hicieron reparaciones en el Hospital Fermín Ferreira, se adecuó una vieja casa-quinta para sede de la casa maternal, se construyó y fue transferido al Ministerio de Salud Pública el nuevo Laboratorio Dr. Albert Calmette y se realizó gran parte de la construcción del nuevo Hospital Musto.

Educación Sanitaria de la población

La misma Ley nombrada anteriormente, estipulaba la propaganda higiénica o educación sanitaria de la población del país e intensificándose con la iniciación de las actividades de los Dispensarios Móviles en el interior, al aprovechar todas las fuerzas organizadas locales, a los efectos de la mayor movilización posible de la colectividad.

Desde mediados de 1947 se utilizó por largos años a la hora 12 del día la cadena de difusoras de la Asociación de Broadcasters Uruguayos (ANDEBU), para difundir radialmente la propaganda necesaria. La educación sanitaria y la propaganda se ampliaron a clases ilustradas a grupos de enseñanza primaria, secundaria, industrial, agraria, preparatoria, magisterial y curso básico de medicina. Se hicieron jornadas tisiológicas departamentales, charlas por radio, comunicados de prensa, Boletín (10.000 copias) que se distribuía al cuerpo médico, educadores, gobernadores y en el exterior.

1954 – Creación del Registro Nacional de Tuberculosos – RNT

En 1954 inició su labor el Registro Nacional de Tuberculosos, (RNT). Proporcionaba los datos definitivos sobre incidencia anual de tuberculosis en todo el país; la información provenía de dos fuentes: en el interior, de los Centros Tisiológicos Departamentales y en Montevideo de los Servicios Estatales, Paraestatales, Privados y médicos particulares. El mismo RNT llevaba también el censo permanente de camas para tuberculosos en el país y en el año 1975 se le encomendó el conocimiento diario de ingresos y egresos de la Colonia Saint Bois.

Como la primo-vacunación con BCG no dura toda la vida, se comenzó a revacunar sistemáticamente al ingreso y egreso de primaria así como al salir de enseñanza media. La acción se desarrollaba en los propios centros de enseñanza.

El procesado del material bacteriológico que procedía de los Centros Tisiológicos, se centralizó en el Laboratorio de la Colonia Saint Bois donde la Comisión Honoraria aportó funcionarios a nivel técnico auxiliar y administrativo, así como buena parte del material de insumo y mantenimiento de su equipamiento.

La Comisión Honoraria creó también un servicio propio de mantenimiento de sus equipos de Rayos X, así como de sus grupos electrógenos, que eran los que producían la energía suficiente, en los lugares en que no había red energética o esta no ofrecía el voltaje necesario. El crecimiento de este servicio, su eficiencia y rapidez, provocó el acuerdo con el MSP para que realizara también la reparación de todo lo que fuera instalación y mantenimiento de su parque radiológico en todo el país.

En cuanto a la administración del personal, ya la ley 11.828 de 25 de junio de 1952 preveía que todo el personal que tomase el organismo, lo sería previo concurso y así se cumplió y se sigue cumpliendo hasta el día de hoy. Los funcionarios ingresan desde hace muchos años con 2 períodos de prueba de 6 meses cada uno, a partir de los cuales inician la carrera administrativa, ascendiendo según las disposiciones de ascenso de los funcionarios de la Administración Central.

Los Años 60

1965 – Re-formulación programática

Posteriormente, alrededor de 1965, la CHLA planificó cuatro programas que se comenzaron a ejecutar de inmediato, que comprendían:

Programa I: Vacunación antituberculosa por BCG de los lactantes en los primeros días posteriores al nacimiento.

Programa II: Estudio de la alergia tuberculínica en escolares, liceales, estudiantes de Escuelas Industriales y Agrarias y de Institutos Normales.

Programa III: Control de las personas con procesos bacilares sospechosos y sus contactos.

Programa IV: Continuación del examen radio-fotográfico de masas.

Esta es la historia del período inicial de la CHLA. En lo que continúa de su vida como Institución, y lo que corresponde a los tiempos contemporáneos, las actividades relacionadas anteriormente se fueron ampliando y perfeccionando en función de nuevas leyes, que además le agregaron otros cometidos cuya implementación. Particularmente a partir de la incorporación de las campañas de vacunación en todo el país.

- Dirección: MAGALLANES 1320
- Fechas inicio-fin: 1907-
- Programas: Centro De Salud

Tomado de: Domingo, Walter. *Los arquitectos renovadores del 900. La Escuela de Bellas Artes de París y el Uruguay.* Leopoldo J. Tosi. Montevideo.

El dispensario está resuelto en forma simétrica, destacando únicamente la fachada con elementos clásicos y decoración con formas vegetales, aunque alejadas del desarrollo lineal del art nouveau. Tampoco utiliza, como Jones, decoración abstracto geométrica y se puede vincular más con el modernismo catalán que con la secesión vienesa o el *art nouveau* francés o belga. Las fachadas laterales no tienen decoración, pero el cerco que limita el predio al frente es el que expresa una mayor influencia modernista.

Nota Nómada: El edificio fue construido en 1907 con destino de centro asistencial especializado en el tratamiento y prevención de la Tuberculosis, y ha cumplido esa misma función por 110 años. Se denominó Dr. Joaquin de Salterain en honor al médico uruguayo. Exceptuando algunas obras de mantenimiento, no se han realizado intervenciones significativas, más allá de la cuestionable pintura de la fachada.

Ver además:

El Libro del Centenario del Uruguay. Montevideo: 1925.

Fernandez Saldaña, J.M. “El arquitecto Juan Tosi y su obra”. *El Día*, (24 de julio de 1938).

Giuria, J. *La arquitectura en el Uruguay, Tomo I*. Montevideo: Imprenta Universal, 1955.

Loustau, C. “El Art Nouveau, un original aunque fugaz fuego de artificio”. *El Día*, (7 de febrero de 1982).

Lucchini, A. *Ideas y formas en la arquitectura nacional*. Montevideo: Nuestra Tierra nº 6, 1969.

Lucchini, A., Paris, B., Faraone, R., Oddone, J., Real de Azúa, C., Muras, O., Ardao, A., Buño, W., Ayestarán L., Salgado, S. *Cronología comparada de la historia del Uruguay 1830-1945*, Montevideo: Udelar, 1966.

Maeso, C.M. *El Uruguay a través de un Siglo*. Montevideo: 1900: 107.

Serra, J. *Arquitecturas del Novecientos*. Montevideo: Jornadas de Investigación Facultad de Humanidades – inédito, 2011.







Joaquín de Salazar
Montevideo.

JOAQUÍN DE SALTERAIN (1856-1926)⁷⁴

Médico-cirujano

Joaquín de Salterain, hijo de Patricio de Salterain y Elisa Rambaud, nació el 30 de noviembre de 1856 en la ciudad de Montevideo, donde fue educado en las escuelas de la ciudad y en la Universidad, que le otorgó el título de Doctor en Medicina y Cirugía en 1884. En ese año fue a París a perfeccionar sus estudios, con una beca obtenida por pruebas de oposición.

Durante su residencia en París fue designado jefe de la clínica del Dr. Galezowski, cargo que desempeñó por cuatro años, y al retorno, deseando demostrar su gratitud al gobierno por haberlo enviado a Europa, fundó una clínica para la gente pobre a la que brindó sus servicios honorariamente.

Las posiciones que ocupó fueron numerosas e incluyen: Asistente del Ministro del Interior; Secretario en el mismo departamento; Secretario de la Facultad de Medicina; Vicepresidente del Consejo de Higiene; Oculista del Asilo de Expósitos y Huérfanos; Miembro del Consejo de Educación; Miembro de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia; Miembro del Consejo de Estado; Diputado, Senador; Ministro de Relaciones Exteriores; Secretario del Censo Nacional; Vicepresidente del Consejo de Estadísticas; Fundador de la Oficina Municipal de Estadísticas; Oculista del Hospital de Niños; Miembro de la Sociedad Francesa de Oftalmología; Miembro del Instituto Internacional de Estadísticas; Fundador y Presidente Honorario de la Liga contra la Tuberculosis y de la Liga contra el Alcoholismo; Director de la Oficina Municipal de Estadísticas de Montevideo. Fue Oficial de la Legión de Honor.

Entre las publicaciones del señor de Salterain pueden ser destacadas: *Profilaxia epidémica en Montevideo*, 1884; *Apuntes sobre demografía Uruguaya*, 1905; *La Tuberculosis pulmonar en el Uruguay*, 1900; *Mortalidad general por tuberculosis pulmonar*, 1901; *La liga contra la Tuberculosis*, 1902; *Demografía del Departamento del Salto*, 1904; *El Alcoholismo en el Uruguay, qué es lo que debe y puede hacerse en contra*, 1915; *Contribución al estudio del Alcoholismo en el Uruguay*, 1918; *Artigas*, 1910; *Intimidades (versos)*, París, 1912; *José de Arechavaleta*, 1918; *La elección de Representantes*, 1909; y numerosos artículos de variado carácter en periódicos y revistas.

Falleció el 25 de junio de 1926.

⁷⁴ Uruguayans of to-day. By William Belmont Parker, The Hispanic Society of America. London; New York, 1921, pp. 468-471.

LA CRUZ DE LORENA, símbolo internacional contra la tuberculosis

La cruz de Lorena fue adoptada como el símbolo Internacional contra la tuberculosis en la IV Conferencia Internacional de Tuberculosis, reunida en Berlín en 1902. Desde los primeros tiempos, la cruz roja con doble barra ha sido usada como un símbolo en la cruzada contra el mal, y ahora es usado por las Asociaciones Antituberculosas de no menos de 55 países, como su emblema en la cruzada contra la enfermedad.⁷⁵



La Cruz con doble barra *ha figurado en Relicarios del Este, desde el Siglo VII*. Los Cruzados la encontraron representada en monumentos cristianos de antes de la conquista de la Tierra Santa y desde ese tiempo fue usada como un Símbolo de Jerusalén.

Cuando en 1099, Godofredo de Bouillón capturó Jerusalén y se advocó el Santo Sepulcro, él incorporó la cruz en su estandarte, como también lo hizo el Rey de Hungría en su retorno de las cruzadas.

Esta forma de cruz fue siempre reconocida por los hombres de ese tiempo como la forma de “La verdadera Cruz”. Ellos creían que la primera barra había sido usada para las palabras, IHS NA IUD (Jhesus Naxarenius Rex Iudeorum), y con la segunda barra formando la actual cruz.

En el Siglo XV la familia de los De Guisa, la más prominente rama de la Casa de Lorena, todavía usaba la cruz en su escudo de armas y en monedas, en memoria de su antecesor Godofredo de Bouillón. La cruz de doble barra vino a ser famosa por toda la Europa del Oeste, bajo el nombre de Cruz de Lorena.

Juana de Arco, una muchacha francesa del siglo XV, que peleó para llevar a los ingleses fuera de Francia, fue quemada por ellos en la estaca y después canonizada como Santa. Usaba la Cruz de Lorena en su estandarte. En 1487, la Cruz fue usada como símbolo del movimiento de resistencia en Lorena, contra la ocupación de Carlos El Temerario.

Este precedente fue seguido en los tiempos modernos cuando fue escogida por el General Charles De Gaulle, como el emblema de la

⁷⁵ <http://tbsealsmexico.pag.com.mx/historia-de-la-cruz-de-lorena/>

Francia libre en su resistencia contra los nazis. Y así a través de los años, la cruz roja de doble barra, ha venido a ser un símbolo de la cruzada contra el mal y la opresión.

Fue el doctor Gilbert Sersiron (1871-1940) de París, quien sugirió en octubre de 1902, que fuera usada como emblema internacional de lucha contra la tuberculosis, explicando su idea con estas palabras: “La cruz roja con doble línea horizontal, es un símbolo de entendimiento, de paz y de hermandad, que puede llevar nuestro mensaje a los rincones más distantes del globo. Usándolo como emblema en la lucha diaria y en su viaje a través del mundo, puede convertirse en una marcha triunfal, que lentamente rechace un invasor que diezma nuestro ejército, y haga desaparecer las lágrimas del sufrimiento de la humanidad, sin darles causa justa a ellas para que fluyan”.



CAPÍTULO 15

LA CLÍNICA SEMIOLÓGICA EL PRIMER SERVICIO QUE INAUGURÓ EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

El proyecto de hospital docente y universitario fue concretándose y afirmándose. También se fue consolidando un obstáculo que desde entonces habría que sortear en forma permanente: la escasez de recursos presupuestales. Las actas de la Comisión del Hospital de Clínicas y del Consejo Directivo de la Facultad abundan en discusiones, propuestas, esperanzas y frustraciones alrededor de los aportes presupuestales. Como consecuencia de estas carencias y de las consiguientes discusiones, poco a poco, fue haciéndose unánime la decisión de no habilitar el Hospital hasta no tener aprobado su presupuesto en el Parlamento, y entonces hacerlo en forma progresiva.⁷⁶



⁷⁶ WILSON, Eduardo, NOWINSKI, Aron, TURNES, Antonio L., SÁNCHEZ, Soledad, SERRA, Jorge: Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad (1887-1974), 766 páginas, Montevideo, 2011; pp. 233-235.

A principios de 1952 comenzaron a funcionar dos secciones: la Sala de Máquinas, Mantenimiento y Calderas y la Cocina. En marzo comenzó a funcionar el primer servicio médico en el Hospital: la Central de Sangre y Plasma, dirigida por el Dr. Dinor Invernizzi, cofundador de esta dependencia de la Facultad junto a Julio C. García Otero y Pedro Larghero. En abril la Facultad aprobó el Plan de Habilitación Progresiva: primeramente 50 camas de Medicina, luego, en forma sucesiva, 50 camas de Cirugía, otras 50 de Medicina y otras 50 de Cirugía. Un mes después había trabajando en el hospital 43 personas contratadas, la mayoría para cargos técnicos, junto con unos pocos funcionarios presupuestados con anterioridad, por la Comisión Honoraria.

En el segundo semestre de 1952 se aprobaron varios reglamentos de servicios médicos auxiliares: Radiodiagnóstico, Física Médica, Central de Sangre y Plasma, Anestesia y Gasoterapia, Laboratorio Central, Laboratorio Cardiológico, Laboratorio de Anatomía Patológica, así como de las secciones administrativas del Departamento de Alimentación y del Archivo Médico y Estadística. También se aprobó el reglamento sobre el Director del Hospital.

En enero de 1953 el Senado aprueba el presupuesto del Hospital de Clínicas, sin modificar la propuesta inicial, con lo que se agilizan los procedimientos para la habilitación.

Finalmente, el 21 de setiembre de 1953 ingresaron los primeros pacientes. Esta fecha es considerada la inauguración del Hospital de Clínicas. Ese día se habilitaron 50 camas en el Piso 8 para la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel, hasta ese momento en el Hospital Maciel. El primer internado (No. de Registro 000.001) fue el Sr. Radamés Piendibene, sobrino del famoso futbolista, llevado por uno de los jefes de clínica de la Clínica Semiológica, el Dr. Juan Jorge Ravera, quien así narró el hecho:

“El reparto, como digo, lo hacía Rada. Radamés Piendibene, hijo de Carlos Piendibene el pintor, y por lo tanto sobrino de Domingo y de José “el maestro”. Radamés, a quien también llamábamos “Radicha” era lo más parecido a un santo que pude haber conocido, mayor que nosotros, tenía una gran paciencia con toda la chiquilina, y los domingos barría y preparaba bien el carro, cepillaba al caballo luego de bañarlo, que quedaba más cuidado que una persona, y nos llevaba por el repecho de Pereyra hasta la Estación Pocitos, donde estaba el Latino. No puedo dejar de tributarle mi homenaje a Rada, un muchacho

de poca salud, portador de una cardiopatía congénita, a quien atendí durante tantos años, y con quien se inauguró el Hospital de Clínicas en 1953. Yo que fui uno de los seis primeros médicos del servicio del Profesor Purriel que empezamos a atender y hacer guardias en el enorme hospital, llevé a mi viejo amigo para que allí recibiera los mejores cuidados. Si alguien investiga en el Archivo General de nuestro hospital encontrará que el Registro No. 000001 le corresponde a Radamés Piendibene. Noble y agradecido el viejo amigo me obsequió una linda volantita para pasear a mi primogénito el Dr. Jorge Ravera (jr.)”⁷⁷

Además de la internación en Piso 8, funcionaban el Departamento de Enfermería y los siguientes servicios médicos: Anestesia y Gasoterapia (Dr. Alfredo Pernin) funcionando solo el sector Gasoterapia; Radiodiagnóstico (Dres. Nicolás Caubarrère y Eugenio Zerboni); Laboratorio Central (Dr. Norris Surraco); Anatomía Patológica (Prof. Pedro Ferreira Berrutti); Emergencia (en horario parcial), Central de Sangre y Plasma (Dr. Dinor Invernizzi). Para los internados funcionaban Física Médica (Prof. Mario Cassinoni), Oftalmología (Prof. Washington Iso-la) y Dpto. de Alimentación (Dr. Alberto Munilla).

Departamento de Emergencia

El Servicio de Emergencia, cuyo objetivo era asistir pacientes con urgencias médicas y quirúrgicas, fue inicialmente encarado como un apéndice de las clínicas con internación en el Hospital, y su asistencia se limitaba a 12 horas. Las distintas clínicas médicas y quirúrgicas (inicialmente dos clínicas médicas y dos quirúrgicas) se distribuían los días de la semana para que el personal de la clínica hiciera guardias en el Servicio de Emergencia. Durante los primeros años estuvieron encargados del Servicio de Urgencia (o de Puerta, como también se le conocía por analogía con otros hospitales) los Dres. Juan Cendán Alfonso, José Pedro Ibarra y Abel Proto, en forma interina. Este sistema, indudablemente poco efectivo por la discontinuidad de la atención y la falta de coordinación entre los servicios y entre sus propios integrantes, luego de un largo proceso de discusión y de estudio de un proyecto elaborado por el Director chileno Dr. Hugo Enríquez, se modificó para configurar un Departamento de Emergencia. En 1958 el Director peruano Dr. Guillermo Almenara presentó una propuesta de requisitos para la selección de un médico jefe del Departamento, que fue aproba-

⁷⁷ RAVERA, Juan Jorge: Pocitos de Pereyra p'abajo. Montevideo, 1995.

da por la Comisión Directiva, y se llamó a la provisión de los cargos de Emergencia. Este Departamento contaba con un Director y un plantel de médicos que incluía diariamente dos médicos de guardia (un Profesor Adjunto – Grado 4 – y un Asistente – Grado 3), dos cirujanos de guardia (un Profesor Adjunto y un Asistente) con la exclusiva función de atender el Servicio, y con seis practicantes internos del Hospital. Médicos, cirujanos y practicantes hacían guardias de 24 horas semanales con domingos rotativos. A ellos se agregaban colaboradores honorarios de los médicos, de los cirujanos y de los practicantes, conocidos éstos en la jerga hospitalaria como “leucocitos”. Luego de un período de dirección interina se nombró al primer director titular del Dpto. de Emergencia, que fue el Prof. Agdo. Walter García Fontes. En 1971 fue sustituido por el Prof. Agdo. José Pedro Cirillo.

El Departamento estaba correctamente equipado para atender cualquier situación urgente. Tenía varios consultorios convencionales, dos consultorios para curaciones, pequeña cirugía y procedimientos invasivos, otro ginecológico, y salas de internación para observación. También disponía de dos salas de operaciones que nunca fueron utilizadas, salas de estar para médicos y practicantes y salón dormitorio para médicos y practicantes de guardia en la misma planta y en el Piso 19 sector sur. También contaba con sala de espera, local para radioscopías con equipo apropiado y local para archivero clínico y vigilante. La dotación del personal de enfermería era mayor que la de las salas de internación, contando con una Nurse Supervisora, una Nurse por turno, y varios Auxiliares de enfermería. Disponía de una Dietista, una Asistente Social y un camillero destinados en exclusividad al Servicio de Emergencia.

Cumplía funciones docentes además de las puramente asistenciales, organizando cursos de Medicina y Cirugía de urgencia. Eran frecuentes los encares de historias clínicas sobre temas de urgencia, extracurriculares, destinados a quienes preparaban el concurso para practicante interno. Todo el personal de guardia, incluyendo los honorarios, tenía acceso al comedor donde se servían 4 comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena, en horarios determinados. Era frecuente, a la hora del almuerzo, la coincidencia en el comedor del personal de guardia y del Director y sus Asistentes, lo que a veces llevaba a charlas informales en

las que los directores tenían información directa y de primera mano sobre hechos acaecidos en la guardia hospitalaria.

El número de camas para internación provisoria fue variando a las primitivas 6 camas se agregaron 12, en abril de 1956, y 10 más en mayo del mismo año. En 1958 se suprimieron 22, quedando solamente 6.⁷⁸

Clínica Semiológica

La Clínica Semiológica, posteriormente transformada en Clínica Médica D, cuyo Director era entonces Pablo Purriel, fue el primer servicio clínico de internación en el Hospital. Se instaló en el Piso 8 en setiembre de 1953, proviniendo del Hospital Maciel. Ocupó 50 camas y en los años siguientes llegó a 102, o sea a ocupar las seis salas del piso. Contaba con consulta externa en el turno matutino y a partir del año siguiente también en el turno vespertino. Luego del cese de Purriel, lo sucedió Jorge Bouton, como Profesor Director, el 26 de marzo de 1971.

78 WILSON, E., y col.: op. cit., pp 355-357.

CAPÍTULO 16

ENTREVISTA A LA DRA. EVA FOGEL

TESTIMONIO DE LA DRA. EVA FOGEL ⁷⁹

¿Cuándo fue tu ingreso al Hospital de Clínicas? ¿En qué Servicio y quién era tu jefe? ¿Recuerdas el equipo que integrabas? ¿Cómo fue trabajar allí? ¿Cuántos años trabajaste en el Hospital de Clínicas y cómo fue tu evolución laboral dentro del mismo hasta el retiro?



Casi “nací” en el Hospital. El Hospital de Clínicas abrió en setiembre de 1953. En aquel momento era practicante interno del Servicio del Prof. Dr. Pablo Purriel, que estaba en el Hospital Maciel. Una parte de ese Servicio se mudó en setiembre al Hospital de Clínicas, cuando se inauguró, y otra parte quedó en el Maciel. El Dr. Purriel completó su equipo en enero de 1954 y ahí fue donde yo entré. Creo que fue el 3 de enero, un fin de semana. Entré al Hospital en 1954 y

⁷⁹ Entrevista realizada por Eduardo Wilson el 9 de junio de 2008, para el libro *Hospital de Clínicas de Montevideo. Génesis y Realidad (1887-1974)*, Eduardo Wilson, Aron Nowinski, Antonio L. Turnes, Soledad Sánchez, Jorge Serra, 2011, pp. 605-617.

salí en 1992, o sea que mi trayectoria allí fue de casi cuarenta años, una vida. Fui viendo cómo se iban incorporando todos los Servicios. El del Dr. Purriel fue el primero, y vi cómo fue creciendo y ampliándose todo el Hospital con sus Salas.

Cuando entré como practicante interno, era un privilegio. Había en el Servicio un practicante interno, dos médicos y dos cirujanos. O sea que pasé a ser “la niña mimada”. Me consideraba la “mimada” porque estaba con cuatro médicos.

¿Ese era el equipo de guardia?

Sí, pero también en Piso éramos pocos, porque hablamos de la Sala 1 y de la Sala 2, una de hombres y otra de mujeres. Eso era de Medicina y al poquito tiempo vino el Servicio del Dr. Stajano. La Emergencia funcionaba solamente desde las 8 de la mañana hasta las 11 de la noche. Ahí se cerraba la puerta. Si venía alguna urgencia, no entraba por la puerta de Emergencia sino por la puerta principal y la atendíamos en el Piso 8.

¿O sea que desde las 23 a las 8 tú seguías en la guardia no de Emergencia sino de Piso?

Claro. Tenía mi lugar para dormir en el Piso 19, con un lujo asiático, pero nunca dormí. Lo que puedo decir es que mi habitación en el Piso 19 no la tendría hoy en el hotel más lujoso del Uruguay. En aquel momento empezó la Escuela de Enfermería. Las estudiantes se alojaban en el Piso 3, la mayoría llegadas del Interior. Siempre había alguna consulta; el practicante estaba toda la noche y todo el día trabajando. Era una época de oro.

Eras la única practicante de guardia durante 24 horas. ¿Con qué frecuencia se hacía esa guardia?

Una vez por semana, y los domingos eran rotativos cada seis.

¿O sea que en todo el Hospital había seis practicantes?

Que yo recuerde, sí. Teníamos la llave de la cocina por si queríamos comer algo. En la heladera había todo lo que se pudiera imaginar: comida importada y nacional, todo tipo de frutas, fiambres. Fue una época muy especial.

¿Eras la única practicante en Piso?

No me acuerdo. Sé que éramos seis en total: tres de Medicina y tres de Cirugía. En los primeros meses había solo de Medicina ya que, por

más que hubiera cirujanos por cualquier emergencia quirúrgica, el Servicio de Cirugía todavía no había llegado. Este llegó después de enero de 1954, desfasado con el de Medicina, y fue el Servicio del Prof. Dr. Stajano.

Cuando entré, los médicos que estaban conmigo eran los Dres. Eduardo Yannicelli y Héctor Artecona. Dante Tomalino y Olga Muras, entre otros, todavía no estaban en el Clínicas. Si bien el Servicio empezó en setiembre, fuimos yendo poco a poco y no todos juntos, hasta que finalmente se completó y todo el Servicio pasó del Hospital Maciel al Clínicas.

En esos primeros meses el Dr. Purriel compartía su tiempo entre el Hospital de Clínicas y el Hospital Maciel. El Servicio estaba muy bien equipado y también lo estaba la Emergencia. Recuerdo que el Dr. Yannicelli me enseñó a hacer cateterismos en Emergencia. Después no sé qué se hizo del equipo. Como éramos los únicos internos, con cuatro médicos, absorbíamos todo lo que nos enseñaban.

Seguí como interna todo 1954. Terminé el 30 de marzo de 1955 y me gradué el 1° de abril del mismo año. En ese momento prácticamente estaban habilitadas todas las Salas del Piso 8. Era interna del grupo del Dr. Omar Etoarena.

Cuando terminé el internado quedé sin cargo, lo que me trajo una situación económica muy mala. Traté de ingresar a la Asistencia Externa, que me sirvió para defenderme en ese momento.

El Dr. Etoarena estaba preparando por segunda vez el Grado 2. Yo estaba como interna de él y lo preparé con él. En setiembre me largué a concursar el Grado 2 junto a 28 personas más. En el ínterin, el Dr. Purriel me había nombrado Auxiliar de Semiología para dar clases, ya que habían comenzado los cursos formales de tercer año en el Hospital.

¿Entraste en ese concurso de setiembre? Me llama la atención el número de gente que se presentó, muchos más que ahora.

Sí, 28 concursantes para cinco cargos.

¿Con quiénes entraste al cargo de Grado 2?

Con Tito Fischer, Mario Medina, Luis Campalans, entre otros. Era impresionante la cantidad de gente que se presentaba. Además, los profesores tenían sus “caballitos”.

¿Recuerdas el tribunal?

Estaban los Profs. Dres. Purriel, Julio García Otero, Orestes Vido-
vich y Gonzalo Fernández. Entré en ese concurso pero ya venía dando
clases de antes.

Para recibirme, pedí mesa especial y esa fue una experiencia inol-
vidable, porque no faltó nadie del Hospital a presenciar el examen.
En aquel momento teníamos un privilegio -no sé si ahora lo tienen-
y constituíamos una entidad muy fuerte. El examen era como una
clase y venían todos los estudiantes y médicos. Cuando terminé, me
felicitaron y el Prof. García Otero me dijo: “¿Te vas a quedar acá?”,
refiriéndose al Servicio de Purriel. Yo le dije que era fiel y que me iba
a quedar. En aquel examen final, para ver qué enfermo me iba a tocar,
pusieron dos papelitos. Yo saqué uno y me tocó un enfermo del Piso
8. Estaba contenta porque era interna del Piso 8. Luego del examen me
preguntaron: “¿Querés sacar el otro papelito para ver qué te hubiese
tocado?”. Lo saqué y vi que era un nanismo renal, cosa que nunca en
mi vida había visto. Me tiraron a matar.

En aquel momento, al Grado 2 del Hospital de Clínicas le corres-
pondía la atención en las Salas, la guardia gratuita de 24 horas, una
vez por semana, y un domingo cada seis, y una policlínica en la tarde.
Todo eso estaba incluido en el mismo salario, que era simbólico. Des-
de que empezó el Servicio de Purriel, hacíamos policlínicas en la tarde,
que eran sobre todo de especialidades.

¿Había otras policlínicas que no fueran las del Servicio de Medi- cina de Purriel?

No recuerdo. La gente de Purriel trabajábamos en la policlínica de la
tarde una vez por semana. Teníamos obligación de hacerla.

A las 7:30 teníamos obligación de estar en el Hospital, esperando a
los estudiantes y no al revés. Debíamos tener elegido el paciente, la his-
toria clínica y todo lo demás. El primero en llegar era el propio Purriel,
que estaba en el Hospital a las 7. Era de un gran rigor, y controlaba la
docencia y la asistencia. Ojalá ahora las historias clínicas se hicieran
como se hacían en aquel momento, con la evolución del paciente. Si
no estaban hechas, escondíamos al enfermo en el baño, con su historia
y todo, y decíamos que estaba en Rayos.

¿Cómo era el formato de las historias?

Eran perfectas. Al darse el alta, el Grado 2 cerraba la historia clínica, el Grado 3 la controlaba y el Grado 4 la firmaba. De vez en cuando, el Profesor Grado 5 sacaba al azar una historia para controlarla.

¿Se pasaban en limpio a máquina?

Sí.

¿O sea que cuando el paciente era dado de alta, todo era absolutamente legible?

Lo único manuscrito era la hoja de evolución, pero todo lo demás se pasaba a máquina. Y los exámenes de laboratorio se incluían todos en la historia, igual que sus resultados. Había un control de las historias.

No podría decir nada que faltara en cuanto a la asistencia, ya que estábamos muy controlados. El Grado 2 no estaba solo, sino apoyado por el Grado 3 y éste por el Grado 4. El Grado 5 pasaba visita todas las semanas a una Sala, en cualquier momento.

¿Cómo era la distribución de tu tiempo en el Piso 8?

Llegábamos a las 7:30 y el Servicio empezaba a funcionar con estudiantes a las 8 en punto hasta las 10. Luego había que pasar visita, ir a los *rounds*, a los ateneos. O sea que teníamos ocupada toda la mañana.

¿El Profesor pasaba visita a todas las Salas, todos los días?

No, hacía visita por una Sala toda la mañana -hablamos de seis Salas-, de improviso, para controlar. El control por parte de Purriel y de la gente que trabajaba con él, como Tomalino, Muras y Bouton, era increíble. El Prof. Dr. Jorge Bouton fue un gran apoyo en la preparación de concursos y en mi formación. Lo conocía de mucho antes, ya que atendía a su familia, por lo que había un vínculo muy fuerte. Cuando preparé el concurso me dijo: “Te voy a enseñar al estilo marxista-leninista”, y así fue. Lamentablemente, fui la única que lo acompañó cuando le dieron la baja. Tuvo que ir a Personal a firmar el comunicado que decía que se tenía que retirar y que no podía entrar más al Hospital...

Cuando tomaste posesión del cargo de Grado 2, ¿ya estaba todo el Servicio entero en el Hospital de Clínicas, con Bouton, Tomalino, Muras, Artecona...?

...Dora Carlotta, Ruth Sánchez, Eduardo Yannicelli, Wainrach, Fabius, y venía mucha gente, como Mussio Fournier, Félix Leborgne, porque los martes había un *round* y los jueves ateneo.

La Emergencia era otro ítem importante. Los internos ni siquiera se podían acostar.

Como Grado 2, también tenías que hacer 24 horas de guardia, una vez por semana, de forma honoraria. ¿Cómo fue aumentando el trabajo en los años siguientes? ¿Cómo fueron cambiando las características de la asistencia?

Con Purriel tenía que haber cambios todos los días. Él venía a las Salas y nos preguntaba a cada uno por separado: “¿Qué proyecto de trabajo tiene usted hoy?”. De modo que alguien tenía que llevar algún proyecto y hacer algo. Ahí se hicieron las primeras punciones biópsicas renales y otros procedimientos que no se realizaban hasta ese momento. Había una inquietud por hacer porque él la trasmitía. Nos estimulaba a salir a aprender, recibía gente, había un contacto muy fuerte con los médicos del interior. Incluso, cuando se cerraba la historia, a la gente que venía del interior se le daba una copia para que la entregara a su médico tratante. Hacíamos una monografía o una tesis, se trabajaba muchísimo. Es cierto que después eso fue decayendo, pero a cada uno le fue como quiso. El que tenía interés en trabajar, tenía todas las posibilidades de hacerlo, ya que Purriel le abría las puertas. Y el que no, bueno, no todos eran iguales...

¿Cuándo se empezó a sentir la abundancia de estudiantes?

Lo máximo que tuve fueron 14 estudiantes en un grupo. Como Grado 3 era otro nivel. Los concursos eran brutales, ya que había mucha gente para el mismo cargo. Yo era de las más chicas, ya que antes de terminar el Grado 2 concursé para el Grado 3. Ya el Grado 4 lo hice en Emergencia. En ese momento, el Prof. Purriel se había ido para el Ministerio de Salud Pública, y la situación empezó a declinar. Eran finales de los años 60, cuando empezó a haber problemas con el espacio físico, ya que la demanda de Emergencia fue creciendo por parte de los pacientes. También hubo problemas porque los Jefes cambiaban mucho, rotaban. Estaban José Pedro Ibarra, Walter García Fontes, José P. Cirillo, Gonzalo Fernández. El primer contrato pago en Emergencia lo hizo el Prof. García Otero, en 1957. Ahí entramos contratados, con

suelo. No estaban todos los escalafones. Los médicos de guardia éramos el equivalente al Grado 2.

¿Eso era compatible con un cargo docente en Piso?

En aquel momento tenía un cargo de Grado 2 pero era en el Fermín Ferreira.

¿O sea que a partir de 1957 empezó a ser un Servicio real?

Sí, aunque no estaban todos los escalafones. Eran cargos de Emergencia, contratados. Había Jefes simplemente.

¿Y el médico o cirujano de guardia?

Era el equivalente al Grado 2.

¿En Emergencia estuviste hasta 1993?

Un poco antes. En el ínterin fue un tema muy cuestionado políticamente quién quedaba o no en Emergencia, y finalmente, a fines de 1972 o comienzos de 1973 se crearon todos los escalafones. Ahí fue cuando entró Ríos Bruno, como Grado 5, con quien llegué a Grado 4.

¿Previo a eso estuvo García Fontes?

También estuvo Abel Proto.

Pero esos no fueron los cargos definitivos.

No, los definitivos, con Grados formales y resolución del Consejo de la Facultad, fueron a partir de Ríos. Eran dos cirujanos, Profesores Agregados, dos médicos, también Profesores Agregados, y después estaban los Grado 3 y Grado 2.

La etapa de oro de los primeros tres años del Hospital de Clínicas lógicamente también incluyó el problema de la Dirección, que se vivió. En la Dirección iban y venían personas. Estaba Almenara, que era peruano. Se hablaba del “Fantasma Benito”, que andaba por ahí y no se sabía por dónde iba a aparecer.

¿Recuerdas quiénes estaban en la Dirección en 1953, cuando tú llegaste? ¿Recuerdas a Pedroso, brasileño, o a Enríquez, que era chileno?

A Enríquez lo recuerdo, incluso su aspecto físico. Eran todos directores muy buenos. De todas formas, el contacto con la Dirección era muy distante. Y en el 60 llegó Villar, que vivía en el Piso 18 con su familia. No me puedo olvidar de él saliendo con el camión a comprar

la verdura al Mercado, porque el Hospital estaba en decadencia económica y debía comprar más barato.

Seguí en Emergencia. Durante los años 60 el ambiente estaba muy politizado y empezaron los problemas. No se hablaba nada porque nunca se sabía con quién se estaba hablando. La gente tenía miedo de hablar. La comunicación fue cada vez menor. Eso pesaba mucho porque empezó a crear un distanciamiento.

¿Ahí estabas solo en Emergencia?

Estaba en los dos lados. Hice el Grado 2 en el Fermín Ferreira. Luego entré como Grado 3 nuevamente en el Hospital de Clínicas. Fueron tres años que estuve ausente del Piso 8, pero estaba en Emergencia. No me fui del Hospital.

Esa politización, ¿la veías tanto en el Servicio como en Emergencia?

No, en Emergencia no, pero el Piso 8 sí estaba muy politizado. Uno no sabía cómo comportarse.

¿Eso creaba problemas a nivel asistencial o en la docencia?

No, eso no repercutía ni en los estudiantes ni entre los docentes, pero sí en la vida de cada uno. Yo no sabía qué hacer, si firmar o no firmar algo, o qué decir. Todo eso complicó la existencia en forma brutal.

Fue una época muy difícil, tremenda. Me refiero a los años 60, 70 y hasta el 80.

Durante la dictadura los militantes de izquierda habían desaparecido de los cuadros docentes ¿de política no se podía hablar?

No se hablaba. Ni siquiera en una conversación privada. Incluso en Emergencia, donde uno convivía las 24 horas con la gente, no sabías con quién hablabas. Había situaciones que se veían en Emergencia y que impactaban mucho, ya que venían los médicos de los Servicios, los pacientes que llegaban de la calle. Fue una época muy difícil, donde incluso teníamos miedo entre nosotros.

¿Qué consideras como lo más horrible que te tocó vivir?

Lo más horrible fue la decadencia económica del Hospital, que empezó a fines de los 50, cuando ya casi no había comida, ropa, ni camas suficientes. A fines de los 60 a veces apenas conseguíamos un colchón para poner en el piso, porque la demanda era muy fuerte. Había un

promedio de entre 120 y 150 personas que consultaban por guardia. No alcanzaban las camas en los Pisos, ni las camillas en Emergencia. La comida ya había comenzado a decaer cuando yo trabajaba de Grado 2, cuando había mondongo de mañana, de tarde y de noche. Claro que la gente se olvidó cuando antes venían las bandejas de jamón crudo y cocido, y todo lo demás. Hubo una época con un servicio brutal y luego vino el tiempo del mondongo para todos.

Aun así tengo muy gratos recuerdos del Hospital, donde uno daba todo de sí. En aquella época ningún médico se escapaba y estábamos permanentemente de guardia. De pronto, no tenían qué comer pero no recuerdo que hubiera multiempleo como ahora. Estaban muy controlados y no salían. Tenían puesta la camiseta de la Medicina.

Me niego a pensar que todo tiempo pasado fue mejor, porque ahora debe haber también gente muy buena, pero es cierto que en aquel momento la Medicina era un apostolado.

Viví el tiempo de la dictadura, donde prácticamente por telegrama colacionado se creó el Centro de Toxicología.

¿Qué pasaba en ese tiempo con la parte asistencial?

Todos hacíamos de todo. Los médicos trabajaban con los cirujanos y estos con los médicos. Si había un paro cardíaco, venían los cirujanos a golpear el pecho del paciente, cuando no se podía hacer otra cosa. Por ejemplo, el tema del abuso de drogas -que tanto se vio más adelante-, en el Hospital de Clínicas lo viví con el primer ateneo que se hizo sobre el asunto. Eso fue aproximadamente en 1968, en Piso 8, donde la Dra. Ofelia Bachini estaba como psiquiatra. El abuso se daba, sobre todo, con drogas como el Vontade, la poción Todd, los antiasmáticos, los antigripales y alguna benzedrina o efedrina. Ese era el ateneo sobre abuso de drogas. No mucho tiempo después, como esa área me interesaba, elaboramos un librito, que colgaba de una puerta, donde se establecía que si la persona llegaba con una intoxicación por barbitúricos había que darle tal cosa, y si venía con otra intoxicación, tal otra cosa. Como a mí me gustaba esa área, cada persona que venía la veía yo. La verdad es que hice mil zafarranchos, pero no maté a nadie. Todo eso llevó a la necesidad de crear un Centro. En 1972, aparecieron como quince chiquilines borrachos, que habían inhalado disán detrás del Cementerio del Buceo. Esto me movió el piso como para hacer algo.

En enero de 1975, el Dr. Gonzalo Fernández, Decano interventor, mandó un telegrama colacionado diciendo que se debía crear el Centro de Toxicología y que Emergencia tenía que encargarse de eso.

¿Ese fue el comienzo de la futura Cátedra de Toxicología?

Tuve que dejar mis vacaciones y organizar el Centro, cuyo Director General iba a ser el Dr. Gonzalo Fernández. Como el Dr. Ríos Bruno era cirujano, delegó en mí la organización. Ahí empecé a trabajar, el 6 de enero.

En ese momento era el Centro de Información ¿Luego pasó a ser la Cátedra de Toxicología?

Eso fue por el año 75. Como decía, en enero empecé a trabajar. Fui a buscar a la gente en Agronomía para la parte de pesticidas, en la Cámara de Industrias para el tema de todos los productos que te puedas imaginar, en la Cámara de Comercio, en Farmacología. Fue tremendo porque había que mirar el “pelo político” y yo no quería hacerlo. Me dijeron que tenía que sacar a determinada persona y les dije que esa persona estaba allí porque tenía muchos conocimientos y no por su “pelo político”. En diciembre de 1975 el Centro empezó a funcionar con su archivo. En setiembre u octubre apareció la señora del Decano, que era médica, con médicos del Hospital Militar, y me dijo: “Ya no te necesitamos”. Dio posesión del cargo a los nuevos médicos del Hospital Militar.

A escondidas de ella, el Decano me llamó para que no me fuera. En diciembre de ese año nos reunió a todos -él era el Director General del Centro- y nos dijo: “Cuando yo no estoy, ocupa el cargo la Dra. Fogel”. Ahí, la señora del Decano se levantó y dijo: “Todavía no necesitamos clínicos. Necesitamos básicos”. Recordar estas cosas da ganas de llorar...

Terminó con tres cartas de renuncia que mandé, ya que en 1978 me mandaron afuera, en 1979 volví. En 1980 entró Eduardo Anavitarte como Decano interventor y me dijo que de ninguna manera me iba a ir. Sin embargo, los médicos que habían venido del Hospital Militar me siguieron haciendo la vida imposible, con sumarios y no sé cuántas cosas más.

Fueron varios los que me llevaron al “banquillo de los acusados”. Sin embargo, a todos los enfermos los veía yo con los estudiantes. Cuando algún paciente no marchaba bien, tenía que reportar lo sucedido en Emergencia a Toxicología. Si se moría un enfermo, tenía que responder por eso.

¿Esa gente se fue recién cuando terminó la dictadura?

Un poco antes. Luego de Anavitarte vino Lapido como Decano. Como él estaba muy en contacto con el Hospital Militar, otra vez me hicieron sumarios.

Por eso presenté tres cartas de renuncia. Vino Oehninger y me dijo: “Tú no vas a renunciar. Sos mi par y vas a quedar como mi par”.

¿La gente que había venido del Militar, se fue en ese momento?

No, se hicieron los concursos y el que entraba, entraba. Ahí la gente empezó a formar parte del Centro de Toxicología, que tuvo un papel muy alto a nivel nacional e internacional. La Federación Europea ya me reconoció en 1984 como su integrante, en 1983 me nombraron Académica de Toxicología Americana. Luego conseguimos dinero. Eso es lo que tiene que hacer el Hospital de Clínicas: vincularse hacia adentro y hacia fuera. Ese tiene que ser el futuro del Hospital.

Hay una pregunta que me interesa mucho, y es cómo vemos que tendría que marchar el Hospital. Diría que tomen como ejemplo cómo marchó Toxicología: ingresando gente, formando gente y yendo hacia fuera. Nosotros formamos todos los posgrados de toda Latinoamérica, y cada uno formó su Servicio en su país. Después fuimos al país correspondiente para ver cómo funcionaba. Además, traíamos gente para formar y salíamos a formar.

¿De modo que la Cátedra de Toxicología fue pionera en América Latina?

Pasó a ser el Centro Piloto de Latinoamérica. Eso al Hospital no le costó nada porque recibió mucho dinero, sobre todo de Canadá. No sé por qué se explota tan poco esa parte, ya que siempre están dispuestos a dar dinero. Sin embargo, el Hospital no aprovecha esas instancias. Parece que el Hospital quedó como enquistado, como encerrado. Hay que recordar lo que fue el CLAP para el Hospital. ¿Por qué no se abre nuevamente al mundo?

¿Qué fue lo más importante para ti de tu trabajo en el Hospital de Clínicas?

De mi trabajo, creo que la actividad docente y también la asistencial, sobre todo la parte organizativa del Centro de Toxicología. Me

refiero a la formación de un Servicio que hasta el momento no existía en el país.

¿Quieres agregar algo sobre el Hospital en su primera época?

En su primera época era un placer estar en el Hospital de Clínicas, por su funcionamiento. Lamentablemente, la parte política no favoreció mucho, y la parte presupuestal tampoco. Incidieron varios elementos por los cuales el Hospital fue decayendo en el sentido de posibilidades asistenciales, docentes y de investigación. Toda la investigación que se empezó fue bajando por falta presupuestal y también por la deserción del personal, que se fue para el exterior. Fue la debacle.

Aun así, con las pocas posibilidades que había, se hacían milagros. Hay dos accidentes que marcaron al Hospital. Uno fue la caída del helicóptero. Era un domingo y todo el mundo estaba presente, trabajando, porque tratábamos de hacer lo posible frente a los desastres, químicos y no químicos. Yo estuve sobre todo en la parte de desastres químicos, pero Emergencia trabajó muchísimo en ese aspecto. Villar trabajó muchísimo en la parte de emergencias internas y externas. Las dos emergencias más importantes que viví fueron la del helicóptero y un escape de gas amoníaco en el que murieron varias personas, que lo presenté en todas partes del mundo. No teníamos ni idea de cómo actuar. Era todo improvisado. Esa improvisación después nos dio como para empezar a hacer algo.

El escape de gas amoníaco fue en Capurro, el 28 de diciembre de 1978. Allí la industria pesquera tenía un lugar donde se fileteaba el pescado. Esto se hace sobre mesas de aluminio, y el refrigerado se hace con amoníaco. Nadie tenía noción de cómo se debían construir las aberturas ni cómo debía ser la ventilación. En las construcciones nadie sabía nada de seguridad. Tenían una pequeña puerta y una pequeña ventana, pero nada más. En ese lugar trabajaban muchísimas personas. Se zafó un suncho de la tubería por donde corría el amoníaco, por lo que hubo un escape brutal. Era un día de calor impresionante, a las 10 de la mañana. Se inundó todo Capurro. Todo el mundo se atacó de broncoespasmo, lloraba y estornudaba. Adentro, el personal tenía la ropa empapada. Se apelmazaron para salir por la puerta. Ahí nomás ya murieron unos cuantos. Después, la falta de conocimiento hizo que los metieran con la ropa en la ambulancia, que no tenía ventanas ni techo abierto. Así llegaron a Emergencia. No te puedo decir lo que fue.

En aquel momento ya tenía el cargo en Emergencia y en Toxicología. El desastre fue mayúsculo. A nadie se le ocurrió que tenían que sacarle la ropa afuera, antes de entrar. La Emergencia estaba llena de pacientes. Todas las camillas estaban ocupadas. El personal médico y de enfermería lagrimeaba y estornudaba. Los enfermos estaban atacados. Era un caos. De allí en más anduve por el mundo con el problema de accidentes químicos.

¿Murieron muchas personas en ese accidente?

No sé si llegaron a quince o fueron doce. Toda Toxicología funcionó correctamente, porque empezó a ubicarlos donde había lugar. El Banco de Seguros trabajó muy bien, y también la Emergencia del Hospital. Hubo que evacuar primero a los que estaban adentro. Fue increíble.

Pasamos a ser un Centro muy importante. Nos llamaban de todos lados para asesorar. Fui a Minnesota, a Utrecht a una preparación de dos semanas para emergencias químicas, a Francia. Así fuimos aprendiendo cómo manejan en estos casos. Ahora no sé si la gente está preparada.

En los barcos pesqueros, uno de los accidentes más comunes es la pérdida de amoníaco. ¿Qué ocurre en esos casos?

No me preguntes qué está pasando en Toxicología en este momento porque no sé. En aquel entonces, a nivel nacional nos relacionamos con todas las industrias. Nos ocupábamos de los contaminantes de la carne, de los contaminantes de la leche, de los contaminantes de las verduras, de los contaminantes del vino y de los contaminantes de todos los alimentos. También trabajamos con todas las cooperativas agrarias, para la parte docente y asistencial, así como con las escuelas para enseñar a los maestros y a los niños para que cada uno lo repitiera en su hogar. Se hacía la semana nacional de prevención de las intoxicaciones en todo el país. No sé si ahora se hace.

En aquel momento se pusieron la camiseta, el Hospital trabajó como loco y todo el mundo se vio favorecido. Fue sin costo, porque no dieron dinero para hacerlo.

¿Qué podrías calificar como lo mejor y lo peor que hayas vivido durante tu permanencia en el Hospital? ¿Cuáles son los recuerdos más positivos y los más negativos?

Hay muchos recuerdos positivos. Como negativo, había momentos en los que no teníamos para ofrecer comida ni cama a los pacientes.

Esa fue una época terrible. Sin embargo, del Hospital tengo los mejores recuerdos de mi vida. Uno de ellos es de cuando era Practicante Interno.

Mencionaste el examen.

Esa es la “niña mimada”. La verdad es que tenía una excelente relación con todo el mundo, excepto en el período de la dictadura, en el que sobreviví. Por otra parte, a eso se sumó el ser judía...

¿Eso lo sentiste?

¿Cómo no lo iba a sentir, si cuando entraba a Toxicología en el pizarrón decía cualquier cosa y recibía anónimos? Tengo todos los recortes.

¿En el pizarrón de Toxicología había alusiones a los judíos?

Así es. Entonces, reunía a todo el personal y les decía que no sabía quién lo había escrito ni me importaba, y quien quisiera que lo borrara. Nunca ocurrió con gente del Piso, pero sí con gente que venía del Hospital Militar.

Para mí eso es una novedad. Nunca lo había oído.

Te podría mostrar los anónimos que recibía en mi casa.

¿Eso fue en alguna época especial?

Fue más o menos en el 80. Es tanto lo que tengo adentro, que hay un libro escrito. En lugar de ir al psicoterapeuta, escribí.

La última pregunta es ¿qué te gustaría que ocurriese en el Hospital de Clínicas?

Volver a ver un Hospital de Clínicas floreciente.

CAPÍTULO 17

PABLO PURRIEL VISTO POR MENDEL WOLYVOVICS

CLÍNICA SEMIOLÓGICA (1958)

Mendel Wolyvovics nació en Nueva Palmira el 20 de marzo de 1939. Se graduó el 26 de julio de 1965. Ingresó a la Facultad de Medicina en marzo de 1956, tomando contacto con Pablo Purriel en 1958. Luego de realizar el Internado y transcurrir como Ayudante de Clase de Fisiopatología, se especializó en Cardiología. Integró el primer plantel del Centro de Tratamiento Intensivo que inauguró esa unidad pionera en Uruguay, a partir de 1971. En 1975



emigró con su familia a Israel, donde reside en Tel Aviv. Allí desarrolló una larga actividad como cardiólogo en el Hospital Tel Hashomer, hasta su retiro. Accedió a enviarnos algunos recuerdos de su pasaje por la Clínica de su admirado Maestro Purriel, como estudiante, como interno y también sus anécdotas antes y después de graduado; asimismo su tránsito por el Hospital "Saint Bois"

en la época que Purriel era Subdirector del Instituto del Tórax. Aquí nos vuelca algunos de sus recuerdos con nuestro personaje.

Comenzamos el tercer año de estudios en la Facultad de Medicina. Me emocionaba saber que concurriría al hospital. Como se me dijo fui munido de túnica, estetoscopio, lienzo de auscultar y libreta para sacar apuntes de cuanto escuchase y viese. Entré por la puerta principal del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, un impresionante y majestuoso edificio de 20 pisos, a mediados del mes de marzo de 1958. Vida hospitalaria que comencé teniendo 19 años, que salvo las vacaciones en los tres primeros veranos y posteriormente las licencias anuales, seguí ininterrumpidamente hasta que me jubilé a los 65 años. Más cinco años en medicina colectivizada, totalizan cincuenta y un años en el campo de la Medicina Pública.

El primer paciente que examiné, ocupaba la cama nueve de la Sala Seis del Piso Ocho del Hospital de Clínicas. Era la Clínica Semiológica del Profesor Pablo Purriel. El enfermo, se llamaba Guillermo Flaischer. Tenía 65 años. El Dr. Marcos Wail, nuestro instructor, médico de enorme calidad humana y buen clínico, nos habló de él. Había ingresado por ictericia e hinchazón de ambas piernas. En el epigastrio nos hizo reconocer por palpación, lo que era un epiplón remangado, o sea colonizado. La hinchazón de las piernas la atribuyó a trombosis de la vena cava inferior. El paciente tenía un neoplasma del páncreas. Seguimos aprendiendo con la Dra. Dora Carlotta, excelente médica, en lugar del Dr. Wail.

El Profesor Pablo Purriel, era un hombre enérgico, pulcro como el que más, de camisa blanca, corbata y túnica impecables. Siempre llegaba antes de la hora ocho. A veces, se detenía en el hall central del piso para vernos llegar por los ascensores y cerciorarse a la hora en que llegaba el personal médico. Firmábamos nuestra asistencia e íbamos derecho al salón de clase, con asientos dispuestos en forma circular, en cinco niveles, con cabida para unos 150 estudiantes. La clase clínica de una hora del Profesor Purriel imponía respeto. Interrogaba y examinaba al paciente, escribiendo en el pizarrón un resumen de los hallazgos refiriendo los resultados de los exámenes de laboratorio. Finalmente elaboraba el diagnóstico. A veces nos emocionaba cuando sentado en el borde de la cama, se dirigía al paciente en forma paternal, le apoyaba

una mano sobre el hombro y simultáneamente se dirigía a nosotros: “Miren che, se escucha el flutt-ta-tarrut de la estrechez mitral”. Enseñaba con entusiasmo la mayoría de las veces. La viva intensidad y claridad del verdadero maestro. La clase se tornaba en un show magistral. Tenía un magnífico *partner*, el Profesor Jorge Bouton, segundo en el staff del servicio, no menos magistral que su Jefe, con el cual generaba de ex profeso una discusión para hacer más completa la docencia. Y enseñarnos así, el intercambio de opinión tan importante en Medicina.

Comentábase que el Profesor Purriel, llegado muy joven de Pamplona, España, inicialmente vivió en un área rural cerca de la ciudad de Mercedes, Soriano. En el concurso que fue ganador, para Profesor de Clínica Semiológica, hizo un despliegue infernal de posters. De ahí que llegó el día del concurso en una antigua *voiturette* Ford, atiborrada de rollos con diagramas. Y ganó nada menos el concurso, frente a tres extraordinarios médicos como lo eran los Profesores Fernando Herrera Ramos, José Pedro Migliaro y Héctor Franchi Padé. En tono de broma, se decía del gran error diagnóstico de Purriel. Habían dos primas en la zona de Durazno de ilustre apellido. Naturalmente, se casó con la que era médica. Pero la millonaria era la otra. Purriel, que supiésemos, no llegó a tener hijos, pero actuaba como padre de todos nosotros.

EN LA COLONIA SAINT BOIS

Un llamado en la noche al practicante de guardia implicaba ir junto a un guardia armado munido de una linterna para distinguir el camino hacia el pabellón. Si hacía frío, ambos nos poníamos un pesado poncho, el cual siempre teníamos disponible en el ropero del cuarto de guardia. Para practicante mujer, el poncho era más fino y más liviano. En el trayecto, nos acostumbremos a la aparición repentina de sombras corriendo junto a nosotros, de las que surgían risas especiales. Eran los inofensivos enfermos del pabellón psiquiátrico, que deambulaban en la noche. Pero cruzarse de improviso en el oscuro, con un rostro donde ojos saltones y una risa deformando la boca, se aparecían por detrás de un árbol, no era de mi gusto. Sentía un poco de miedo. A veces, mientras estudiaba por la noche, esas caras aparecían de golpe detrás del vidrio de la ventana enrejada de mi cuarto. Dantescas imágenes que hicieron que corriese la cortina de lona de la ventana hasta el amanecer. Nuestra habitación, otrora fue parte de un patio de esparcimiento.

Conservaba en una de las paredes un hermoso y valioso óleo de Joaquín Torres García, que se salvó, por pura suerte, de la pintada general de la planta.

Los miércoles eran los días de fiesta científica en la Colonia Saint Bois. Día del Ateneo Clínico dirigido por el Prof. Pablo Purriel. Dos horas enteras observando radiografías, presentando historias clínicas y discutiendo resultados de los exámenes y planes terapéuticos. Intervénían la Dra. Olga Muras y el Dr. José Fossemale, Jefes de Servicio. El Funcional Respiratorio a cargo de Carlitos Pommerenck y en ocasiones cateterismo cardíaco derecho, ocluyendo momentáneamente la arteria pulmonar del pulmón a extirpar (neumonectomía) con la sonda de Carlens, para medición de presión pulmonar. Y saber en caso de sacar un pulmón, la hipertensión pulmonar resultante. Los cirujanos Víctor Armand Ugón, Alejandro Victorica y Valentín Crosa Dorado daban su opinión y relataban sobre los casos operados. Los practicantes internos éramos Humberto Correa, Roberto Mester, Ernesto Santero, Vicente Maio, Elbio (Chato) Giménez, Schorr, Trinidad, Lilián Martínez Barrios. Concurrían además otros médicos.

Eran tardes sensacionales. El mejor *team* médico quirúrgico de tórax del país allí concentrado. Purriel siempre brillante. Don Víctor, siempre muy medurado. En ocasiones, la Dra. Muras, magnífica médica de una solvencia y sensibilidad que pocas veces observé, tenía un caso de interés en su sala y finalizada la reunión, me llamaba a verlo. Recuerdo una joven con meningitis tuberculosa que posteriormente falleció.

Al comienzo, viajaba en ómnibus a la Colonia. Hora y media ida. Hora y media vuelta. Con el primer sueldo, me compré una motoneta *Vespa*, en la casa Emilio Fontana, en la calle Constituyente [donde actualmente se ubica la Facultad de Ciencias Sociales de UdelAR]. La amortizaba a razón de 300 pesos mensuales. Mi sueldo eran 580 pesos, lo que me independizó de la asignación mensual de mi madre, que no llegaba a 80 pesos por mes. En un año y medio la terminé de pagar. Me sentía sumamente feliz. La sensación del aire frío en el rostro al conducirla “por el descampado”, dentro de mi saco azul marino de grueso paño y los guantes abrigados de cuero. Con sol o con lluvia. Me sentía un rey con mi motoneta. Humberto Correa compró otra, siendo dos las motonetas que estacionaban en el patio. Al terminar la labor en la Colonia, en las tardecitas atravesaba la arbolada Avenida Lezica, la

Plaza Colón, el Bulevar Aparicio Saravia y sus Cantegriles exponiendo la miseria a todo aquel que quisiera verla. La barrera del ferrocarril en Peñarol, luego Camino de las Instrucciones, Bulevar Propios hasta vislumbrar el Buceo y el mar llegando al cruce con Avenida Italia. Gané mucho y valioso tiempo, ahorrándome dos horas cada vez, evitando el tedioso viaje en ómnibus.

EL PROFE SAGAZ

Conociendo las aptitudes y actitudes frente a determinadas situaciones de mi querido Maestro, en el examen final, Clínica Médica, opté por la manera que creía, lo iba a satisfacer. Presenté sin problemas un caso de cirrosis hepática en un paciente internado. En la prueba de Policlínica, hacen entrar a un paciente en cama y Purriel apoyado en la cabecera me dice: *“Examine al enfermo y dígame qué tiene”*.

Ya al preguntarle el nombre, el paciente se quejaba de un enorme dolor en la pierna derecha. Retiré en parte la colcha de abrigo y observe su pierna rígida. Me dirigí al Profe y le dije: *“No examinaré al paciente si antes no lo calman. Me impresiona como una severa lumbociatalgia”*. *“Muy bien, terminó su examen”*, me dijo. Pegó media vuelta y se sentó junto al Tribunal. Me sentí incómodo hasta que dijo: *“Volovich, ¡¡¡¡aprobado con tres sobresalientes!!!!”* Entendí que el examen fue para probar mi sentido común y no hacer sufrir al pobre hombre.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Simultáneamente durante la mañana en Cardiología como Adjunto y en Farmacología Cardiovascular por la tarde, como Fellow, seguía dictando las clases de Fisiopatología de la Insuficiencia Cardíaca a los alumnos de tercer año, a pedido del Profesor Caldeyro Barcia.

Mi relación con mi antiguo y querido Jefe el Profesor Purriel permaneció inalterada. El cuarto año como interno, ya recibido de Médico, lo había hecho en su Servicio. Se había empeñado al máximo para que yo siguiera Neumología. Un mediodía nos cruzamos en el hall de entrada del Hospital de Clínicas. Purriel se retiraba y yo entraba. *“Volovich”*, me dijo al verme, *“venga que tengo que hablar con Usted”*. Abrió las puertas de su Peugeot modelo 62 y nos sentamos en los asientos delanteros. Me colocó su brazo por encima del hombro, paternalmente y

me dice a boca de jarro: “¿¿¿Qué le está enseñando usted a los muchachos de tercero??? Me vienen a mí y me discuten. ¿Sabe lo que dicen?? Que el corazón no se vacía totalmente de sangre en la sístole y que eso se los enseñó Volovich!! Pero che!! Cómo se entiende eso?? En mi clínica yo enseño que al final de la sístole el corazón queda vacío!!! Y así lo dicen mis cardiólogos!!”

Me entró un nerviosismo y no atinaba a cómo salir del paso. Tenía frente a mí, al brillante Profesor de la Clínica Médica Semiológica, neumólogo de fuste, que ignoraba el funcionamiento del corazón! Le expliqué lo mejor y más suave posible, lo que significaba la fracción de eyección ventricular y el residuo sistólico final.

“Pero carajo, por qué nadie me lo dijo en mi Servicio y los Cardiólogos que tengo jamás se refirieron a eso??” me dice, fastidiado. Callé por ética y respeto a mi Maestro, a quien respondí: “Profesor, son conceptos nuevos, pero hay bibliografía”. “Bueno está bien. Gracias, che. Me voy porque estoy con el tiempo corto. Adiós Volovich!” Nos dimos un fuerte apretón de manos.

Abandoné el auto con sensación de flojedad en las piernas. Apenado, entré calladito al hospital. Jamás comenté nuestro diálogo. Esta es la primera vez que me refiero a él, con el respeto que merece mi antiguo y querido Profesor. Llegué al Departamento de Cardiología, preparé un café y me dejé caer en una butaca, sorbiéndolo sin darme cuenta. Mientras que en mi cabeza, estaba la imagen de un corazón latiendo, sin vaciarse del todo con cada latido.

Lo cierto es que, mis clases publicadas por la Oficina del Libro de AEM sirvieron a generaciones de estudiantes. En alguna ocasión, al ser presentado por un colega amigo a estudiantes o a jóvenes médicos, se dirigían a mí diciendo: “Ah, pero Usted es el del Libro!”

El Profesor Purriel organizó las Jornadas Rioplatenses de Tisiología y Neumología con los colegas argentinos de la Especialidad. El Relato Oficial Uruguayo “Tromboembolismo Pulmonar” lo presentaría el Equipo de Purriel. Tema en auge en ese momento, por él liderado. Corría el año 1966. Me citó a la reunión con los demás médicos de su Servicio y distribuyó los temas. Me encomendó embolia pulmonar experimental. Provocar infartos de pulmón en el perro. Purriel, sabiendo que yo trabajaba en laboratorio con [Luis E.] Folle, deseaba complementar la labor clínica con un broche experimental. Programé un encuentro Purriel – Folle en Farmacología. Llegaron a un acuerdo y

comenzamos el proyecto. Trabajamos un día fijo a la semana al que se llamó graciosamente *“El día del perro de Mendel!!!”*

Bajo pantalla radioscópica, un catéter era posicionado en la arteria pulmonar para registro de presiones. La sangre previamente extraída y coagulada, se inyectaba por vía venosa femoral, semejando finos émbolos. La elevación progresiva, escalonada, de la presión arterial pulmonar, objetivaba la obstrucción arterial pulmonar de origen embólico.

Pero para gran sorpresa, las autopsias realizadas días después, no demostraban infarto de pulmón. Los patólogos a quienes les entregábamos el material, no hallaban infartos. Se lo comunicamos a Purriel y una ocasión llegó a decirme: *“Lo que pasa es que ustedes no inyectan correctamente!!”* *“Pero Profesor, ¿cómo Usted explica la elevación de la presión pulmonar enseguida de cada inyección de coágulos??”* le contesté, no teniendo tampoco una respuesta. A lo que me dice: *“Eso no lo sé, pero infartos tienen que aparecer!!”*

En ese instante, no supe lo qué responder. Varios años más tarde, con el desarrollo del tema trombolisis, el tratamiento trombolítico y la espontaneidad de la lisis en muchas ocasiones, tuve la respuesta del porqué de la ausencia de infarto. Sin saberlo, estábamos en presencia de un nuevo capítulo. Trombolisis espontánea en pulmones sanos, normales.

Doce años después, el tema comenzó a tomar vuelo entre los cardiólogos y a vislumbrarse una terapéutica. William Ganz, del Cedars of Sinai de Los Ángeles, fue escuchado con interés y mezcla de escepticismo, cuando en el año 1980 en el hospital *Tel Hashomer*, nos habló de la estreptoquinasa intracoronaria y trombolisis en los perros con infarto provocado.

Nos vino a la memoria Purriel. En 1966, no quiso incluir los “incoherentes” resultados como parte del Relato Oficial “Tromboembolismo Pulmonar”, para no crear interrogantes y especulaciones sin respuesta. El trabajo experimental y su aspecto hemodinámico, lo presentamos aparte.



Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel (H. de Clínicas, piso 8). Reunión de Camaradería. De izq a der, sentados: Mendel Wolyovics, Samuel Villalba, Jorge Fernández Rey, José Pedro Cirillo, Juan Jorge Ravera, Juan Jorge Canoso Ardigo (de Rosario, Argentina), NN, Heriberto Delfino. De pie: Urrestarazú, NN, Luis Yarzabal, Heber Rodríguez Silva, Tabaré Mario Fischer, Omar Castro Bianchino, Ricardo J. P. Elena, Juan Antonio De Boni. (Circa 1965).

Deseo finalizar con los recuerdos del Prof. Purriel, mencionando algunas situaciones vividas.

- a) En su diaria visita a la Sala 1 de piso 8, siendo yo interno, una vez le presenté un paciente en uno de los apartados y de un examen de laboratorio importante aún no habíamos recibido resultados. Con cara de fastidio más que de enojo, me tomó del brazo y me dijo en voz alta: *“Mire che, hay algo en Medicina que hay que tener: es la ANSIEDAD DIAGNÓSTICA. Si no se tiene, la cosa no anda. ¿Me entendió?”*
- b) En una ocasión, yo salía de la Sala 2 y me crucé con el Profesor que se dirigía a Sala 6. *“Acompáñeme, che”*. Me tomó del hombro y enfilamos por el corredor hacia sala 6. Cuál sería mi sorpresa, que mientras caminábamos, él, situado junto a la pared, se desplazaba con su brazo derecho mantenido en alto y rozaba la pared con su mano. Mientras caminábamos me decía *“Ve Volovich, ¡¡¡ien todos lados la mierda va llegando hasta aquí!!!!”* Alguno de sus diarios contratiempos era seguramente la causa, expresada con vehemencia. Y así seguimos no menos de cinco metros.



- c) El sentido de la pulcritud en todos los quehaceres, lo vi reflejado un día en la Sala, en la cual, mientras el Profesor comentaba unas radiografías, se acercó uno de los Asistentes Clínicos del Servicio. Le mostró un formulario a presentar en la Facultad. Escrito a mano, con letra no muy clara. “¡i Cómo va a mandar estos papeles desprolijos a la Facultad y nada menos que un Docente!!” Y terminó diciendo: “¡ii Un Docente debe ser Docente hasta para cuando se sienta a comer!!!” La frase colgada detrás del asiento de su escritorio “Geometría y Pasión” era en parte, definitoria de su personalidad.
- d) En una ocasión, en el Hospital Italiano, mientras examinaba un paciente al cual le habíamos implantado un marcapaso, de repente se abre la puerta de la habitación. Entra la Hermana sobresaltada y me dice: “Doctor, llegó un enfermo de afuera y está muy grave; venga por favor”. Intubación traqueal, Ambú, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y conexión al aparato de ventilación artificial fue logrado en escasos minutos. Intensa cianosis y obnubilación profunda en un paciente pulmonar crónico con una neumopatía aguda, en acidosis respiratoria. En plena labor, llega el Profesor Purriel, a quien se le había enviado el paciente

desde una estancia cerca de la ciudad de Mercedes. Le relaté lo ocurrido. Me escuchó con suma atención, vio al paciente y dijo: *“Sígalo Usted con los muchachos. No es un enfermo para mí. Yo no estoy en estas cosas. Son demasiado”*. Honesta actitud de un Docente brillante y consciente del papel que jugaba en sus comienzos el Tratamiento Intensivo. Dimos de alta al paciente, recién a las cinco semanas de internación!

CAPÍTULO 18

ENTREVISTA A RICARDO J. P. ELENA

Entrevistamos al Dr. Ricardo J. P. Elena Percovich, que por largos años trabajó junto a Purriel, tanto en la Clínica Semiológica en el Hospital de Clínicas, como en el Instituto del Tórax, en el Hospital Saint Bois.

Nacido en Santa Rosa (Canelones), fue a la escuela rural hasta que su familia se trasladó a Montevideo. Ingresó entonces a la Escuela “Elbio Fernández”, donde fue compañero de clase de Gerardo Gatti y Juan Almirati.



Nos cuenta que ingresó a la Clínica Semiológica en el año 1953 en el Hospital Maciel. Fue el año en que se inauguró el Hospital de Clínicas y luego se mudó allí, siendo la primera clínica que se instaló en el nuevo hospital.

Lo recuerda como el Profesor que recientemente había ganado el concurso de oposición para Profesor de Clínica Médica y Semiológica, compitiendo con Fernando Herrera Ramos, José Pedro Migliaro y Héctor Franchi Padé.

“Realmente daba unas clases estupendas de Semiología. Como clínico, era más clínico García Otero, había que sacarle el sombrero. Pero como semiólogo, enseñando, hacía shows de sus clases; pero eran muy buenas, muy buenas; entusiasmaba.

“Nosotros entrábamos a las 08.00 y a las 8 en punto había que estar en el anfiteatro chico del Maciel, donde daba la clase semiológica, todos los días. Las daba él, a veces alguno de los grado 4, pero generalmente las daba él; allí estaban Mario Arcos Pérez, José Pedro Ibarra Ruiz. Yo tuve la suerte de tener como instructora de Semiología a Olga Muras, que era muy buena, lo mejor que encontré en toda mi vida en los hospitales. Una calidad para enseñarnos en la práctica la semiología. Todos los días de 9 a 10; un gran respeto le teníamos. El grupo era integrado por el John Wajsbrot, Milton Rizzi Castro, Mauricio Schister, Alfredo Amaya, Hugo Trinidad, Phillips, un muchacho que falleció al poco tiempo de una hemorragia meníngea. Con Milton Rizzi siempre nos confundían porque éramos parecidos. Habíamos sido compañeros de escuela en el Elbio Fernández. Recuerda otros compañeros: el negro Núñez que luego se fue a San José, que era de Treinta y Tres, Gaby [Gabriel] Curi Safi, que fue urólogo con quien seguimos la amistad; el flaco Walther Guzmán, que era el más inteligente del año, que después se fue a Paysandú.”

Sobre la impresión que le causó Purriel cuando lo conoció nos refirió:

“Me gustaban las clases, me parecía que era muy ostentoso; me gustaba más Muras como enseñaba. Pero tuve otra etapa que vino años después, de la que hablaremos más adelante.

“Olga Muras enseñaba la minucia semiológica fina para el diagnóstico semiológico exacto; pero era esencialmente el respeto a la persona enferma en todos sus aspectos: nuestra actitud frente al enfermo, cómo interrogar sin molestar, cómo examinar sin afectar al pudor, cómo agradecer el servicio que nos hacían para poder aprender.

“Cuando nos enseñó a captar las vibraciones vocales por la palpación del tórax nos explicó que las letras “t” y “r” son las que vibran más al ser pronunciadas; por eso se hace decir “treinta y tres”. Nosotros, por hacerle broma al compañero Trinidad le hicimos repetir al enfermo ese nombre: “Trinidad”. Cuando Muras nos sorprendió se puso furiosa y nos recriminó muy seriamente nuestra falta de respeto al paciente. Fue la única vez que la ví enojarse con nosotros.”

“También nos recriminó cuando se enteró que andábamos diciendo que nuestro grupo de Semiología era el que tenía a la mejor instructora (lo cual era verdad).”

“El servicio del Maciel era muy bueno, dentro de lo que se podía allí, que era la pobreza. Estaba también el Servicio (Instituto) de Neurología, allí lo conocí a José B. Gomensoro (el “Bebe”) a quien siempre lo traté de “usted” por respeto. [Aquí nos reconstruye algún episodio de las andanzas estudiantiles]: Después de las 10 íbamos al boliche de la esquina, y el Lindo Lemes le preguntaba por una cajilla de cigarrillos al gallego y cuando se daba vuelta, le afanaba una especial de jamón y queso, o una media luna rellena, y nos matábamos de la risa. Luego íbamos a la clase práctica de semiología quirúrgica, que era en la sala que le decían “El Desierto” en el Servicio de Soto Blanco, porque había tres árabes y un camello. Los árabes eran José Nozar, Alberto Barquet y Abdala. A Nozar le decíamos el turco, y lo habíamos tenido en Anatomía. A Abdala le pusimos el candado, porque la nariz y la pera se juntaban. Y el camello era un tipo que era médico de la cárcel de Punta Carretas también; lo más ignorante y mal docente que había, y fue el que nos tocó para empezar semiología, que no aprendimos nada. Entonces nos íbamos al otro boliche, el más viejo, de la otra esquina, y aprendíamos a jugar al truco ahí. A las 11 íbamos a la clase de Soto Blanco, que eran buenas. El viejo era panzón y fumaba mientras daba la clase en el anfiteatro, y le caía la ceniza en la barriga... También nos daba clase Oscar Bermúdez, el Gaucho, eran las mejores clases las de Bermúdez.”

“Con Muras fuimos también de tarde al Saint Bois, ella nos invitó a ir para hacer semiología de tórax con los pacientes tuberculosos y no tuberculosos; y ahí aprendimos también muchísimo, con una muy buena base semiológica. El Hospital “Saint Bois” en la época era de los tísicos, tuberculosos crónicos con cavernas pulmonares que terminaban en la insuficiencia respiratoria crónica y la muerte por hemoptisis. La que a veces se cortaba con heroína intramuscular. Generalmente eran hemoptisis fulminantes por rotura de un aneurisma arterial de Rasmussen de la pared cavitaria.”

“En el Internado entré en el año 1957 y el primer semestre estuve en Cirugía de Tórax en el Saint Bois, con el Prof. Víctor Armand Ugón, y de tarde me quedaba y me iba a los ateneos de Purriel, o a la sala de Muras; así hacía las dos cosas. Seguía los postoperatorios, hacía guardias con el “Toto” [José] Zurmendi; yo iba a la guardia de él y él se quedaba en la mía. Yo hacía la guardia con Juanacho Gómez Gotuzzo, que era ya grado 3 de Purriel, y que era fisiólogo allí. Estaba aprendiendo radiología allí, para irse a Artigas con su hermano Franco que hacía cirugía. Era macanudo el gordo, muy distraído. Se iba al consultorio en Sayago de tarde, haciendo confianza en nosotros, quedando al teléfono por cualquier urgencia. Y volvía de noche a cenar y a estar con no-

sotros, y nos enseñaba. Dormíamos entre los murales de Torres García y sus alumnos. Pero era un hospital medio siniestro también, una vez apareció un loco ahorcado. Con *el Toto* Zurmendi lo denunciábamos al administrador Ruibal, que tenía un club batllista enfrente del hospital, insistimos en la denuncia, pero no nos hizo caso. Otro día a un enfermo le pasó una rata por encima de la cama a un enfermo en el 5º piso. *Ya médico fisiólogo denunciábamos que se robaban la manteca y la carne de los enfermos en la cocina, cargaban medias reses en una camioneta policial que entraba hasta allí, y también el administrador Ruibal nos explicó que la Policía venía autorizada por la Dirección “a buscar los huesos para los perros”.*”

“Después el segundo semestre lo hice en Eduardo Blanco Acevedo, en el Hospital Pasteur, en Cirugía, donde estaba Hugo Villar como Ayudante de Clase, que me decía de Blanco Acevedo: “Fijate que es tan fino, que para sacarse los mocos, lo hace con el meñique”. Ahí estuve con Michelini y Bercianos, en la sala. Micheliniera un médico fenomenal, que me enseñó mucha cirugía, me llevaba al Hospital Británico a ayudarlo a operar; era un tipo muy bien. Me dejaba cerrar la incisión de piel, y me decía “Esmerate en la piel, que es lo que se ve”.”

“De ahí me fui al Instituto de Neurología, agarré el último cargo en el Clínicas, y era un cargo que no tenía asignación de servicio. Entonces me agarró el peruano Almenara, que era el Director, y me dijo: “Usted tiene que ir a hacer de suplente en las guardias”. “¿Cómo voy a ir de suplente, si soy titular?”, le dije. Al final me pusieron en el servicio de Gastroenterología. Fui un mes con Rubino, el profesor era Benigno Varela Fuentes, que era un gran clínico. Pero al mes Johnny me dijo, “¿Por qué no venís? Yo estoy con De Boni, (que era el jefe de clínica) pero él se va becado a Francia y nos quedamos con la sala.” Fui y el jefe de clínica éramos nosotros dos. Venían a vigilarnos el trabajo Castells, Gomensoro y Bernardino Rodríguez. Esos eran los que estaban por encima de nosotros. Los grado 3, Carlos Avellanal, María Delia Bottinelli, también venían, pero el que más se encargaba era Castells. Un día no podíamos con una punción lumbar, y vino él y con un movimiento magistral entró rápidamente al canal raquídeo, con gran calidad. Nos enseñó epilepsia, Castells. Gomensoro nos enseñó mucha semiología también. Y Bernardino Rodríguez, con sus cosas y enfermedades raras. Ahí lo mantenían a distancia por su modo de ser; pero un día que Eduardo C. Palma lo agredió verbalmente a Bernardino Rodríguez, todos se pusieron contra Palma rabiosos.

Pero bromeaban que una vez le habían hecho una fiesta en el Maciel, porque se bajó del tranvía caminando.”

“Cuando entré para grado 2 en el concurso, me preparó un poco Dora Carlotta; porque hice el concurso un año, pero ahí no entré, porque no había cargo; no lo perdí, pero no entré, quedé en puerta. Y al año siguiente lo dí y entré segundo y elegí Purriel. El Dr. Omar Etorena, docente y amigo desde la época del Internado y la AEM, me preparaba tomándome presentaciones de casos clínicos, todas las noches, después de las 22 horas, en su casa. El “Gaucho” Etorena encendía un cigarrillo con el que estaba terminando de fumar y era riguroso en la crítica.”

“El Pancho Morquio me fue a ver si agarraba en la clínica de él, pero a mí el Maciel no me gustaba. En el Clínicas estaba Muras, que me conocía, me gustaba la semiología, y ahí estuve de 1963 a 1965. Tuve varios grupos de semiología, con alumnos que ya se jubilaron de profesores Grado 5. Estuvieron en mis grupos de Semiología: Setién, Artigas Xavier, de San José, los hermanos Pedro y Cono Salomone, de Florida, el vasquito Setien, que nunca más lo ví, Berterreche, Ángel Ginés, Tito Pais, Barrett Díaz, Milton Sarkisian, Vitautas Bagurskas.”

“El Servicio de Purriel era excelente, muy organizado. Nos hacía ir de tarde o de noche, a pasar contravisita; teníamos que estar entre las 6 de la tarde y las 10 de la noche, era extenso el horario, podíamos ir a la hora que nos quedara mejor; una semana rotativa, los grado 2 y los grado 3, así que nos tocaba una semana cada dos meses. Era la contravisita de todo el piso, para ver los pacientes graves, que las enfermeras nos dijeran. Los domingos también hacíamos lo mismo, rotativos, íbamos de mañana; era la visita de la propia sala.”

“Purriel siempre se entusiasmaba con el jefe de clínica que había entrado el último año, pero después a mí ya me desplazó el que llegó después, uno que después hizo cardiología y lo encandiló a Purriel. A los alumnos había que evaluarlos todos los meses, y Purriel estudiaba las planillas; y me reprochaba: “Mire che, para usted todos los alumnos están bien. Mire en cambio Fulano, tiene algunos con deficiente”. Después, a fin de año los ponía a todos sobresaliente. Yo me quedé ahí, algunos buenos, otros mediocres. Pero tuvimos algunos incidentes menores, un día en la sala con una glomérulo-nefritis, él decía una cosa y Fulano lo apoyaba, y yo decía otra, y me destrató malamente. Yo estaba con José Pedro Cirillo, y le digo “¿Qué hago, le doy una piña?”, y Cirillo me respondió: “No, dejálo, te echan de la Facultad”. Pero Cirillo me daba la razón, que sabía mucha clínica. El grado 3 era el Tito Fischer, con quien

nos hicimos muy amigos. Purriel lo tenía como hijo. Conmigo siempre fue fenomenal, creo que intermediaba entre Purriel y yo; de un humor fantástico. Era muy amigo de los amigos. En el año 69 yo estaba como internista en la Asociación Española, y me llama Juvenal Botto, urgente que fuera por una paciente que parecía tenía una gangrena. Yo no había visto nunca una gangrena en la práctica, y fui hasta lo del Tito Fischer. Llegué eran más de las 9 de la noche, y me dijo: “¿Qué pasa, te sigue la policía? Te quedás aquí en casa, no hay problema”. Le conté que me había llamado Botto y lo que tenía la paciente. “¡Ah, yo voy contigo!”, me dijo y allá fuimos. Le dije a Botto que había pedido una consulta con alguien experto y fui con él. La vimos, era la mujer de Días Gomide, que lo habían secuestrado; la habían chocado en Punta del Este, y un médico que estaba allá, le hizo una sutura como con veinte puntitos, plástica, para que no se notara, en el brazo, y por abajo la herida gangrenó. Pero no era una gangrena gaseosa. El Tito Fischer me dijo: “Esto es en el celular subcutáneo, pero no es en el tejido muscular; es una infección por estreptococo, no por Clostridium”. “Crepita un poco, pero esto se cura con penicilina.” Le explicamos a Botto que se curaba con grandes dosis de penicilina. Ahí ya había terminado el Grado dos, como Jefe de Clínica.”

“Mientras tanto, había ido al Saint Bois de médico ayudante fisiólogo por el MSP. En el año 1970 entré como Grado 3 en la Clínica Médica y Semiológica, donde acababa de entrar como Profesor Grado 5 el Dr. Jorge Bouton, sustituyendo al Prof. Purriel que había llegado a los 65 años. En el Saint Bois estaba con Miguel Mello Aguerre, pero yo le presentaba los enfermos de su pabellón y luego me rajaba a ver a Muras. Iba a los ateneos de Purriel, donde aprendí mucho de neumo-fisiología. (Varias anécdotas irrepetibles).”

“Entré después de médico de Funcionalidad Respiratoria en el Laboratorio de Cardiología, en el Departamento de Cardiología con Jorge Dighiero. Ahí yo iba a veces al piso, a ver algún enfermo. Cuando me veía en el piso, me decía Purriel: “Acá viene el correo tupamaro”... Me calentó tanto, porque con esos comentarios un día me iba a hacer llevar preso. Un día voy y le meto una carta en el bolsillo de la túnica: “¿Qué está haciendo, che!?” “¿No dice que soy el correo?, le vine a traer una carta.” “¡Déjese de embromar, che!”

“Purriel, en el año 1963, el primer día que fui, voy entrando por el corredor para la sala, y siento un chistido de atrás: “Chist, chist, chist...” Me doy vuelta y era Purriel: “¿Ché!, qué está haciendo usted acá?” “Voy para la sala, profesor” “Usted ya tendría que estar en la sala atendiendo a los alumnos a las 8.00.” “Un jefe de clínica me dijo “yo quiero venir con comodidad

y no ceñirme a un horario". "Entonces no venga a mi servicio." *Me dijo: "Si usted quiere, yo le regalo un despertador". "No, no es necesario, profesor." Desde ese día, a las 8 menos cinco ya estaba en la sala. Así que me enseñó a ser puntual; (entre eso y los encuentros con los clandestinos, hay que ser absolutamente puntual). Esos tres años fueron de puntualidad, con Purriel."*

"Después, un día, había una muchacha con la que habíamos estudiado en Preparatorios, y me llamó porque el padrastro del novio tenía un cáncer de pulmón. Era un personaje que había sido ministro de Gabriel Terra. Al principio lo traté, con antibióticos, mejoró. Pero decayó al final, no era operable. Y el paciente me dice: "Yo le quiero pedir una consulta, doctor". ¿Con quién me va a pedir?, pensé yo. Le propuse hacer la consulta con Armand Ugón, que era macanudo conmigo. "¿Qué le parece el profesor Armand Ugón?" "No, no, no." Bueno, pensé yo, debe ser por la política, porque Armand Ugón era batllista, amigo de Luis Batlle Berres. Su hijo se casó con la hija de Luis Batlle. "No, no. Y le voy a decir por qué. Porque es cirujano y me va a querer operar y yo no quiero que me opere. Y qué le parece el Profesor Purriel". Le dije: "¡Sí, cómo no!" No le dije que era mi profesor, pero pensé, viene Purriel y me va a dejar bien."

"Fui a decirle a Purriel, subo al piso 8 y estaba pasando visita. Y me dijo: "Ché!, ya sé que está atendiendo a José Espalter, al que fue ministro de Terra, ¡un sinvergüenza, que levantaba quiniela clandestina, un chorro! Dígame, ¿por qué viene?" "Justamente, ¡vengo porque el señor me pidió una consulta con Usted!" "Ah, venga, venga, y me sacó de la sala al corredor", los demás muertos de risa, todos. Fue a verlo, hizo la consulta. Y le dijo: "Bueno, usted puede salir, con algún amigo". El paciente le dijo: "Yo soy muy amigo del doctor Blanco Acevedo". "Bueno, no sé si le conviene" y ahí relajó a Blanco Acevedo, y le cobró creo que 3.000 pesos la consulta. El paciente se muere y yo le pasé la cuenta a la familia, de 10.000 pesos, por todo el tiempo que lo había asistido, que eran como diez meses. La única vez que yo iba a cobrar diez mil pesos. Nunca me lo pagaron. Así que nunca cobré. Te dejaba siempre bien en las consultas, era un caballero. Lo que pasa que en el trato así, se calentaba y se le escapaba la boca. Una vez Cirillo le paró el carro, porque el Profe decía: "Acá nadie habla, quién fue el que hizo tal cosa, porque acá todo el mundo es cobarde". Y Cirillo le dijo: "¡Usted a mí no me puede decir eso!" "No, no es por usted, Cirillo". Una vez había tenido un incidente a las trompadas con Mello Aguerre, no sé

si en el Saint Bois o en el Clínicas, porque Purriel iba para adelante. Pero con Cirillo se dio cuenta que había metido la pata.”

“En el anfiteatro Purriel era distinto que en la sala. Allí le sacaba el jugo al enfermo lo más que podía, trataba bien a los enfermos, nos enseñaba que había que tratarlos con respeto, que lo más importante del hospital era el enfermo, pero el paciente se comía una hora en el anfiteatro, cuanto duraba la clase, delante de todo el mundo, medio desnudo. A mí me pasó después lo mismo, con un paciente neurológico, hemipléjico, y una muchacha se levantó y se fue. Después le dije: “¿Usted está muy apurada para irse?” Y después me respondió: “No, yo no aguanté cómo usted los trata a los enfermos, ver al enfermo ahí”, porque ya no se usaba la clase de anfiteatro con el enfermo, era la clase de memoria, de patología. Porque los clínicos daban clase de patología, salvo Juan Miguel Cat, que era muy clínico; pero los demás daban mucha patología y poca clínica. Y los ayudantes peor todavía. Se ve que se estudiaban en la computadora la última novedad y luego iban y recitaban bla, bla, bla, bla.”

“Cuando Purriel terminó su período en la Clínica, nos decía Bouton a Muras, Cirillo, Tomalino y a mí, antes que aquel fuera ministro: “Me dice que de noche no puede dormir, y se pasa mirando el techo y reflexionando qué va a hacer ahora”. No podía estar sin hacer nada, de ahí que se fue al Ministerio.”

“La última de Purriel, el día que nos íbamos rajando, Carlitos Pommerenck, Luis Yarzabal y yo, metimos a Pommerenck en un avión de Aerolíneas Argentinas y a la hora salíamos nosotros en otro vuelo de Austral. Tenía yo los pasajes, que había sacado como Ricardo E. Percovich, como si fuera Elena de nombre y Percovich de apellido. Fuimos al Aeropuerto y me dice Yarzabal: “¿Vamos arriba, a tomar un cafecito?” “Mirá, yo no iría”. Pero finalmente fuimos. Subimos con Luis, entramos a tomar el cafecito, y le digo: “Con disimulo, mirá quién está en la otra mesa.” Estaba Purriel con Jaime Sznajder, “que había entrado como subsecretario de Walter Ravenna en Salud Pública, y después renunció. Y había vuelto con Purriel”. Y estaba Samuel Villalba que había estado en mi sala, muy buen tipo. Yo fui grado 3 en piso 8 cuando ya se había ido Purriel, con Jorge Bouton, en 1970.”

“Bouton, un día, en el cuartito de tomar café, en el piso 8, nos dice a Olga Muras, a José Pedro Cirillo y a mí, antes que fuera Ministro: “Purriel me dice: yo me despierto, y miro la pared, la eternidad, pero la Facultad a mí me defraudó, me lesionó.” Pensé yo, éste va a agarrar de ministro de Educación. Me equivoqué, fue Ministro de Salud Pública. Y él decía que “iba

a ser el Varela de la Salud Pública”. *Seguía su amistad con Bouton, que lo iba a ver siempre, lo quería mucho a Purriel.*”

“El día antes de irnos, entro al Clínicas, yo estaba de Grado 3 y Yarzabal también, y todos los días me decían: “A Yarzabal lo llevaron preso” y a él le decían que me habían llevado preso a mí. Después nos veíamos, y no era cierto. Entonces, entro, iba por el corredor para la sala y me dice Bouton: “¿Y vos qué hacés?” “Voy para la Sala, qué voy a hacer”. “¡Andáte, te van a meter en un sótano y te van a tener 20 años preso! ¡Andáte ya!! Se supo todo, el “Canguro” Dubra está preso.” El Canguro Dubra estaba preso hacía 15 días, y no nos íbamos porque no queríamos dejarlo en blanco, de bobos, ¿no? Entonces lo fui a ver a Yarzabal, le dije lo que me había dicho Bouton. Fui a la Española, levanté las cosas, estaba Carlos Rodrigo en el cuarto de guardia, y cuando me saluda, le digo “Este país, está horrible”. “Sí, está horrible, yo me voy a ir”. “No, hay que quedarse y luchar”, le dije. Y me fui. Antes de irse, lo primero es cobrar. Entonces crucé a la casa donde pagaban y había que hacer una “colita”. Había un tipo, me puse atrás, y detrás de mí vino Oscar Magurno, para cobrar también. Y le digo: “¿Viste lo que pasó? Llevaron preso a Esperón; ¡itenés que hacer algo, vos que sos diputado!” “¡No, difícil!” Cobré y me fui. Después fue un cuñado mío a cobrar unas vacaciones que no había cobrado, y lo llevaron preso. ¡Hércules Mazzuchelli lo denunció, que había sido compañero mío de escuela!”

“La cuestión es que fuimos al Aeropuerto y estaba Purriel. Se levantó y nos vio, pero siguió de largo porque él se había peleado con Yarzabal. Pero el Canario Sznajder paró y saludó: “¿Qué hacés, Judith; cómo te va Ricardo?” “Ah, bien, bien, bien”. Y Villalba me dice: “Ché, te mandé un enfermo.” “No me llegó”. “Ah, pero te va a llegar”. “Ah, bueno, bueno”. “¿Qué están haciendo?” “Vinimos a despedir a un amigo”. “Chau, chau”. Cuando se fueron, bajamos a la sala de embarque y nos fuimos para Buenos Aires. Después se corrió la leyenda de que habíamos secuestrado el avión que iba Purriel para Chile.”

“Cruzamos a Buenos Aires, nos encontramos con Carlitos Pommerenck en Corrientes y Esmeralda, en un café que había allí. Era el 3 de junio de 1972. Y él nos dice: “Ché, está divino acá; yo me quedo acá. Hay 12 millones de personas, no nos van a encontrar”. “¡No jodas, nos van a agarrar aquí! ¡Vámonos hoy mismo!”, y nos fuimos a Lan Chile y sacamos los para Chile; de tarde ya estábamos allá. Los Carabineros nos recibieron a los abrazos. Yo demoré como dos meses, que no conseguía trabajo, porque los otros se fueron

a La Mina. Yarzábal consiguió en el servicio de Neumología; a mí me ofrecieron en Neumología, pero era en la Cordillera, un lugar apartado, San José del Maipo, todo nevado y aislado, espantoso. Me fui a Concepción, porque estaba sin trabajo y de repente me tocan timbre en el lugar donde estaba, y era un alumno chileno que había tenido un año antes. Era del MIR y estaba con un amigo, que luego se pelearon porque estaba en Patria y Libertad. Era Claudio Martínez, y me dice: “Profe, ¿qué está haciendo? ¿Tiene trabajo?” “No, no tengo.” “Entonces, véngase a Concepción y lo ponemos de Profesor”. “No, no puedo ir así”. “Sí, véngase, nosotros estamos de huelga y lo votamos”. Parece que tenían fuerza los estudiantes, y allá fui y me pusieron de profesor. Él era estudiante todavía, y había sido alumno mío. Entonces elegí no en el Hospital de Concepción, que era el grande, sino que elegí el de Talcabano, un puerto que quedaba a 10 kilómetros, en el Barrio La Higuera, que era un hospitalito modesto, pero de dos pisos, con rampas para subir las camillas. Y tenía un servicio de medicina de 70 camas, uno de cirugía, uno de pediatría y uno de ginecología. El Jefe era un tipo inteligente, Martínez, también, muy reaccionario, pero el director del hospital era bolche, muy bien el gordo. Enseguida me dio una pieza para vivir en el hospital, porque mi esposa estaba en Santiago con los niños. Y estuve com dos meses solo en esa pieza. Viajaba los viernes a verlos. Ahí estuve un año y medio, hasta el golpe. En el Golpe me agarraron preso, me llevaron a una isla un mes y medio; salí para Santiago, donde estuve como 20 días en un convento bajo bandera suiza. Después nos juntaron para salir en un avión de Lan Chile, para París, en Francia. Ahí llegamos a París, a instancias de Miguel Soler, el maestro de La Mina, que era amigo del padre de Luis Yarzábal. Todo bajo protección de Naciones Unidas, y sin pasaporte, que había quedado en la Jefatura de Policía, donde había dejado para renovar. Miguel Soler muy bien, estaba en la UNESCO, y su mujer, Matilde Espino, que era asistente social, en el auto, buscando gente para meter en las embajadas. Lo allanaron varias veces, pero no le pudieron hacer nada porque tenía estatus diplomático.”

“La última de Purriel. Nosotros nos fuimos en junio. En octubre fue Purriel a Chile, a un congreso de Neumo-tisiología en Santiago, y me dijo Yarzábal – yo estaba allá en Concepción – que había estado allí y había dicho Purriel que “lo mejor de la Neumología uruguaya se lo habían llevado ellos, los chilenos” con referencia a nosotros tres: Yarzábal, Pommerenck y yo. Estuvo bien Purriel, porque nos dio una manito de oro. Yo creo que para mí quien lo informó a Bouton fue Purriel. Siempre me quedó esa idea. Él había estado con

Frugoni en la Universidad, ocupando la Universidad con Frugoni en la dictadura de Terra. Después fue candidato al parlamento con Frugoni.”

¿Qué lío tuvo él con Yarzabal? Encontré una carta de Pablo Purriel en la edición del semanario *Marcha* del 4 de febrero de 1972.

DIFERENDO PURRIEL – YARZÁBAL

Las elecciones nacionales celebradas en noviembre de 1971 habían resultado controvertidas en sus resultados; en medio de una situación de conflicto social de altos ribetes, con la guerrilla del MLN-Tupamaros alcanzando sus más altos niveles de acción. El Partido Nacional que llevaba como candidato a Wilson Ferreira Aldunate, sostenía que había obtenido más votos que el Partido Colorado que llevaba como candidato a la reelección a Jorge Pacheco Areco, que a la postre era el Presidente en ejercicio, y como candidato alternativo – si la reforma constitucional no alcanzaba mayoría – a Juan María Bordaberry, que finalmente resultó electo. A menos de un mes de asumir éste la Presidencia, el número 1580 del semanario *Marcha* del 4 de febrero de 1972, traía en su tapa una imagen a toda página de Wilson Ferreira Aldunate levantando su índice derecho con un gran título: LA TRAMPA: CÓMO SE PREPARÓ Y CONTRA QUIENES (Declaraciones exclusivas de Ferreira Aldunate). Pablo Purriel había finalizado el ejercicio de su Cátedra el 13 de diciembre de 1970, al cumplir 65 años, era el Presidente de la Comisión Honoraria para el control de la Hidatidosis. Pocas semanas después su paciente, Juan María Bordaberry, le ofrecería ser Ministro de Salud Pública, cargo que él aceptaría, para llevar adelante su vieja idea del Seguro Nacional de Salud.

La misma edición de *Marcha* traía en su página 2, en su sección de “Cartas de los lectores” una titulada: “DEL PROFESOR PABLO PURRIEL”, que se transcribe:

“En 1967 el gobierno de Francia estaba organizando un magnífico laboratorio para colaborar en nuestra lucha antiaftósica.

En la primera semana de noviembre de ese año, el profesor André Capron asistió a nuestro IV Congreso Nacional de Medicina Interna, donde trató el tema Hidatidosis. El día 8 de noviembre de ese año, en declaraciones periódicas aparecidas en “El Diario” bajo el título “Hidatidosis: Francia prestará asistencia”, anunció un programa de ayuda de su gobierno para la solución

de este gran problema nacional similar a la ayuda que se había prestado en Chipre. La embajada de Francia respaldó totalmente esta idea y poco después su embajador señor Roger Barberot, al inaugurar el laboratorio de lucha antiaf-tosa en Pando, confirmó la ayuda que el gobierno francés prestaría a la lucha Antihidática, creando un laboratorio para realizar las reacciones diagnósticas.

Puede comprobarse en la embajada de Francia y en el Ministerio de Salud Pública, que dicho laboratorio fue donado por el gobierno francés con el fin ex-clusivo de colaborar en la lucha Antihidática.

Luego de múltiples gestiones, el laboratorio se ubicó en la Colonia Saint Bois, edificándose un local para ello. Paralelamente, la embajada de Francia, por intermedio de su agregado cultural señor Philippe Greffet y el director de la misión técnica señor Marc Chevallot, reiteraron a los ministros de Salud Públi-ca y de Ganadería la necesidad de crear una planilla presupuestal. Se hicieron reuniones en conjunto de ambos ministros, de estos funcionarios y del que suscri-be; nada fue posible obtener. Luego de reiterados pedidos, el Ministerio de Salud Pública contrató dos ayudantes y encargó de la dirección al doctor Yarzábal; poco después este ministerio creó en su presupuesto dos cargos de ayudantes y llamó a concurso de méritos el puesto de director. A propuesta de éste se llenó uno de los cargos de ayudantes, de manera provisoria.

El concurso del cargo de director nunca fue realizado pues se planteó una protesta de otro candidato que aducía cuestiones reglamentarias; existía ade-más un ayudante especializado que, según tengo entendido, había pasado en comisión del laboratorio central. Posteriormente, el encargado de dirección del laboratorio obtuvo de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculo-sa el nombramiento de cuatro ayudantes que serían dedicados al estudio del problema de micología. También ellos fueron nombrados directamente por el encargado de la dirección.

El personal oficial dependiente del Ministerio de Salud Pública que debía realizar las labores para lo cual el laboratorio fue creado: problemas de hida-tidosis, sólo contaba con un encargado de la dirección hasta la provisión defi-nitiva del cargo por concurso, un ayudante técnico provisoria y dos ayudantes de laboratorio, contratados. Reiteramos que todo ese personal fue nombrado directamente por el doctor Yarzábal.

Todo este personal dependiente de Salud Pública recibía sueldos ridículos, no existía un rubro de mantenimiento de laboratorio, no había personal ad-ministrativo, no se contaba con un bioterio, y dentro de estas condiciones el rendimiento del personal, que no sólo realizaba tareas de hidatidosis, sino que

gran parte estaba dedicado a micosis, no podía de ninguna manera colaborar de manera integral con la lucha Antibidática, que pretende hacer exámenes en masa, como lo está realizando en Flores, en donde desde diciembre de 1971, en colaboración con la lucha antituberculosa, se realiza la reacción de Casoni a cada uno de los habitantes, y a aquellos positivos se les extrae sangre con el fin de realizar en ellos las reacciones inmunológicas conocidas.

En múltiples oportunidades tuvimos conversaciones con el encargado de la dirección sobre la necesidad de reorganizar el laboratorio y le hicimos ver entusiasmo y dedicación, ejercía un dominio total en el laboratorio, no sólo en los nombramientos sino en la posibilidad que personas que él no nombrara llegaran allí a trabajar (caso bachilleres Lozano, Siri, etc.). ¡Otra que “patrón francés”! Insistíamos que era necesario una organización abierta cuya única vía era el concurso y en la última conversación terminamos expresándole que el laboratorio debía ser para todos o para nadie, agregando que en el momento actual la Comisión Honoraria tenía fondos para darle a ese centro un presupuesto lógico y una organización, donde fuera posible trabajar sin penurias económicas. que, reconociendo sus condiciones de (...) ⁸⁰ No hubo objeciones de su parte y me contestó que, luego de su vuelta de Buenos Aires, podríamos abocarnos a esta tarea.

Al pasar el laboratorio al presupuesto de la Comisión Honoraria, que depende del Ministerio de Salud Pública, se tuvo en cuenta un proyecto presentado por el encargado de la dirección sobre cantidad de personas que debían trabajar en el laboratorio.

La Comisión de Lucha Antibidática llamó a concurso de oposición a un número de cargos con remuneraciones desconocidas por su cantidad en el medio, y con las bases más limpias y legales, realizadas por juristas. En ellas tenían especialísima importancia la actividad que se ejerce en el laboratorio: inmunología y parasitología. En el concurso de director, muy difícil será ganarle al doctor Yarzabal de acuerdo con las bases, y el resto del personal tiene méritos suficientes para pretender los otros cargos. Y con el fin de que el personal pudiera resolver por vía del concurso su situación, sin perjudicarse económicamente, se llamó con el plazo más corto que cabe dentro de las normas legales.

Es el momento de preguntarse qué atropello hay en esto, o es que ahora se llama atropello a que los cargos públicos sean llenados de acuerdo con bases legales, por concurso, norma ésta de la que yo fui pionero en la propia facultad. Atropello era lo anterior, donde los cargos de carácter provisorio eran ocupados

⁸⁰ Se perdió alguna línea de linotipo al armar la columna en el semanario; las dos líneas anteriores estaban traslocadas.

por personas de la amistad y simpatía del encargado de la dirección, siendo muy difícil que allí llegaran otras personas. ¿Qué desplazamientos han existido cuando en las bases del concurso tienen las máximas prioridades los méritos de los que allí trabajaban? ¿Es que acaso el concurso libre donde puedan presentarse todos los ciudadanos del país tendrá que ser sustituido por nombramientos directos, que aun en el rubro de provisorios se vuelvan perennes?

Al hablar el encargado de la dirección con la Subcomisión Científica de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis de los lineamientos generales de la nueva organización, en una conversación que se le reiteró era informal, ya que todavía no había resolución definitiva de la comisión, yo le expresé que en el organograma de este laboratorio, se ubicaría en la cúspide de la pirámide la Subcomisión Científica de la comisión y que inmediatamente estaba el director técnico: que ambos harían la programación de la tarea de rutina e investigación, en un período dado; que la firma de los trabajos científicos estaría dada por quien los realizaba; que la tarea del laboratorio era fundamentalmente el problema hidatidosis, pero que si a sus técnicos les sobraba el tiempo, su obligación es de cinco horas diarias, podrían dedicarse a otras tareas, y que las funciones administrativas estarían a cargo de la comisión.

Esto se ha distorsionado y se le ha agregado adjetivos tales como arbitrariedades, explotación científica, etc.

El doctor Yarzabal trabajó a nuestro lado más de una década, jamás recibimos de él quejas de nuestro comportamiento como jefe de servicio.

Durante 25 años hemos sido jefe de equipo, jamás tuvimos conocimiento de explotaciones científicas o arbitrariedades por nuestra parte; todo lo contrario. En cambio ni él ni nadie, podrá negar nuestra constante inquietud para formar a los jóvenes, no escatimando esfuerzos para brindarles todas las oportunidades, para solucionarles todos los problemas y en los continuos contactos oficiales que fue necesario hacer (en algunos nos acompañó el doctor Yarzabal) no fue para obtener prebendas personales, sino medios para organizar los servicios en que otros trabajaban y publicaban. Centenares de horas dedicamos a la formación de este laboratorio y también, es digno reconocerlo, lo hizo el doctor Yarzabal. Mi actuación no constituye un mérito, fue simplemente el cumplimiento de un deber que tiene todo jefe de servicio.

Y ahora lo del BID. Llegó aquí en los últimos meses del pasado año una delegación del Centro Panamericano de Zoonosis compuesta por su director doctor Boris Szyfres, uruguayo, doctor Ruben Lombardo, uruguayo, e ingeniero Fernández, argentino. Sin previo aviso recibimos la visita de los amigos

nombrados y nos manifestaron a mí y al vicepresidente, doctor G. Lockhart, que pocos momentos después se dirigirían a los ministerios de Ganadería y Salud Pública con el fin de redactar una carta-intención en el sentido de obtener un préstamo en el BID para financiar la lucha Antibidática, con el propósito de extender el Plan Flores a todo el país de manera progresiva. Como yo desconocía totalmente qué era un préstamo del BID, me informaron:

- a) la carta-intención expresa sólo el deseo de obtener un préstamo;*
- b) luego, instituciones nacionales, en este caso OPIPA (Oficina de Planificación y Política Agropecuaria) hará un informe sobre el problema y un plan sobre inversiones, con el asesoramiento de nuestra comisión;*
- c) es en ese momento que el BID envía expertos a estudiar el problema en el propio medio y redacta las condiciones del préstamo en lo referente a intereses y condiciones de pago.*

Es éste un largo proceso que, según los entendidos, lleva años.

La carta-intención se cursó firmada por los ministros de Salud Pública y de Ganadería. OPIPA, dirigida por el contador Elena, bosqueja el plan: utilización de recursos y monto de ellos, muy inferior a los tres millones de dólares pero, se comprende, que no se puede hablar en el momento actual de condiciones si desconocemos totalmente si esto se realizará y las normas de interés, pago y período que el BID propondrá.

En su debido momento, cuando se conozcan las condiciones, la Comisión Honoraria tomará su posición de acuerdo, como siempre con el interés del país y al respeto de su soberanía.

En lo referente a la simpatía o antipatía que esta institución despierte no viene al caso, aun cuando nuestra posición es bien conocida, pero el hecho cierto es que el Uruguay es socio de este banco, sus aportes representan el 1,3% de las cuotas que recibe y es estúpido que se paguen 60 mil dólares de cuota y no se usufructúe de los beneficios que pueda tener un préstamo debidamente estudiado y garantizado, dedicado a resolver un gran problema nacional. El puente Uruguay-Argentina se hace con préstamos del BID y se acaba de presentar un proyecto citrícola a financiar por ese banco, en condiciones tales como: cuatro años de gracia, sin pago de intereses, 25 años de plazo y un interés mucho más bajo que el internacional. Mi concepto sobre el imperialismo económico no ha cambiado desde los muy lejanos días en que intervine muy activamente en la campaña pro Sandino que en esta ciudad realizamos, pero no tengo ningún inconveniente en aceptar un préstamo de un banco del que el Uruguay es socio

siempre que sus condiciones no sean lesivas y sean convenientes, pues delante de la dialéctica, hay 550 uruguayos que todos los años se operan de quiste hidático, de los que 40 mueren y muchos quedan invalidados, la mayoría de ellos jóvenes, en su gran número pertenecientes a la clase obrera, donde la enfermedad es más larga y el dolor más intenso. Y paralelamente a esto, un enorme menoscabo de los escasos recursos de este país sumergido en el marasmo, con una infestación canina, ovina, bovina y humana no igualada en ninguna otra parte del mundo.

El BID tiene como socios a los países socialistas de Latinoamérica. Chile, Perú, México liberal, tramitan préstamos con esta institución, y el propio Allende nombra como embajador en Washington a un antiguo funcionario del BID, situación ésta que no critico dentro del régimen socio-económico en que, por desgracia, se desenvuelve parte del mundo actual y especialmente Latinoamérica.

Y para terminar. En repartidos y brulotes se subraya mi posición de representante del Poder Ejecutivo. El ministro Rodríguez Camusso me nombró para el cargo; la administración actual me ha reelegido. Lo acepté interpretando que era para llevar adelante una campaña hecha ley y teniendo el convencimiento de que no represento poder alguno. Mi representación es la del enorme espíritu de trabajo, tal vez “avasallante”, pero sincero, limpio, la de transitar siempre en la vida sin integrar grupos o “patotas”, con la idea fundamental de servir a la colectividad a la que he dedicado de manera desinteresada más del 90 por ciento de una larga vida de labor. Trabajando con el ferviente deseo de pagar a la comunidad la enorme deuda que tienen los hombres salidos de la clase obrera, a quienes se les brinda las oportunidades de plasmar en obras, algunas de sus ideas. Ahí está mi actuación en enfermedades e masas como hidatidosis, brucelosis, tuberculosis, donde se va a dar y no a recibir. Lo que ha constituido la gran satisfacción de mi vida.

PABLO PURRIEL.”

“En el Saint Bois Yarzabal estaba en el Laboratorio y él había estado en el Instituto de Higiene con Mackinnon, que le enseñó mucho de hongos y micología. Entonces en el Saint Bois él investigaba los hongos, e hizo varios trabajos muy buenos. Y Purriel quería que trabajara para él y él no quiso. Purriel lo quería tener bajo la pata, y Yarzabal no quiso. Quiso independizarse. Yarzabal no hizo ninguna carta, pero le falló a Purriel cuando él pensaba que lo iba a tener como apoyo. A mí también me había propuesto en determinado momen-

to para ponerme en funcionalidad respiratoria en el Saint Bois, que yo hiciera eso y no siguiera la carrera de Medicina. Yo seguí en Medicina. Quería él sacar a Pommerenck porque era muy impuntual, pero era bueno. Yo no quise, y ahí fue cuando me pospuso, porque lo mandó a Yarzabal y a Heber Rodríguez becados a Francia.”

“Fui Grado 2 en 1963, 64 y 65. Después entré de Médico Ayudante Tisiólogo en 1965 en el Saint Bois, por el MSP. En 1966 entré de Grado 2 en Cardiología con Funcionalidad Respiratoria y estuve allí 3 años, hasta 1970. En ese año me presenté como Grado 3 por concurso de méritos y entré en la Clínica Médica de Bouton donde también se incorporó como Grado 3 Luis Yarzabal. Estuvimos del 70 al 72.”



Juan Lazarte (1891-1963)

“Purriel decía que iba a ser el “José Pedro Varela de la salud”; quería hacer el Seguro de Salud, la socialización de la medicina. Yo estaba en la lista anarquista de la AEM, y allí estaban Dante D’Ottone, Efraín Margolis, Walter Fernández Oria, “el Oso” Héctor Vinelli, de San José, Miguel Bordoli, Ademar Morales, de Treinta y Tres, Carlos Pommerenck, Manuel Gayoso, Carlos Oliver, Vladimir Rivero, Ruben Gary; una cantidad que éramos de la Lista 10. Con afinidad estaban Omar Etorena (un blanco que leía a Rafael Barrett) y Victoriano Rodríguez de Vecchi (batllista de Domingo Arena), y Pablo V. Carlevaro y Carlos A. Gómez Haedo, eran allegados. Y yo me hice anarco cuando entré a Facultad, y leí el libro aquel de “Socialización de la Medicina” de Juan Lazarte, que era un argentino nacido en Rosario, (Argentina), donde murió.”

“Eso dio base a que en la AEM y en el Sindicato Médico se hablara mucho de eso, porque Lazarte era amigo de Fosalba. Porque Fosalba y Bottero decían que el CASMU debía ser una cooperativa de producción sanitaria sin fines de lucro, y todos pensábamos lo mismo. Que el CASMU era el ejemplo para que

las mutualistas se fueran al carajo, o se transformaran. Y fue al revés. El CASMU terminó con 20 médicos directores, que cobraban unos sueldazos, entre ellos la actual Ministra de Educación, y una ineficacia absoluta. Y la Española era eficaz porque tenía un dictador que era Magurno. Se murió Magurno y la Española se relajó y el CASMU se hizo empresa, y mejoró. Por suerte agarraron tipos bien, amantes de la medicina, como Carriquiry, Bogliaccini y Jorge Pomi.”

RECUERDOS DE PURRIEL COMO DOCENTE

“Para un clínico, las clases de Purriel no te llenaban como las de García Otero. García Otero parecía que no te estaba escuchando, porque estaba charlando con el enfermo, y vos le leías la historia, y él decía: “Siga, siga”. Leías la historia, el examen físico, y él entonces cuando terminabas, decía: “Bueno, usted me ha presentado un enfermo que bla, bla, bla...” Te decía algo del interrogatorio que vos no le habías dicho y él le había sacado... “Y al examen físico usted me dijo que le encontró tal cosa y tal cosa, pero se olvidó de esto y de esto otro”. “Bueno, y a usted qué le parece. ¿Qué es lo más general de este enfermo?” “Bueno, tal cosa, tal otra”. Te hacía hacer diagnóstico de síndrome. Después te iba llevando a ver qué enfermedad te parecía a vos, y entonces decía: “¿Pero qué es lo que le llama la atención de este enfermo?” Y ahí estaba la cosa rara que lo ubicaba como enfermo único. Era brillante, el viejo. Dicen que se sabía las historias con el diagnóstico que habían hecho en la sala, porque la secretaria le contaba. Pero yo no sé, creo que no, que el viejo era así. Fui alumno de García Otero en cuarto año y en sexto año, en Clínica Médica. Y ahí conocí a todos los que estuvieron después en la Dictadura. Gonzalo Lapido, Fernando Muxí, que era un tipo muy bien. Gonzalo Fernández iba a Neurología.”

“Habíamos hecho muy bien neuroanatomía, pero luego cuando fuimos al Instituto de Neurología, no agarrábamos nada. Tuvimos que empezar de nuevo con neuroanatomía, neurofisiología, semiología neurológica, leyendo todos los textos. Estudiar los Agregados Franceses, los tratados de Neurología. Y así estudiamos tan como locos los dos primeros meses, que después en los ateneos discutíamos con los neurólogos. Aprendimos clínica, y nos dimos cuenta después que, entre los médicos de medicina interna, estábamos más avanzados en neurología, acá, en Chile y en Cuba. Porque el Instituto de Neurología hizo época.”

LA FORMACIÓN DEL CLÍNICO INTERNISTA

*“Empezaba con la patología respiratoria, con la tuberculosis. La Tisiología que se transformó en Neumología. Claro, Purriel decía: **“Porque la tuberculosis, como dice Rey-Pangas-Massé, es una enfermedad social”**⁸¹. Insistía con eso. Como también insistía con las enfermedades respiratorias ocupacionales, la brucelosis, los de la cantera que agarraban la silicosis. Impulsaba un poco a buscar en esa dirección. Creo que estaba en el Banco de Seguros. A los demás profesores no les importaban esas afecciones, porque estaban para las enfermedades raras. Pero Purriel insistía mucho en la parte social de la medicina.”*

“Con la brucelosis hizo trabajos en los frigoríficos, tanto en Montevideo como en el Interior.”

“Con la hidatidosis también. La hidatidosis en Uruguay tuvo un momento culminante cuando hizo su trabajo diciendo que la industria de producción de carne bovina perdía unos diez millones de dólares por año por la hidatidosis de los vacunos. Y ahí fue que los estancieros se dieron cuenta y empezaron a dosificar a los perros y a enterrar las vísceras como decía “Cachito y Rigoletto”, de Velarde Pérez Fontana. ¡Pero a ese detalle no le habían dado pelota nunca!! Cuando Purriel les demostró que perdían plata, y estaba en la Cruzada Anti-tuberculosa, y publicó eso, a partir de ahí fue el cambio. Además coincidió que la tuberculosis ocupó menos, porque fueron más eficaces los tratamientos con los antibióticos, se dejó de operar, y así resaltó la Hidatidosis, con más de 500 casos por año. Y después Roberto Perdomo fue quien hizo la ecografía masiva para diagnosticar la hidatidosis, y ahí avanzó mucho también. Pero eso ya fue después de la Dictadura. Y la dosificación a los perros que hizo la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, actual Comisión de Zoonosis.”

Ahora los médicos y los cirujanos no ven casi hidatidosis. Tampoco se ocupan de las enfermedades ocupacionales, no las plantean en los diagnósticos. Siguen las enfermedades que se descubren en los Estados Unidos, el “colonialismo cultural” como decía Fernando Mañé Garzón.

Cuando Ricardo Elena nos relata su época como Profesor de Clínica Médica en el Uruguay, destaca que muchas cosas habían cambiado:

“Yo traté de buscar enfermedades nacionales, pero no me dieron pelota. Cuando yo pasé del Hospital Pasteur al Hospital de Clínicas, fue espantoso, porque en el Pasteur veíamos de todo. En el Clínicas no veíamos neurológicos,

81 REY, Amadeo Joaquín, PANGAS, Julio César, MASSÉ, Raúl Jorge; CETRÁNGOLO, Antonio (Prefacio). Tratado de Tisiología. El Ateneo, Buenos Aires, 1945, 669 páginas.

porque estaba el Instituto y entraban directamente allí. Cardiología, lo que sobraba, que eran siempre los mismos, pacientes coronarios. Neumólogos, iban al Saint Bois y después al Maciel. Los Reumatológicos que Purriel tenía muchos, ya iban al Instituto de Reumatología. Entonces no había variedad de enfermos para enseñar. Además, no pude lograr en los siete años que estuve de Profesor, ni una necropsia.”



Hospital “Hermanos Ameijeiras”, La Habana, Cuba.

“En Cuba concursé para profesor de Clínica Médica en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”, de La Habana, cuando fue inaugurado, y entré. Hacía dos veces por semana, al principio, después una vez por semana, una sesión de “piezas frescas”, como se hacía en todos los hospitales. En el Ameijeiras, había 100% de autopsias. Aunque no eran obligatorias, la gente, como era tratada tan bien, no se negaba nunca a darte permiso para la necropsia. Hacíamos necropsias de todo. El anatómo-patólogo era un tipo muy empeñoso, que había simpatizado conmigo porque yo era clínico y avanzaba el diagnóstico, y emboqué dos o tres veces, cuando los otros no. Les tenía rabia a los clínicos, que no eran malos, pero eran cargosos e insistían en otros diagnósticos, cuando después él encontraba otras cosas. Eran muy buenos, pero a veces le erraban; yo también le erré muchas veces.”

“Un día había un muchacho que lo secuestraron de un hospital de Holguín, lo metieron en un avión de Cubana de Aviación y lo llevaron a La Habana porque ahí estábamos los “capos” en el Ameijeiras. Lo llevaron al Ameijeiras. Era un muchacho de 17 años, con una encefalitis, y en tres días se murió. Yo le hice diagnóstico de encefalitis, pero los otros le hicieron diagnóstico de tumor cerebral. Porque además, Valls, el radiólogo, le había encontrado en una tomografía una manchita en el tronco cerebral. Yo dije que estrictamente era una encefalitis, por tal y tal cosa. Entonces el patólogo destapa la pieza y describe: “Cerebro congestivo, las meninges congestivas, el cerebro congestivo, tronco encefálico – lo había cortado como un fiambre – no hay nada, hay un poquito de edema, pero no hay ningún tumor”. Entonces Valls, el jefe de Radiología dice: “Bueno, hay que reconocer que la tomografía a veces se equivoca”. Digo: “sí, mirá; yo clínico, me equivoco una vez; pero vos radiólogo te equivocás dos veces, porque podés fallar como yo, y porque además el aparato te puede mentir, porque esté descompuesto”. Se agarró una bronca terrible.”

“Purriel se ocupó mucho del cáncer de pulmón, hizo muchos trabajos sobre esa patología, y nos enseñó que en aquella época, la lesión moneda, la “coin lesion” era la única que podía ser tratada con éxito por cirugía. Con eso hizo el gran cambio de la fisiología a la neumología, jerarquizando el cáncer de pulmón y bronco-pulmonar, que cada vez tendría mayor prevalencia.”

EL INSTITUTO DEL TÓRAX

“Era del MSP; lo que sucede es que Purriel era el Presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Armand Ugón era el cirujano de tórax que había empezado la cirugía de tórax. Para operar, al principio había que soldar la pleura, por el procedimiento de Lamas y Mondino. Y después se progresó mucho con el flaco Fernández Oria, que hacía tremendas anestésias. Eso progresó muchísimo. Y cuando yo fui interno de allí se operaba mucho. Yo iba todos los días allí, y se operaba tres días por semana, varios casos, tuberculosos y no tuberculosos, quistes hidáticos. Operaba Armand Ugón y Hamlet Suárez, que operaba decorticaciones de espaldas, haciendo chistes; Ruiz Liard, que era malo como cirujano; pero el que era excelente era Aníbal San Jinés Bros, muy estricto, era el único que iba a pasar visita de noche a los enfermos de él. Valentín Crosa ya estaba. Los mejores eran Armand Ugón, Hamlet Suárez (Amleto) y Alejandro Victorica estaba, que era muy buen cirujano, muy amigo de Percovich y de Larghero. Le decían: “¿Usted es soltero, Victorica?”

“Sí, de nacimiento”, decía. Vivía con una hermana. Estaba también José Antonio Rádice, que vivía en Las Piedras.”

“Larghero fue una vez a los ateneos, porque era amigo de Purriel. Los dos eran fanáticos de ir a ver los enfermos, pasar contravisita y todo eso.”

LA REVISTA “EL TÓRAX”

“Era muy buena, tenía casos clínicos, estadísticas. La llevaron adelante Purriel y Muras. Olga Muras siempre fue soltera, vivía con una hermana arquitecta, en Punta Gorda, en una casa preciosa. Vivía trabajando en la Medicina: de mañana en el Hospital de Clínicas, de tarde en el Hospital Saint Bois. No hacía medicina particular. Era la monja de la Medicina, pero muy bien.”

¿Purriel tenía consultorio **particular**?

“Creo que sí tenía consultorio particular.”

Al preguntarle cómo murió Purriel, nos confirma lo que manifestaron otros discípulos:

“Yo no estaba acá, pero me dijeron que fue atendiendo una enferma, se levantó y cayó sobre la enferma. Hizo una rotura de aorta. Tuvo la dignidad de renunciar al Ministerio cuando el Golpe de Estado el 27 de junio de 1973. Yo creo que estaba convencido de que todavía se podía hacer algo, por eso agarró viaje con el Ministerio. Era el médico de Juan María Bordaberry en aquellos años. Por eso creo que sabía bien las cosas que pasaban. Para mí que fue el que le dijo a Bouton que nos fuéramos, y por eso estaba en el Aeropuerto. Parece que iba para algún lado, pero todo coincidió. Después fue a Chile y nos dio la “manito de oro”. O sea que es coherente todo, que se portó bien.”

¿Cuánta gente pasó por la **Clínica de Purriel**?

“Muras, la Dra. Ruth Sánchez, Dora Carlotta, José Pedro Cirillo, Adriana Spagna, Dante Tomalino, Marcos Arcos Pérez, Adolfo Fabius (cardiólogo), el feo. Juan Jorge Ravera, José A. Piñeyro, Raúl González Puig, José Álvarez Martínez, Tabaré Mario Fischer, Eva Fogel de Korc, Hilda Decedo, Héctor Beovide, Gloria Mendoza (que fue Ayudante de Clase), Rosa Niski de Rydel, Lola Blewjas de Nudelman, Omar Castro Bianchino, Eduardo Navarrete, Juan Antonio De Boni, Jorge Fernández Rey.”

* * *

ALGUNOS PRACTICANTES INTERNOS QUE LUEGO DESTACARON

Resulta imposible hacer una nómina de los Practicantes Internos que pasaron por el Servicio que dirigió Purriel a lo largo de veinte años. Solamente rescatamos algunos que personalmente conocimos, que llevaron en su trayectoria “la marca en el orillo” como decía el Profesor, y que se destacaron luego en diversas áreas:

Ernesto Ezequiel Bastarrica Ramírez (1938-2010) (Profesor Agregado de Neurocirugía, Director del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”).

Humberto Correa Rivero (1936) (Jefe de Medicina Intensiva del Hospital Italiano, Profesor de Medicina Intensiva, fundador y primer Decano de la Facultad de Medicina del CLAEH).

Miguel A. Cherro Aguerre (1933) (Primer Profesor de Clínica Psiquiátrica de la Infancia y Adolescencia).

Barrett Díaz Pose (1944-2007), fundador de la Revista Médica del Uruguay, Jefe de Ecocardiografía de PEDEVESA (Venezuela), Presidente del Sindicato Médico del Uruguay; Presidente de la Junta Directiva del CASMU.

Jaime Luksenburg Tub (1935) (Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Director del Servicio Médico Integral).

Juan Carlos Macedo Orcasberro (1943-2002), fundador de la Revista Médica del Uruguay, fundador del Grupo Migue, coautor del primer libro sobre Medicina Familiar en Uruguay, poeta, Presidente del Sindicato Médico del Uruguay.

Carlos E. Romero Larrechea (1939) (Profesor de Cardiología).

Mendel Wolyvovics (1939) Cardiólogo. Integrante del primer plantel de médicos intensivistas que inauguraron el CTI del Hospital de Clínicas en 1971. Médico del Hospital Tel Hashomer, Director del Servicio de Cardiología, de Tel Aviv, Israel.

Sería muy larga la nomina de *los alumnos* que culminaron como profesores, investigadores, o directores de servicios en el país o el exterior.

COLABORADORES DE PURRIEL

Hemos intentado reconstruir una *nómina aproximada* de los colaboradores de Pablo Purriel en su trayectoria al frente de la Clínica Semiológica y Médica “D”, arribando a la reunión de estos nombres:

ACEVEDO, Sélka	GONZÁLEZ-PUIG, Raúl
ACOSTA FERREIRA, Walter	GRILLE-GONZÁLEZ, Alberto
AGUIRRE, César Víctor	IBARRA-RUIZ, José Pedro *
ÁLVAREZ-MARTÍNEZ, José *	KACEVAS, David
ARCOS-PÉREZ, Mario *	KORITNICKY, Luis
ARTECONA, Héctor Mario	LANNE, María Eloísa
AVELLANAL MIGLIARO, Carlos A.	LIBERMAN, Isaac
BACCHINI, Ofelia	MEDOC, Juan
BENTANCUR, Ariel	MENDOZA, Daoiz
BEOVIDE, Héctor	MENDOZA, Gloria
BLEWJAS, Lola	MORELLI MACKINNON, Alberto C.*
BOUTON, Jorge *	MURAS, Olga
BRASELLI, Adelina *	NAVARRETE, Eduardo
CANOSO, Juan J. *	NISKI de RYDEL, Rosa *
CAPUTI, Tabaré	PECANTET PFAFFLY, Juan Carlos
CARLOTTA, Dora	PERONI, Roberto
CASTRO BIANCHINO, Omar	PIAGGIO, Asteo
CAZES, Milton Quinto	PIÑEYRO, José A. *
CIRILLO, José Pedro	POMMERENCK, Carlos
D'OTTONE, Walter	PRADINES-BRAZIL, N.
DE BONI, Juan Antonio	PROTO, Abel
DECEDO, Hilda	PURCALLAS-SERRA, Joaquín
DI LORENZO, Jorge	RAVERA, Juan Jorge
ELENA, Ricardo *	RIPA BARBIERI, Julio C.
ENCISO, Ricardo	RISSE, Rogelio
EPIFANIO, Cleopatra	SÁNCHEZ-CESTAU, Ruth
ESPASANDÍN V, Joaquín	SPAGNA-BERRO, Adriana
ETORENA-ONETTI, Omar	TEMESIO, Perla
FABIUS, Adolfo	TOCCO, Jorge
FADOL CESIN, Anuar	TOMALINO, Dante *
FERNÁNDEZ-REY, Jorge	TORRES-CALVETE, Jorge *
FISCHER, Tabaré Mario	URRESTARAZÚ, Jorge
FOGEL de KORC, Eva *	WAINRACH, Salo
FOSSEMALE, José	WAIL, Marcos
FULQUET, Eugenio	YANNICELLI, Eduardo
GIANNI, Julieta	YARZÁBAL, Luis
GÓMEZ-GOTUZZO, Juan D.	

*Los así señalados alcanzaron la titularidad de un Grado 5 en diversas disciplinas:

Clínica Médica: BOUTON, ELENA (La Habana, Cuba y Uruguay), NISKI de RYDEL, TOMALINO, TORRES-CALVETE.

Gastroenterología: ARCOS-PÉREZ.

Geriatría y Gerontología: MORELLI MACKINNON y ÁLVAREZ-MARTÍNEZ.

Enfermedades Infectocontagiosas: FISCHER, BRASELLI.

Reumatología: CANOSO (Boston, EUA).

Neumología: IBARRA-RUIZ, PIÑEYRO.

Toxicología: FOGEL DE KORC.

(Véase **Anexo 5**).



Reunión de Fin de Año 1953 del Grupo de Semiología. Sentados, izq a der: Ricardo Elena, Olga Muras, Walter Guzmán, Hugo Trinidad. Parados, izq a der: Carlos Fielitz, David Roitman, Milton Rizzi Castro, Gabriel Curi, Ramón J. Núñez y John Waysbrod. (Cortesía: Dr. Ricardo J. P. Elena).



Despedida del Curso de Semiología 1964, en "La Criolla Dr. Elías Regules", Montevideo. A la derecha: De lentes oscuros, Prof. Dr. Pablo Purriel. Prof. Dr. Jorge Bouton, de lentes oscuros detrás de la niña. A la izquierda: Delante del mozo, Andrés Elena (abajo), Ricardo Elena (sentado, delante del mozo), Judith Parnás (de pie a izquierda). En ese momento Ricardo Elena era Grado 2 de la Clínica Semiológica. (Cortesía: Dr. Ricardo J. P. Elena).

CAPÍTULO 19

TESTIMONIO JORGE BOUTON MARTÍNEZ

En esta serie de testimonios, naturalmente acotados por el espacio, debe incluirse este de Jorge Bouton Martínez, quien hizo gran parte de su carrera asistencial y docente junto a Purriel en la Clínica Semiológica, y que le sucedió en la Cátedra, siendo una personalidad de variados perfiles en la Medicina y la cultura uruguayas.

* * *

Nació en Montevideo el 28 de junio de 1914, ingresó a la Facultad de Medicina de esta ciudad en 1934, egresando el 26 de octubre de 1948.⁸²

Entre 1939 y 1940 fue Practicante Externo en la Clínica Médica del Prof. Pablo Scremini y en la Clínica Quirúrgica del Prof. Alfredo Navarro.

Practicante Interno por concurso de oposición entre 1944 y 1949, actuando



Jorge Bouton (c. 1957)

82 TURNES, Antonio L.: Jorge Bouton Martínez (1914-1994). En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/bouton.pdf>

en los Servicios de los Profesores Julio C. García Otero, Pablo Purriel y Carlos V. Stajano. Falleció en la misma ciudad el cinco de febrero de 1994.

Desarrolló una larga carrera docente, que inició como Adjunto de Clínica Semiológica, por concurso de méritos y pruebas entre 1949 y 1954, actuando en el Servicio del Prof. Pablo Purriel. Asistente de la misma Clínica entre 1954 y 1958. Jefe de Policlínica (1958-60) y Jefe de Sala (1960-63) en la misma Clínica. Profesor Adjunto de Patología Médica, con el Prof. Carlos M. Sanguinetti, entre 1961 y 1970, simultáneamente con el cargo de Profesor Adjunto de Clínica Semiológica en el Servicio del Prof. Purriel. Médico de Guardia y Jefe de Sala del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, desde la iniciación de este servicio en 1953, hasta 1970, en que al ser designado Profesor Titular de Clínica Semiológica, sucediendo al Prof. Pablo Purriel, presenta renuncia al mismo. En esta época edita un manual del tratamiento de las intoxicaciones, pionero en su género. Fue Profesor Director de Clínica Semiológica, desde 1970 hasta febrero de 1976, en que va al exilio. La Facultad de Medicina lo designa Profesor Emérito a su retorno al país, en diciembre de 1985.

En el exterior, actúa como Profesor en Oaxaca (México) [pronúnciase Oajaca], con el título de “Maestro de Medicina” en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” en 1977, siendo homenajeado con un título de Honor al Mérito de la Docencia. En el Distrito Federal de México, fue Editor de la Universidad Autónoma de México, para la Revista Científica de Geofísica, entre 1978 y 1985.

En el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) actuó como médico de urgencia por concurso de oposición durante 13 años, entre 1949 y 1962, ganando el concurso por tres veces consecutivas.

Fue Médico Internista del CASMU, el primero del País en la medicina colectivizada, desde 1957 a 1976.

En el orden gremial fue miembro de la Comisión Directiva de la Asociación de los Estudiantes de Medicina en tres períodos. Delegado del Orden Estudiantil a tres Asambleas del Claustro. Delegado de AEM a las Segunda y Tercera Convenciones Médicas Nacionales. Co-Redactor del Plan de

Estudios de la Carrera de Medicina, Plan 1945. Director de “El Estudiante Libre” en 1948. Redactor de “Acción Sindical” del Sindicato Médico del Uruguay durante varios períodos. Miembro del Comité Ejecutivo y su Secretario General en los años 1957 a 1959. En 1964 es elegido Miembro del Consejo Arbitral del SMU. Entre los años 1965 y 1969 integra la Asamblea del Claustro y participa en diversas Comisiones, por el Orden Docente. En 1969 actúa como Delegado del SMU al Congreso Nacional de la Cultura.



Pablo V. Carlevaro, Jorge Bouton y Hugo Villar (c.1971)

Su trabajo científico incluye actuación como Vice-Presidente de la Sociedad de Medicina de Montevideo (1961), miembro correspondiente extranjero de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. En 1967 fue Vice-Presidente del IV Congreso Nacional de Medicina Interna (del que era Presidente Pablo Purriel). En 1969 es electo Vice-presidente de la Sociedad de Urología y Nefrología del Uruguay, recién fundada, presidiéndola luego, como distinción a uno de los iniciadores de la Nefrología como disciplina.

Entre sus publicaciones destacan su Tesis sobre la Enfermedad Renal en el Lupus Eritematoso Sistémico (1961), 18 trabajos publicados y 6 no publicados que fueron presentados en reuniones científicas. Autor de un libro colectivo sobre “Lupus Eritematoso Diseminado” que obtuvo el Premio Lestido en el año 1959, conferido por la Facultad de Medicina.

La Universidad Autónoma de Puebla (México) publicó en 1986 su libro “El síntoma y el signo”, una metodología para el razonamiento clínico.

Fuera de la Medicina destacó en diversas actividades: como periodista político y cultural, incluso como locutor informativista de Radio Carve, entre los años 1941 y 1942.

Estudioso de la Filosofía, durante toda su vida, publicó en México (Puebla) durante el Tercer Coloquio Nacional de Filosofía (diciembre de 1979) un extenso y documentado trabajo sobre “El pensamiento te-

leológico y el materialismo científico en Biología”, en 1984.

Entre otras múltiples tareas que realizó en el Sindicato Médico, fue Miembro Responsable de la Comisión de Asuntos de la Facultad de Medicina, que asesoraba a su Comité Ejecutivo sobre temas vinculados a la docencia y la selección de los cargos para llevarla a cabo. En ese tiempo, en julio de 1956, realizó un pormenorizado análisis titulado “Algunos Problemas a plantear sobre la Adscripción”, para hacer un examen crítico de una metodología de formación de los docentes, que puede leerse íntegramente en la semblanza que se encuentra en internet.



Múltiples intervenciones podrían recogerse de las actas del Comité Ejecutivo y la Asamblea del Sindicato Médico del Uruguay, a lo largo de varias décadas, para subrayar el estilo y contenido de las exposiciones de Bouton, la claridad de sus análisis y también la coherencia con su filosofía política, no siempre en sintonía con sus colegas más próximos ideológicamente hablando. Para esta selección hemos tomado una pieza redactada por el autor para una circunstancia especial. El 27 de junio de 1973 Uruguay había ingresado en la dictadura cívico – militar, con la disolución del Parlamento. Pocos meses más tarde, el 11 de setiembre del mismo año, el gobierno de Chile era derrocado por un golpe militar, registrándose la muerte violenta del presidente constitucional de ese país, el médico Salvador Allende Gossens, antiguo amigo del Sindicato Médico del Uruguay. Discurso que puede leerse en la semblanza que se ubica en internet.

En una entrevista periodística realizada en 1989, cuando ya padecía diversos problemas de salud, entre ellos una persistente sordera, pasó revista a algunos capítulos de su vida. Preguntado cómo surge su vocación por la Medicina, responde:⁸³

83 SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta, Tomo I, Edición SMU-Ediciones Banda Oriental, 1995, p.25-36.

“En realidad la vocación por Medicina surge cuando ya estoy por la mitad de la carrera. Tan es así, que la idea que yo tenía al entrar a la Facultad era de ser cirujano y fue recién en el 4º año de la carrera, cuando fui Practicante Interno del Prof. Julio García Otero quien me deslumbró y me alejó de mi toda la idea de ser un cirujano para lo cual, por otra parte, no tenía capacidad ninguna. Con Anatomía, por ejemplo, me deslumbró y me despertó lo que podríamos llamar una concepción intelectual de la Medicina y de la enseñanza de la Medicina. Entonces, a esa altura, en la mitad de la carrera, me nació la vocación no sólo profesional sino docente.

Yo quería hacer algo parecido a lo que hacía aquel hombre. Antes no tenía ninguna vocación... más bien sí, tenía vocación intelectual, tenía idea de ser un universitario profesional en literatura, en filosofía; pero me desengañé cuando se me abrió toda una visión nueva, diría parafraseando a Foucault, fue para mí el nacimiento de la Clínica con el Prof. García Otero.”

Hablando de sus otras actividades, comentó:

“En primer lugar, la actividad periodística que fue bastante prolongada, interrumpió por 2 años mi carrera universitaria. Dejé la Facultad por dos años para dedicarme al periodismo; pero nunca me sentí periodista ni era mi vocación y tuve que pelear, no poco, políticamente, para que se me permitiera volver a Medicina y ganar el concurso de Internos, que era mi objetivo. En cuanto a mis estudios de filosofía, esa inclinación siempre me acompañó y siempre me encantó. Siempre viví leyendo y estudiando medicina pero también arte y filosofía”. [Se refería aquí a su condición de periodista del diario del Partido Comunista uruguayo “Justicia”, en el que hizo múltiples tareas, entre ellas la de crítico cinematográfico bajo el seudónimo de Paul Bottom].

Refiriéndose a su comienzo en la actividad profesional, manifestó en el mismo reportaje:

“Egresé en 1948. Debo agregar que para mí lo más importante del largo tiempo transcurrido entre el ingreso y el egreso, fue mi ejercicio durante 5 años seguidos en el Internado, en diversas Clínicas, pero sobre todo en el Hospital Maciel. Eso me enseñó muchísimo y al iniciar mi actividad profesional, me di cuenta de una segunda cosa; yo salí de la Facultad, como salíamos muchos – y creo que siguen saliendo – con la idea de que tenía todo resuelto en Medicina;

los diagnósticos estaban elaborados, la mente funcionaba, pero a diferencia de mi experiencia en el Internado, que era colectiva, acá era yo solo que salía para ejercer la profesión. Y empecé a trabajar en un barrio obrero, en “La Figurita”. La primera enseñanza que tuve, reflexionando antes de empezar, fue el darme cuenta de que yo no tenía la Medicina en la mano, sino que tenía que aprender mucho. Porque al Hospital nos llegaban las enfermedades comunes y corrientes pero en ese barrio de trabajadores tenía que hacerme una clínica propia aunque fuera con recursos limitados y sobre todo agudizar el ojo clínico y la mano clínica. Lo tuve que aprender andando y lo aprendí.

De manera que mi actividad profesional se inició simultáneamente apenas recibido en dos esferas: la actividad en el barrio obrero de “La Figurita” y en el Centro de Asistencia del SMU, donde gané el primer concurso de Urgencia que se hizo. Me quedé 13 años en la Urgencia del CASMU – es decir, tres concursos seguidos -. El CASMU fue otra escuela, que después desarrollaremos”.

Cuando se refirió a su formación ideológica y su actividad gremial, manifestó:

“Mi actividad gremial se debió a mi formación ideológica. Yo era un marxista instruido, cuando ingresé al CASMU. Y no digo un marxista leninista porque nunca me consideré un leninista en el sentido de que no lo estudié como estudié a Carlos Marx y a Engels y a Hegel. Sin embargo, yo ya era militante de la Juventud Comunista y se explica mi gremialismo dentro del cual fui en cierto modo un líder... Fui Secretario General del SMU cuando era Presidente mi querido amigo Rodolfo Tiscornia. Él condicionó – me gusta decirlo – su candidatura a la presidencia a que yo fuera el Secretario General. El primer amigo de aquella época, Alberto Grille, al que adoré toda la vida como a un hermano –está muerto-, Walter Fernández Oria, otro gran amigo, muerto muy joven; también Godofredo Fernádes, médico, Hugo C. Sacchi, que era militante político también como yo y gremialista y que hoy, siendo mayor que yo y pese a sus invalideces, mantiene su actividad. Yo lo admiro y lo quiero mucho. Otro amigo que perdí de aquellos tiempos fue el Dr. Juan de Dios Gómez Goltuzzo – quien acaba de morir en un accidente junto con su esposa -. Él ejerció toda su carrera profesional en Artigas; fue una eminencia y merecería una gran memoria...”

Acerca de su condición de primer médico internista que tuvo el país, dijo en esa entrevista:

“Mi actuación como médico internista fue una verdadera vocación, que me llevó a solicitar la creación de los cargos de internista, considerándolo como una urgencia técnica muy desarrollada. Curiosamente un día el mismo inolvidable y talentoso profesor de Clínica Quirúrgica, Juan Carlos del Campo, en el ascensor del Hospital de Clínicas me dijo: “Lo felicito; ¿así que Ud. se va a dedicar a la Medicina Quirúrgica?” y le dije: “No, yo me voy a dedicar a la Medicina Interna, en profundidad”. Fui colaborador del Prof. Stajano, y del Prof. del Campo y creo que lo hice bien. No había médicos internistas y ejercí muchísimo hasta que me retiré. Rápidamente me acompañaron el Dr. Walter García Fontes, el Dr. Carlos Gómez Haedo, José Pedro Cirillo – se crearon esos cuatro cargos – y después vinieron otros. Pero tengo la impresión de que actualmente ha perdido nivel el médico internista, a causa del cambio brutal que sufrió la Facultad de Medicina bajo la dictadura, por la pérdida de grandes profesores – fue un verdadero derrumbe -. De manera que el Internista, aquel que investiga profundamente en el enfermo – lo mira, lo palpa, lo huele y creo que hasta le toma el gusto -, este tipo de médico que es el internista es difícil de encontrar. La mayoría se limita a conversar con el enfermo y en general no se hace un diagnóstico primario. ¡Claro que quedan internistas muy buenos, pero ha habido una declinación como la ha habido en toda la Facultad de Medicina, en toda la Universidad, en toda la Enseñanza Primaria y Secundaria bajo esto que se llama “democracia”!

De su actividad docente, y su larga permanencia en la Clínica Semiológica, expresó:

“Fundamental. Desde que estuve en la Clínica de García Otero como Interno, durante un año, ya salí con la convicción de que iba a ser docente.

Luego pasé a la Clínica del Prof. Purriel. Estuve más de 20 años con él y creo haber sido su colaborador más próximo. No puedo decir que Purriel fue mi maestro – mi maestro fue García Otero -, pero con Purriel fui Adjunto en la Cátedra de Clínica Semiológica – le guardo una veneración, un cariño, un recuerdo... porque me ayudó mucho y me alentó mucho -.

Luego fui Asistente – siempre por concurso -, más tarde Jefe de Policlínica y Jefe de Sala, luego docente y finalmente Profesor Agregado. El concurso para Profesor Agregado es el recuerdo más brillante de mi vida; concursamos tres

aspirantes para tres puestos y empatamos en el primer puesto con otro compañero, el Dr. Carlos Oehninger. Entonces empezando por mi profesor y siguiendo por García Otero todos me dijeron que yo había ganado el concurso. Pero no importa; eso pasó. Entonces me quedé en la Clínica Semiológica hasta el retiro de Purriel y después fui interino hasta que el Consejo de la Facultad me nombró por unanimidad Profesor

Titular. Estuve en ese cargo reelecto a los cinco años, hasta que tuve que escapar del país en 1976. Creo haber sido un buen docente. La Clínica Semiológica recibía a todos los alumnos que hubieran pasado por 3er. año; de manera que llegamos a tener 500 estudiantes, lo cual hizo necesario – porque los anfiteatros no daban cabida – dividirlos en dos grupos. Y ahora que puedo meditar y revisar y criticar el pasado, creo que la enseñanza de anfiteatro no es la base de la enseñanza. De ninguna manera. La herramienta del verdadero aprendizaje es el Adjunto y el Asistente junto al estudiante y junto al enfermo. Ahí es donde se aprende la Medicina y no en las clases llamadas magistrales. Nunca di una clase magistral. Traté de hacer lo que hacía García Otero –aunque no llegué a su nivel-. Entonces en cada uno de esos dos grupos de 250 alumnos, de uno me ocupaba yo y del otro la Dra. Olga Muras – a quien le tengo una fraternal admiración -; llevábamos a todas las clases un paciente diferente sin conocer previamente lo que tenía.”

Sobre el exilio vivido en México y sus detalles, expresó:

“Cuando yo me tuve que ir forzosamente a México, nunca pensé que eso duraría más de 5 ó 6 meses... a lo sumo un año. Nunca imaginé que me iba por años. Y las veces que intenté acercarme a la Clínica, en un enorme Hospital de múltiples pabellones, me ofrecían un cargo, pero con la particularidad de ser Asistente-Docente, es decir que tenía que hacer la asistencia y la docencia simultáneamente –que son muchas horas en la mañana – y era muy pobremente remunerado. De manera que eso me alejó de la Medicina. Pero no del todo. El Director del Instituto de Geofísica – que se hizo gran amigo mío – me llevó para trabajar como editor de una revista de Geofísica – cargo que desempeñé hasta que me vine para acá -. Ese cargo era bien rentado. Y además de eso me nombraron en “ANUIES”, institución para coordinar la enseñanza en las distintas facultades de la Universidad Autónoma de México, Asesor Médico. Entonces pude visitar así algunas Facultades de Medicina durante algunos días y pude constatar que la enseñanza estaba muy por debajo de la que se impartía acá. Tan por debajo, que era corriente ver en México carteles luminosos en las

casas de los médicos con inscripciones, que en algunos casos incluían en un mismo profesional títulos de cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría y isecretas!; ¿sabe lo que son secretas?...son las vulgares enfermedades venéreas! – todavía no se conocía el SIDA - ¡Pero fíjese que son las vulgares enfermedades venéreas, que se llamaban “secretas” cuando mi padre era niño! Pero ya ve, ese era el tipo de médico que se generaba – egresado de la Universidad Autónoma -.

Tuve oportunidad de que me llamaran de la Universidad de Oaxaca, a 500 km. al sur de la capital, para ofrecerme el cargo de Profesor de Medicina Interna. Lo cierto es que el Director me convenció y acepté. Y volvía a la enseñanza clínica con los estudiantes – estuve 6 meses-. Yo era feliz; ¡pero esa gente de 4º año no sabía nada! Había que empezar desde mucho más abajo que el que correspondía a esa etapa aquí. Y yo creo que nunca enseñé más medicina que en ese corto período en Oaxaca, porque me ví obligado a empezar desde lo más elemental, de la anatomía hasta llegar a la clínica, porque el nivel era muy bajo y los estudiantes estaban muy mal preparados. El resultado fue que a los seis meses tuve que irme porque el Estado de Oaxaca me hizo salir... el Ministro del Interior. Vino un jerarca y me dijo: “No se ofenda Doctor, ¿pero quiere que yo le diga lo que Ud. hace en un día de trabajo?”; y sacó una carpeta, la abrió y me dijo: “Ud. a las 9.00 llega al Hospital, después da clase clínica hasta las 13.00 hs.; después va a su casa y allí debe dormir una siesta porque a las 16.00 hs. está otra vez en la Facultad dando clase teórica”. Y era verdad. Todos los días en general yo cumplía esa rutina de trabajo. Entonces me dijo este hombre: “No se ofenda; no es por su labor. Pero en Oaxaca va a haber sangre y no queremos compromiso con su persona – el Gobierno tiene especial interés en su persona- “. A mí me dejó con la boca abierta. Me tuve que ir y tuve una especie de despedida que la guardo en mi memoria – porque era un anfiteatro lleno de gente -. Y la etapa más feliz en México fue esa cuando pude enseñar Medicina. El resto lo pasé en los cargos burocráticos que le conté, que me permitían vivir bien económicamente - ¡hasta llegué a comprarle un auto a mi hija! -, pero siempre soñaba por las noches en cómo estaría mi Montevideo..., mi “patria chica”, la Provincia – como yo le llamo-. Y cuando volví y ví lo que era la Facultad de Medicina, la decepción fue tremenda. No vale la pena seguir...”

Luego de señalar que nació en Pocitos, en 1914, informa:

“Mi padre era un burócrata secretario de la Asistencia Pública Nacional – no existía todavía la Salud Pública-. Mi madre... ¡era maravillosa!”; era maestra; directora del Asilo Maternal Número 3, en la calle Piedras, que tenía

dos sectores: el de las asiladas y el de la escuela. Mi madre era Directora de los dos Servicios. Me llevaba a menudo allí, en brazos. De manera que en cierto modo me crié en el Asilo. Ella se jubiló temprano con la ley de maestras-madres y gracias a ello la jubilación de mi madre era mayor que el sueldo de mi padre. ¡Qué recuerdos tengo de mi madre!

Murió con 83 años. Mi padre, en cambio, murió muy joven, cuando yo entraba al liceo – era de origen vasco francés –.”

De sus maestros, luego de informar que ingresó al Jardín de Infantes “Enriqueta Compte y Riqué”, luego a la Escuela de Varones que estaba en la calle General Luna, la Escuela del Prado en Camino Castro, luego transformada en cuartel, más tarde la escuela “Artigas” en la calle Canelones, hasta su ingreso al Liceo: primero al “Miranda” en la calle Sierra, hoy Fernández Crespo; luego al Nro. 3 “Dámaso Antonio Larrañaga” cuando estaba en su vieja sede de la calle Paysandú, y más tarde al Instituto “Alfredo Vásquez Acevedo”. Pero de sus maestros en la Medicina, además de Julio C. García Otero, a quien se refirió reiteradas veces, señaló otros:

“Julio García Otero, ya mayor, en la Clínica, ígran clínico!; Juan César Mussio Fournier... ígrande!; bon vivant - íese era sabio!, ímás que clínico era sabio!; viajaba permanentemente y era muy amigo de Purriel... Me acuerdo de un diálogo de Mussio con los estudiantes; él venía una vez por semana, los jueves a las 11.00; partía el cigarrillo al medio; fumaba medio cigarrillo al principio y el otro medio al final. Y les preguntó a los estudiantes cuál es la herramienta principal del médico. Entonces sorprendió a todo el mundo – 150 muchachos en el anfiteatro del Clínicas -. Uno dijo el estetoscopio; otro dijo el reloj... y el viejo, a todo contestó que no; hasta que dijo: “la primera herramienta del médico es la silla. El médico debe estar sentado junto al paciente y conversar con esa persona; con la persona”. Fue una lección de ética y de moral médica que me deslumbró y de la que nunca me olvidé... ¡La silla!

Otro maestro... Juan Carlos del Campo. Brillante. Inteligente. íGran cirujano!, y culto –cosa bastante rara en Cirugía. Él fue el que descubrió la enfermedad que tengo y que me acompaña desde hace 40 años – que es muy rara y además es individual. Es una forma de alergia que en cada caso es diferente e individual. Después yo he leído mucho acerca de ella. Y también Purriel, docente brillante, que me enseñó muchas cosas, entre ellas, el cumplimiento. Horarios, tiempos... era el primero en llegar y el último en irse de la Clínica del Hospital de Clínicas”.

Su amigo, compañero de guardia en el Hospital de Clínicas, y médico personal, el Prof. Raúl C. Praderi González, le propuso en el Consejo de la Facultad de Medicina el 18 de diciembre de 1985, para ser designado Profesor Emérito de la misma, con el siguiente fundamento: *“Su personalidad de Maestro de nuestra Medicina es bien conocida entre nosotros. Estudiante brillante, distinguido interno de las Clínicas de los Profesores García Otero y Migliaro; también estuvo presente en todas las gestas estudiantiles; fue Director de “El Estudiante Libre” y Secretario General del Sindicato Médico. Supo combinar en sus años de estudiante y de interno la actividad gremial con el estudio y el trabajo clínico.*

Concursante temible obtuvo fácilmente todos los cargos del escalafón clínico de la Facultad realizando al mismo tiempo su carrera en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico donde ganaba también en los concursos, las pruebas clínicas de cirugía. Desarrolló su carrera en la Clínica Semiológica del Profesor Pablo Purriel del cual fue el lógico sucesor, accediendo a la Cátedra en 1971, que desempeñó con brillantez y eficiencia. Paralelamente a la docencia en la Facultad de Medicina, Bouton dictaba en realidad una segunda Cátedra en la tarde y en la noche en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico donde su figura legendaria fue la tutela científica y humana de médicos y enfermeros. Los que fuimos allí sus discípulos o colaboradores podemos contar mil anécdotas de diagnósticos, tratamientos y curaciones casi milagrosas en aquella medicina clínica de hace 14 años en la cual todavía los nuevos métodos de imagenología no existían y había que manejarse con buena semiología, paciente observación, constancia y buen sentido clínico, virtudes que hoy desaparecen rápidamente. Pero para completar la figura de Bouton, es necesario destacar su cultura humanística, su refinada sensibilidad que se desarrolló en todas las manifestaciones del espíritu: Filosofía, Política, Historia, Artes Plásticas, Literatura, etc. Su prosa galana, su oratoria convincente, sumadas a su avasallante personalidad científica y docente, ocuparán para siempre un lugar en la historia de los grandes hombres de nuestra Medicina y nuestro país. Lamentablemente Bouton fue destituido por la intervención de la Universidad en 1976 y debió marchar al exilio en México donde nunca se pudo adaptar pues el recuerdo imborrable de su Uruguay, no se lo permitía. Hoy se encuentra de nuevo entre nosotros, sus amigos y compañeros en su ámbito normal, la Facultad de Medicina, que le otorga este título.”

CAPÍTULO 20

TESTIMONIO PURRIEL POR DANTE TOMALINO⁸⁴

Dante Tomalino (1916-2001) fue Profesor de Clínica Semiológica sucediendo a Jorge Bouton. Se había formado en el Servicio del Prof. Pablo Purriel, donde hizo larga carrera docente y colaboró con él en el Instituto del Tórax y en la revista *El Tórax*, de la que fue director a la muerte del Maestro. Desde 1982 se integró como Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Fue designado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina e integrante como Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina. A la muerte de Purriel escribió el Editorial de la mencionada revista, que se transcribe:



Un breve lapso ha transcurrido desde el 25 de octubre hasta la fecha. Acallado el impacto emocional, con espíritu sereno y la mente

⁸⁴ Editorial de EL TÓRAX, Vol. XXIV, setiembre-diciembre de 1975, Nos. 3 y 4, pp. 129-133.

fría, hoy podemos delinear con total claridad la imagen de Purriel. Más allá del recuerdo vivo e imborrable de un ser que estuvo poseído por un fuego interior inextinguible, una fuente de la que brotaban permanentemente ideas, planes, propósitos, la mayoría concretados en realizaciones fecundas; despojados de la óptica personal que nos hiciera apreciar su vida con criterio parcial, allí está su obra, lo permanente, para ser juzgada a través de los tiempos.

Un proverbio evangélico enseña que el árbol se conoce por sus frutos. Así también el hombre se mide por sus obras. Veamos lo que ha significado Purriel para la medicina nacional y para el país.

Como profesor de la Facultad de Medicina, ejerció un alto magisterio honrando nuestra casa de estudios. Hizo de la enseñanza una mística. Generaciones de médicos recordarán los esfuerzos, los desvelos, la obstinación por hacer comprender el síntoma y el signo forjador del cimiento semiológico que procuraba modelar en cada alumno. En ello volcó geometría y pasión, divisa de toda su vida.

Sus ideas transformaron la enseñanza de la medicina en nuestro medio, y esas mismas ideas expresadas hace más de dos décadas coinciden con las conclusiones emitidas en el reciente Simposium sobre Tecnología Educativa en Salud propiciado por la Organización Mundial de la Salud.

En la asistencia del enfermo se caracterizó por un profundo sentido humano, un gran respeto por la dignidad del hombre, despojado de todo interés espurio, considerando por igual a todos los individuos. Buscó compenetrarse con el problema social del paciente ofreciendo siempre su solidaridad hacia los seres más desgraciados y menos pudientes. Fruto de este sentimiento que no lo abandonó nunca y que lo llevó al Ministerio de Salud Pública fue su proyecto de Seguro Nacional de Salud, - el sueño de su vida -, por el cual procuraba ofrecer la misma asistencia al desheredado que al poderoso.

En el terreno de la investigación desarrolló una labor memorable que no tiene parangón en nuestro medio.

En la Clínica Médica, gracias a su esfuerzo, gran número de enfermedades consideradas excepcionales hasta entonces, llegaron a ser perfectamente conocidas. Las afecciones del tejido conjuntivo, la sarcoidosis, el Tromboembolismo pulmonar, las micosis, para citar

algunas, que pasaban desapercibidas ante nuestros ojos, con Purriel aprendimos a conocerlas y profundizar su estudio. En los temas que abordaba constituía equipos de investigación con clínicos, patólogos, bioquímicos, estadígrafos, obtenía recursos por todos los medios que su imaginación le ofrecía a fin de llevarlos a cabo, y paralelamente hacía investigación aplicada adiestrando personal en técnicas modernas, posibilitando infinidad de becas en el extranjero; así montó laboratorios, logró importantes equipos y materiales, todo en mérito a su esfuerzo y al ansia permanente de adelantar en el conocimiento y estar al día con la medicina.

Ante el avance progresivo de la patología pulmonar no tuberculosa, acorde con las corrientes mundiales del momento, bregó en nuestro medio por la transformación de la Tisiología en Neumología, enriquecida con el aporte de nuevas técnicas de exploración de la función pulmonar y de la hemodinamia de la pequeña circulación.

Impuso el concepto del diagnóstico precoz de las enfermedades torácicas, dotando para ese fin al Instituto de Enfermedades del Tórax de la Colonia Saint Bois de modernos aparatos, el último de ellos el broncofibroscopio.

Sus estudios sobre los efectos de la Isoniacida en la tuberculosis, analizados con sus colaboradores a través de la clínica y en piezas de resección, significaron un aporte original a la literatura mundial de ese sorprendente fenómeno de la curación abierta de las cavernas que denominó “casectomía química”.

Los trabajos sobre Circulación en enfermedades pulmonares, hepáticas y renales realizadas en moldes de látex, mantienen hoy total vigencia.

Los resultados de estas investigaciones fueron dados a conocer en Congresos nacionales y extranjeros, en Jornadas, Simposium, a donde concurría periódicamente con sus colaboradores, destacándose sus trabajos por la presentación impecable, la originalidad de los aportes, la seriedad de sus conclusiones y el brillo singular que le confería su personalidad. Fruto de todo ello fueron también los premios otorgados por la Facultad de Medicina. Meningitis tuberculosa (Premio Ellaury), Brucelosis (Premio Soca), Cáncer de pulmón (Premio Calzada), Lupus eritematoso sistémico (Premio Lestido), Nefropatía familiar hereditaria, Síndrome de Alport (Premio Calzada).

En el plano nacional, tuvo permanente preocupación por aquellas enfermedades que afectan a grandes masas y a sectores determinados de la población.

Desde el Banco de Seguros inició los estudios sobre Brucelosis, enfermedad extraña en aquel momento; no lo hizo desde un escritorio sino en las propias playas de matanza de los frigoríficos para conocer su ecología. Actualizó el conocimiento de ésta y otras enfermedades profesionales, culminando con una legislación de protección para el obrero.

Luchó frontalmente contra la Tuberculosis; integró aquella gran Cruzada Nacional que culminara con la creación de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa.

Por su iniciativa se llevaron a cabo a través de los Dispensarios Móviles en todo el país, investigaciones paralelas a la tuberculosis sobre otras enfermedades como Histoplasmosis, Sarcoidosis, Neoplasma de pulmón (Dispensario de Caja de Jubilaciones), etc.

Desde el comienzo de su carrera la Hidatidosis como enfermedad humana y animal constituyó motivo de una permanente preocupación. Su tesis de agregación versó sobre ese tema. Y culminó hace 10 años con la creación de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, obra de su más puro cuño, en la que ejercía rectoría integral conduciéndola con total dedicación. La tarea realizada en esa institución adquiere proporciones gigantescas que desbordan la capacidad humana normal y su proyección en el plano nacional es asombrosa. Creación de una conciencia nacional frente al problema, constitución de infinidad de frentes de lucha integrados por juventud agraria, ruralistas, rotarios, militares, policías, autoridades municipales; movilización de todo el magisterio nacional; creación del Laboratorio de Inmunología parasitaria para estudios biológicos de diagnóstico e investigación; del Centro de control de perros en Colón; experiencia en la “península” de Río Negro para verificar la repercusión de la enfermedad sobre el ganado; Plan Piloto del departamento de Flores, primera experiencia en profundidad cuyos resultados constituyen una expectativa en el mundo científico; control de la hidatidosis humana en todo el país, son capítulos de esta gran obra cuya importancia trasciende nuestras fronteras. Ella está en marcha, el tiempo dirá si los que lo suceden tienen la fuerza y el saber para culminarla.

Por su labor científica Purriel era ampliamente conocido en América y Europa. Fue distinguido por numerosas Sociedades y Academias. Instituciones internacionales lo contaban entre sus miembros, siendo desde hace varios años Experto en Sarcoidosis, y más recientemente Asesor del Consejo para la Investigación Científica de la Organización Mundial de la Salud y Consultor sobre Cáncer de origen profesional de la Organización Internacional del Trabajo.

Una de sus creaciones, tal vez la más querida, fue El Tórax. Este surgió a la vida con el propósito de mejorar la Revista de Tuberculosis del Uruguay. Sus 23 años de existencia están signados por los desvelos para mantener la publicación frente a obstáculos de toda índole, principalmente económicos. Sus páginas siempre estuvieron abiertas “a todos aquellos que quisieron exponer un hecho grande o pequeño, o expresar una idea que represente un esfuerzo en la búsqueda de la verdad”. Allí figuran los principales trabajos científicos de nuestro medio en la especialidad en las dos últimas décadas. Por su prestigio internacional Purriel lograba continuamente colaboraciones de científicos de diferentes continentes y en la colección de El Tórax se pueden encontrar números totalmente escritos por ellos dedicados al intercambio intelectual con escuelas de renombre mundial: inglesa, francesa, italiana, etc. Su idea largamente acariciada de unir esfuerzos con la prestigiosa escuela neumológica argentina y erigir El Tórax como revista rioplatense, no plasmó por dificultades diversas, pero los aportes de aquella son constantes y las páginas están siempre abiertas a disposición de los colegas hermanos.

La preocupación por ampliar el horizonte en el conocimiento de la Neumología y darle un enfoque más moderno, lo llevó a integrarnos con la Sociedad de Cardiología, procurando así ser mejor conocidos en el mundo pero también “para conocernos mejor nosotros mismos”. Con el mismo entusiasmo que él tuvo desde el comienzo e igual optimismo sobre el futuro de El Tórax, procuraremos que la revista sobreviva a su ausencia. Sin duda es el mejor homenaje que se puede tributar a quien fuera su creador.

Así fue Purriel, trabajador y estudioso incansable, que no conoció pausas en su labor, siempre dinámico y pasional. Maestro excepcional, docente brillante, claro y conceptual, cuya palabra fácil y precisa causaba admiración y cautivaba al auditorio. Auténtico líder, arrastraba a

sus colaboradores a influjos de su fuerte personalidad y del ejemplo de su propia vida. Formó Escuela y creó una disciplina del trabajo. En todos sus actos mantuvo el mismo estilo y análogo impulso vital. Su gran talento y su desbordante imaginación le permitían ver más allá que los demás. Para lograr sus objetivos no existían obstáculos. En su acción avasallante empujaba a todos infundiéndoles su entusiasmo. Jamás se detuvo, no conoció la fatiga ni los padecimientos físicos, nunca faltó a sus deberes docentes o asistenciales, ni siquiera se tomó vacaciones. En su clínica era el primero en llegar y el último en retirarse, siempre había tiempo para los enfermos, predicaba con el ejemplo. Hasta el último día mantuvo el mismo afán por enseñar, por transmitir algo, por aprender, por crear, por desarrollar en los de más el impulso de investigar que a él lo dominaba.

Por su temperamento exigente quería que los demás trabajaran a la par, pero era imposible seguirlo en esa carrera vertiginosa, en ese ritmo impresionante; por eso fue discutido y algunos se alejaron de él. Los propios detractores no dejaban de reconocer sus excepcionales virtudes.

Las palabras de Silva Vila sintetizan esta semblanza. “Su estatura moral fue inmensa, por eso proyectó tanta sombra en donde se refugia la incomprensión y los celos de los seres cegados por el resplandor de su virtud mayor: la de haber sido un Hombre, como lo concibe el “Si...” de Kipling.

Sin dolor, sin enfermedad espectral, entero, en la vertical suprema de su figura y su personalidad avasallante, Purriel cayó hacia adelante, no dio un paso atrás ni cuando vio venir la muerte, porque no la temía, seguro de vencerla en ese campo inmaterial de la gloria pura, sólo reservado a los inolvidables.”

CAPÍTULO 21

PURRIEL FUERA DE LA CLÍNICA

Gracias a la cooperación de nuestro estimado colega y amigo Dr. Augusto Soiza Larrosa, tenemos ocasión de apreciar algunos documentos gráficos y vivencias de una reunión de camaradería realizada por Purriel, Bouton y Sánchez Cestau, con los alumnos de ésta en un par de ocasiones. Estas piezas muestran que no todo era solemnidad en la relación con los alumnos y que también disfrutaba Purriel de estos amables encuentros con los jóvenes.

Resulta curioso encontrar imágenes de dos encuentros realizados por el mismo grupo de la Clínica Semiológica del año 1962 con la Instructora de Semiología, el Profesor Grado 5 y el Profesor Agregado (Grado 4) en actividades campestres, desplegando un singular toque de humor, empuñando dos de ellos la guitarra, lo que puede tener diversas interpretaciones, a la vez que destreza campera, al menos de Purriel, para salir de traje de calle montando un caballo bayo al galope.

Fotografías del archivo de Augusto Soiza Larrosa



Nº 1: registrada en la quinta de la Familia Campiglia en Montevideo, el 06 de octubre de 1962.

Grupo de estudiantes del curso de Semiología, 3er. año de la carrera de Medicina, año 1962 en reunión de camaradería.

En la foto, el grupo con el propietario Mario Campiglia y esposa, **la doctora Ruth Sánchez Cestau (nuestra instructora)**, **el profesor Pablo Purriel pulsando la guitarra de quien obtuvo la fotografía, y a sus pies el doctor Jorge Bouton Martínez**, haciendo pantalla para oír mejor el sonido del intérprete (¿?).

Autor: Augusto Soiza Larrosa.



Nº 2: mismo lugar, fecha y grupo.

En el grupo se identifican: a) de pie, de izquierda a derecha, Cajarville, Alvaro Cervieri, Berreta, Samuel Berlad (hoy en Israel), el autor, la esposa del Sr. Mario Campiglia, **Pablo Purriel**, Ruth Sánchez Cestau, Pérez “Gallego” Villarejo, Alvarez, William Campiglia.

b) agachados: “Turco” Farat, Héctor Ventós, Jorge Bouton, ahora pulsando la guitarra (¿eran todos músicos en la clínica?), Ruben Alfonso Peirano, Raúl Gandini

Fotografía tomada por el Sr. Mario Campiglia a pedido del autor, para quedar registrado en el grupo.



Nº 3: mismo lugar, fecha y grupo.

El profesor Pablo Purriel en amable conversación con estudiantes de su curso de Semiología; se identifican de izquierda a derecha William Campiglia, ¿?, Pérez “Gallego” Villarejo, Alvaro Cervieri, doctora Ruth Sánchez Cestau (de espaldas)

Autor: Augusto Soiza Larrosa



Nro.4: mismo lugar y fecha.

El profesor Pablo Purriel, hubo aceptado un desafío de carrera “cuadrera” montando un caballo de la Sociedad Criolla Elías Regules. El desafiante (no identificado, montado en tordillo) le sacó notoria ventaja. El profesor Purriel (cabalgando un oscuro) se luce “un jinete / muy dignamente montao” (como dice el “Fausto” criollo de Estanislao del Campo), de traje y corbata, manteniéndose en el recado en erecta postura... muy propia de un profesor.



Nro. 5: para el recuerdo en la Sociedad Criolla Elías Regules, fotografía registrada unos días después, el 20 de octubre de 1962 en reunión de camaradería del grupo de Semiología de 3er año de la carrera de medicina (¡pucha que eran fiesteros los del grupo!) .

Se identifican de izquierda a derecha: “Bubby” Etcheverry, el autor, Ruben Alfonso Peirano y Fernando Devincenzi. Véase en la carreta el cartel que dice “Las Voces del Sur”, nombre del conjunto de “folkloristas”.

Autor: Augusto Soiza Larrosa.

CAPÍTULO 22

PURRIEL, EL PARTIDO SOCIALISTA Y SU ACTUACIÓN POLÍTICA

Por error seguramente inadvertido, una investigación sobre la Dictadura elaborada por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación en 2008, ubica a Pablo Purriel como ministro perteneciente al Partido Colorado, renunciante el 27 de junio de 1973 en ocasión del Golpe de Estado encabezado por Juan María Bordaberry con la disolución del Parlamento.⁸⁵

Sabemos por el testimonio de un sobrino, el Arq. Faget Figari, que fue incluido al comienzo de esta publicación, que Pablo Purriel desde muy joven era asiduo lector de *El Sol*, el semanario del Partido Socialista del Uruguay.

En las elecciones de 1954 Pablo Purriel había figurado en las listas del Partido Socialista, en tiempos que lideraba esta colectividad el Dr. Emilio Frugoni.⁸⁶

En esas listas estaban acompañando a Frugoni como candidato al Consejo Nacional de Gobierno: Roberto Ibáñez, Líber Troitiño, Adol-

85 Investigación sobre la Dictadura y el Terrorismo de Estado en el Uruguay (1973-1985). En: http://dedicaciontotal.udelar.edu.uy/adjuntos/produccion/668_academicas__academicaarchivo.pdf

86 https://es.wikipedia.org/wiki/Elecciones_generales_de_Uruguay_de_1954

fo Montiel Ballesteros, los médicos **Prof. Dr. Pablo Purriel** y **Constancio Castells**.

Por el Partido Colorado acompañaban a Luis Batlle Berres los médicos **Zoilo Chelle** y **Federico García Capurro**.

Por el Partido Nacional concurrían en el sub-lema “Reconstrucción Blanca” los Dres. **Pantaleón Astiazarán** y **José Pedro Urioste**.

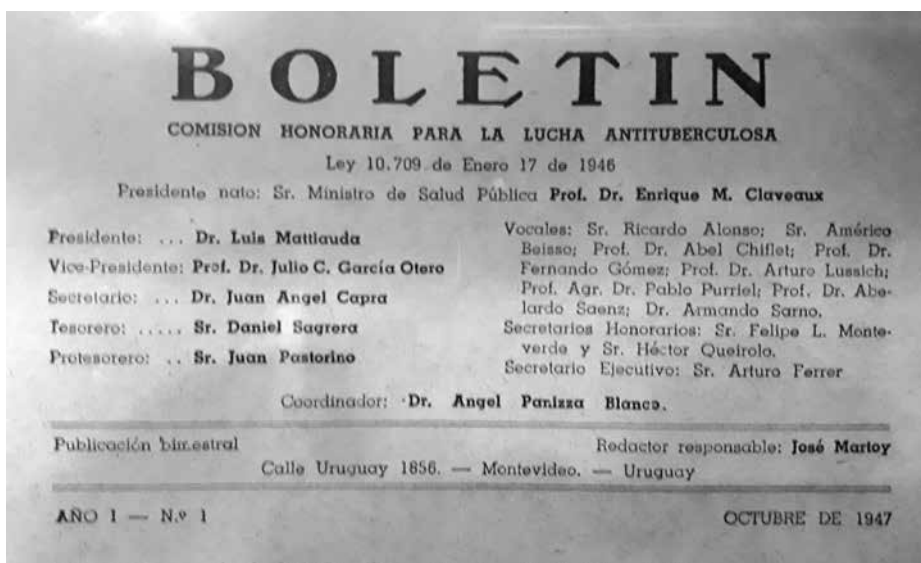
Por el Partido Nacional Independiente concurrían: el **Prof. Dr. Arturo Lussich**, **Alberto Roldán** y **Eduardo Bottinelli**.

Por la Unión Cívica, acompañando a Dardo Regules iba el **Prof. Dr. Julio C. García Otero**

Por el Partido Comunista concurría el **Dr. Juan Francisco Pazos**.

No se ha encontrado otra participación de Pablo Purriel en actividades políticas del Partido Socialista u otro grupo con representación parlamentaria.

Cuando en 1965 se crea la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, el ministro de Salud Pública del Gobierno colegiado de mayoría nacionalista (Abraham Francisco Rodríguez Camusso) le ofrece a Purriel la presidencia de dicha Comisión, en función de su notoria y pública prédica en favor de la salud pública, con especial versación y aportes a la salud ocupacional y a la medicina social, demostrada en su lucha contra la tuberculosis, la brucelosis y la hidatidosis. Así como también a su participación como Presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y a su predecesora, la Cruzada Nacional contra la Tuberculosis.



Integró desde la primera hora la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, creada por Ley No. 10.709 del 17 de enero de 1946, cuyo presidente nato era el Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Enrique M. Claveaux, y sus autoridades las siguientes personas:

Presidente: Dr. Luis Mattiauda

Vicepresidente: Prof. Dr. Julio C. García Otero

Secretario: Dr. Juan Ángel Capra

Tesorero: Sr. Daniel Sagrera

Pro-Tesorero: Sr. Juan Pastorino

Vocales: Sr. Ricardo Alonso, Sr. Américo Beisso, Prof. Dr. Abel Chifflet, Prof. Dr. Fernando D. Gómez, Prof. Dr. Arturo Lussich, Prof. Agdo. Dr. Pablo Purriel, Prof. Dr. Abelardo Sáenz, Dr. Armando Sarno.

Secretarios Honorarios: Sr. Felipe L. Monteverde y Sr. Héctor Queirolo.

Secretario Ejecutivo: Sr. Arturo Ferrer.

Coordinador: Dr. Ángel Panizza Blanco.

Boletín Año I, No. 1, octubre de 1947

Redactor Responsable: Sr. José Martoy.



EL PAIS

Martes 17 de mayo de 1971
 Buenos Aires, Argentina
 Precio del ejemplar: \$ 100

Crearían un Consejo de Estado; Renuncian Varios Ministros; los Salarios Aumentarían 50 %; Suba de Servicios Estatales del 20 %

DISOLVIERON LAS CAMARAS

A las cinco y veinte minutos de la mañana, luego de una larga espera en la sede del Poder Ejecutivo, uno de los directores del Centro de Difusión y Prensa de la Presidencia de la Nación ingresó a los representantes de los distintos medios de difusión que se encontraban presentes desde tempranas horas en la sala anterior que el Poder Ejecutivo, por decreto firmado por los ministros de Interior y Defensa Nacional, había resuelto disolver la Cámara de Diputados y de Senadores y sustituir, designar un Consejo de Estado con angélica perleña, como sustituto.

Inmediatamente de consumado de forma oficial el rumor que instantáneamente había circulado durante toda la jornada de ayer, la Oficina de Prensa de la Presidencia se abstuvo a la hora de editar el extenso programa que contenía saludos de otros importantes medios que asistieron, a vía de ejemplo, la terminante prohibición de efectuar cualquier tipo de reunión sin el previo consentimiento oficial; la inclusión, a partir de la fecha, de los "comunicados de fallo", algunos días adelantados a la habitual hora, una serie de medidas políticas de consenso y seguridad y el texto de la lista de renuncia presentada por el ministro de Salud Pública Prof. Pablo Puig.

Último día de democracia con la figura del Sr. Perón.

Pablo Puig, el más fino de los señores con su...

MAFALDA
 de QUINTO

CINZANO

REPUBLICANA filtro
Qué Clase!

la vida y energía
avena PURITAS
 PURITA VERDAD!



Su actuación al frente del Ministerio de Salud Pública desde el 1º de marzo de 1972 hasta el 27 de junio de 1973, no la asumió en función de su simpatía partidaria socialista, sino en su condición de médico personal del Dr. Juan María Bordaberry que accedió a la titularidad del Poder Ejecutivo en la primera de las fechas mencionadas, en ejercicio de un mandato constitucional. Lo hizo fundamentalmente para llevar adelante su proyecto de reformar la salud, instituyendo el Seguro Nacional de Salud a través de un Servicio Nacional de Salud. Según las informaciones recogidas de testimonios de colaboradores, pensaba que podría ser el “José Pedro Varela de la Salud”, vale decir, el impulsor de la Reforma del sistema sanitario nacional. Al quebrarse por el Golpe de Estado dicha legitimidad, renunció Purriel a su cargo, como lo testimonian las tapas de los periódicos arriba reproducidos.

CAPÍTULO 23

PURRIEL EN EL NOMENCLÁTOR

El nomenclátor capitalino recoge el nombre del Prof. Dr. Pablo Purriel en la calle que transcurre entre la Avda. Centenario y Avda. Luis Alberto de Herrera, ex Armonía.

El libro *Nomenclatura de Montevideo*, de Alfredo Castellanos y Antonio Mena Segarra,⁸⁷ editado por la Intendencia Municipal de Montevideo en 2000, consigna en su página 721:

PURRIEL, Prof. Dr. Pablo (*ex ARMONÍA*).- Profesional y profesor universitario (1905-1975), natural de Pamplona (España), graduado en nuestra Facultad de Medicina en 1932. Practicante interno del Hospital “Fermín Ferreira” (1929); médico de guardia del Hospital Maciel (1933); jefe de Clínica Médica (1934); profesor agregado de Medicina (1936), cargos ganados por concurso de oposición. Médico interno del Instituto de Enfermedades Infecciosas (1938); médico de guardia del Servicio de Asistencia Externa (1939); jefe de la Sección Epidemiología del Instituto de Tisiología (1942); médico Jefe del Servicio de Medicina de la Colonia “Saint Bois” (1942) por concurso de méritos. Profesor de Clínica Semiológica por concurso de oposición (1947), de la que fue director (1949), y profesor director de Clínica Médica (1953). Presidente del I Congreso de Brucelosis (1947); de la Sociedad

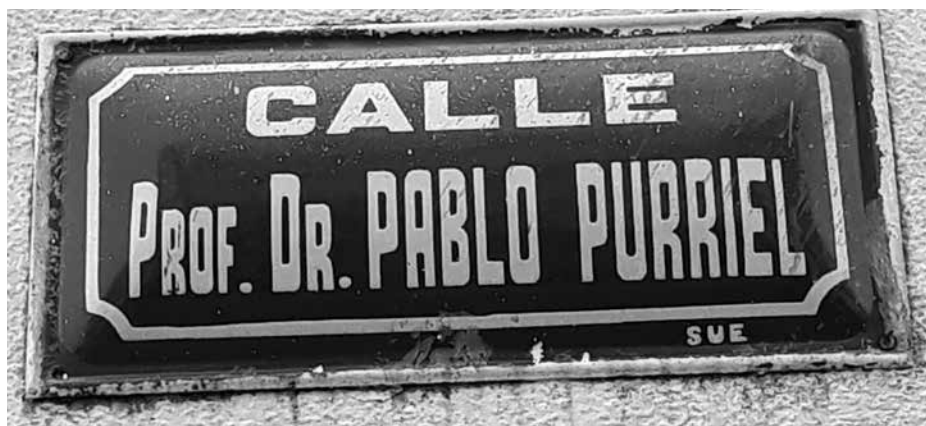
⁸⁷ *Nomenclatura de Montevideo*. Alfredo C. Castellanos. Actualización Nomenclator montevideano. Antonio Mena Segarra 1991-1996, en: www.periodicas.edu.uy/libros%20sobre%20pp/Castellanos_&Segarra_Nomenclatura_de_Montevideo.pdf

de Tisiología del Uruguay (1952-53); de la “Sociedad de Medicina de Montevideo” (1964); del IV Congreso Nacional de Medicina interna (1967). Ministro de Salud Pública (1972-73). Profesor Emérito de la Facultad de Medicina (1975). Miembro de varias instituciones médicas extranjeras, en particular de Tisiología, miembro delegado de nuestra Facultad de Medicina en varios congresos y organizaciones médicas y misiones oficiales de estudio en el extranjero. Autor y coautor de más de un centenar de trabajos publicados en nuestro país y en revistas extranjeras. Ministro de Salud Pública (1972-3), fue autor del proyecto de Seguro Nacional de Salud. Renunció al producirse el golpe de estado del 27 de junio de 1973.

A su vez, en el sitio web de *Las calles del Bicentenario*⁸⁸ se detalla lo siguiente:

PABLO PURRIEL (1905-1975): eminente médico y profesor de la facultad de medicina – llegó a ser asesor de la OMS y OIT-. Luchó contra la tuberculosis desde la Cruzada Nacional, logrando la creación de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa. También intervino en la creación de la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis.

Al autor le consta que fue por la gestión persistente de Tabaré Mario Fischer que se logró la incorporación del nombre de Purriel al nomenclátor y la colocación de estas placas identificatorias.



⁸⁸ www.1811-2011.edu.uy/B1/glossary/7/letterp



CAPÍTULO 24

BIBLIOGRAFÍA DE PABLO PURRIEL⁸⁹

COMPILADA POR EL DR. JUAN ANTONIO PURRIEL

LIBROS, MONOGRAFÍAS, TESIS

1933 – 1975

Contribución al estudio del cáncer pulmonar primitivo. – Tesis de Doctorado, 1933.

Chionemotórax hidático – Con los Dres. P. Larghero Ybarz y H. Ardao. J. Mercant, Montevideo, 1935 (169 pág.)

Complicaciones y secuelas del quiste hidático de pulmón: Estudio anatómico-clínico-radiológico – Tesis de Agregación, 1935. Imprenta Moderna, Montevideo, 1937 (138 págs).

Meningitis tuberculosa del adulto. Con el Br. E. Castro. Monografía, 1938.

Epidemiología de la tuberculosis – Con el Dr. A. Piaggio. Rosgal, Montevideo, 1941 (164 pág.)

Brucelosis – Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. – Monografía, 1944 (407 pág.)

89 *El Tórax*, vol. XXIV, Nos. 3 y 4. Setiembre – Diciembre de 1975, 134-139.

Sarcoidosis. Con los Dres. H. Malosetti, R. Peroni, Ma. A. Savio, D. Mendoza, H. Villar, O. Grosso, P. Paseyro, M. Herrero, L.A. Torres de la Llosa, C. Nin y J. T. Migliorisi. Rosgal, Montevideo, 1955 (79 pág.)

Semiología del aparato respiratorio – Con los Dres. Olga Muras y D. Tomalino. Of. Del Libro. AEM, Montevideo, 1969 (362 pág.)

TRABAJOS

1. Neumotórax neoplásico. Presentado a la Sociedad de Medicina, 1934.
2. Linfogranulomatosis maligna del bazo. Con los Dres. C. Bordoni Posse y H. Ardao. *Arch Urug Med Cir Especial*, 6: 33-40, 1935.
3. La hemartrosis en las discrasias sanguíneas. Con el Dr. S. Marizcurrena. *Arch Urug Med Cir Especial*, 6: 582-586, 1935.
4. Complicaciones y secuelas del quiste hidático de pulmón: Estudio anatómico-clínico-radiológico. *Arch Internac Hidatidosis*, 2: 201-308, 1936.
5. El neumoqueiste perivesicular. Con el Dr. A. Chifflet. *Arch Urug Med Cir Especial*, 11: 639-651, 1937.
6. Atelectasia. *El Estudiante Libre*, No. 153, 1938.
7. Cáncer primitivo de pulmón. *El Estudiante Libre*, No. 155, 1938.
8. La retención seca de membrana. Con el Dr. A. Chifflet. (Trabajo presentado al X Congreso Argentino de Cirugía, Buenos Aires, 1938). Guidi Buffarini, Buenos Aires, 1939 (12 pág.).
9. Agenesia Pulmonar – Con el Dr. A. Piaggio. *Arch Urug. Med Cir Especial*, 14: 9-20, 1939.
10. Quistes gaseosos y neumotórax. Con el Dr. J. J. Bazzano. *Arch Urug. Med Cir Especial*, 15: 352-361, 1939.
11. Angina de Pecho: Diagnóstico. Número Científico de “Acción Sindical”, 1: 89-94, 1939.
12. Pionemotórax de origen hidático. Con el Dr. F. Etchegorry. *Arch Urug Med Cir Especial*, 16: 554-564, 1940.
13. El diagnóstico de la equinocosis pulmonar múltiple. Con los Dres. A. Chifflet y H. Ardao. (Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía, 28/VIII/1940). Monteverde y Cía., Montevideo, 1940.
14. Índice de la tuberculización en el Uruguay. Con el Dr. A. Piaggio. Actas del V Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Buenos Aires-Córdoba, 1940, Vol. 1, pp. 163-203.
15. Alergia y lesiones tuberculosas. Con los Dres. A. Piaggio y R. Enciso. Actas del V Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Buenos Aires – Córdoba, 1940, Vol. III, pp. 92-99.

16. Ensayo de examen colectivo de los habitantes del Pueblo de Juan L. Lacaze. Con los Dres. A. Piaggio y R. Enciso. Actas del V Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Buenos Aires – Córdoba, 1940, Vol. III, pp. 100-106.
17. Relación entre el número de lesiones activas descubiertas por la Roentgen-fotografía y portadores de bacilos de Koch. Con los Dres. A. Piaggio y R. Enciso. Actas del V Congreso Panamericano de la Tuberculosis, Buenos Aires- Córdoba, 1940, Vol. III, pp. 107-110.
18. Quistes gaseosos gigantes y enfermedad poliquística del pulmón. Con el Dr. P. Ferreira Berrutti. *Hoja Tisiol.*, 1: 169-176, 1941.
19. Epidemiología de la brucelosis en el personal de los Frigoríficos Artigas y Swift. Con el Dr. A. Piaggio. *Arch Urug Med Cir Especial*, 19: 275-283, 1941.
20. Brucelosis y tuberculosis. Con los Dres. A. Piaggio y R. Risso. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 19: 401-405, 1941.
21. Epidemiología de la tuberculosis. Con el Dr. A. Piaggio. *Arch Tisiol. Pneumol.* 1: 33-188, 1941.
22. Primoinfección y formas de comienzo de la tuberculosis del adulto: Alergia. Número Científico de “*Acción Sindical*”, Año 3, No. 3 y 4, 1941.
23. Reumatismo crónico: Clasificación y etiopatogenia. Número Científico de “*Acción Sindical*”, Año 3, No. 5, 1941.
24. Examen de una colectividad obrera. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol.*, 1: 272-278., 1941.
25. Equinococosis pleural. Con el Dr. P. Larghero Ybarz. Bol Soc Cir Uruguay, 13: 305-318, 1942. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 22: 56-59, 1943.
26. Investigaciones sobre brucelosis. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 20: 5-12, 1942.
27. Infección por brucelas en el personal de estancias y tambos. Con los Dres. R. Risso, Saprizza-Vidal y R. Lacroix. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 20: 99-103, 1942.
28. Investigación sobre infección brucelósica realizada en las usinas de pasteurización de leche de Montevideo (Conaprole). Con los Dres. A. Piaggio y R. Risso. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 20: 225-231, 1942.
29. Investigación sobre infección brucelar humana y animal realizada en el Frigorífico Anglo (Depto. Río Negro). Con los Dres. R. Risso, J. Espasandín y N. Pradines. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 20: 332-337, 1942.
30. Localización genital de la brucelosis en el hombre. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 21: 128-152, 1942.
31. Epidemiología de la brucelosis en Juan L. Lacaze. Con los Dres. J. Espasandín y N. Pradines. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 21: 615-623, 1942.
32. Mortalidad tuberculosa en el Uruguay. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol.*, 2: 96-102, 1942.
33. Disgenesia del sistema respiratorio. *Hoja Tisiol.*, 2: 186-190, 1942.

34. Síntomas oculares de la meningitis tuberculosa. Con el Dr. R. Rodríguez Barrios. *Hoja Tisiol.*, 2: 257-260, 1942.
35. Comparación del poder antigénico de diversas tuberculinas. Con el Dr. A. Piaggio. *Arch Tisiol. Pneumol.*, 1: 521-522, 1942.
36. La obstrucción brónquica experimental y revisión del concepto de atelectasia. Con el Dr. H. Ardao. Comunicación a la Sociedad de Anatomía Patológica, agosto 1942.
37. Mortalidad tuberculosa en el Uruguay en el año 1940. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol.*, 3: 1-19, 1943.
38. La alergia en la brucelosis. Con los Dres. A. Piaggio y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 23: 22-31, 1943.
39. Morbilidad de la brucelosis en el Uruguay. Con los Dres. A. Piaggio y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 23: 193-201, 1943.
40. Cáncer y tuberculosis pulmonar. (El problema de las células gigantes del pulmón). Con los Dres. H. Ardao y J. F. Cassinelli. *Arch Tisiol. Pneumol.* 2: 3-34, 1943.
41. La meningitis tuberculosa experimental. Con el Br. E. Castro. *Arch Tisiol Pneumol.*, 2: 111-135, 1943.
42. Discurso Homenaje al Prof. Juan B. Morelli. Montevideo, 1943.
43. Revista de las clasificaciones francesas sobre tuberculosis pulmonar. *Hoja Tisiol.*, 4: 19-28, 1944.
44. Importancia de la infección focal en Clínica Médica. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 24: 666-675, 1944.
45. Factores que influyen en la curva de tuberculización, *Arch Urug Med Cir. Especial*, 25: 92-116, 1944. *Rev Med Brasileira*, 17: 53, 1944.
46. Clasificación de las alteraciones congénitas del pulmón. Con la Dra. Cleopatra Epifanio. *Hoja Tisiol.*, 4: 307-324, 1944.
47. Alergia e Inmunidad en "Algunas explicaciones actuales de la Tuberculosis". Número Científico de "Acción Sindical", 6: 241-248, 1944.
48. Supuración pulmonar provocada por una espina de pescado. Con los Dres. A. Gorlero y R. Enciso. *Hoja Tisiol.*, 4: 97-99, 1944.
49. Comentarios sobre tifoidea. *Rev Med del Este*, Vol. 5, p. 13, 1944.
50. Sobre equinocosis pulmonar. *Rev. Med del Este*, 5, 10: 38-41, 1944.
51. Diagnóstico biológico de la brucelosis humana. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 26: 134-143, 1945.
52. El diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol.*, 5: 145-170, 1945.
53. Lesiones iniciales de la tuberculosis pulmonar en el adulto. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol.*, 5: 398-412, 1945.

54. La espondilitis brucelósica. Con los Dres. H. Cagnoli y J. Espasandín. *Rev Ortop Traumat* (Buenos Aires), 15: 3-34, 1945-46.
55. Espindilitis brucelósica. Con los Dres. H. Cagnoli, R. Risso y J. Espasandín. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 27: 596-625, 1945.
56. Brucelosis: Epidemiología. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 25-36, 1945.
57. Brucelosis: Diagnóstico biológico de la brucelosis humana. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 61-68, 1945.
58. Brucelosis: La alergia en la brucelosis. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 69-75, 1945.
59. Brucelosis: Estudio clínico – Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 76-88, 1945.
60. Brucelosis: Espondilitis brucelósica. Con los Dres. H. Cagnoli, R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 123-134, 1945.
61. Brucelosis: Tratamiento – Con los Dres. R. Risso, J. Espasandín, N. Pradines y E. Blum. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 159-172, 1945.
62. Brucelosis: Seguro social. Con los Dres. R. Risso y J. Espasandín. Número Científico de "*Acción Sindical*", 7: 173-174, 1945.
63. Anatomía patológica de las alteraciones congénitas del pulmón. Con el Dr. R. Ardao. *Hoja Tisiol*, 6: 54-76; 208-221 y 338-359, 1946.
64. Diagnóstico, pronóstico y terapéutica de la tuberculosis inaparente inicial del adulto. Con los Dres. A. Piaggio y Cleopatra Epifanio. *Hoja Tisiol*. 7: 275-296, 1947.
65. Consideraciones sobre la lucha antituberculosa actual. Con el Dr. A. Piaggio. *Hoja Tisiol*., 7: 74-95, 1947.
66. Diagnóstico biológico de la brucelosis humana. Con los Dres. J. Espasandín, R. Risso y H. Bosch del Marco. Actas del I Congreso Nacional de la Brucelosis, Montevideo, 1947, pp. 255-268.
67. Localizaciones vertebrales humanas de la brucelosis. Con los Dres. R. Risso, J. Espasandín, H. Cagnoli, E. R. Zerboni y A. Gorlero Armas. Actas del I Congreso Nacional de la Brucelosis, Montevideo, 1947, pp. 279-307.
68. Acción de los antígenos brucelares en personas no contaminadas. Con los Dres. N. Pradines Brazil y Dora Carlotta. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 33: 178-183, 1948.
69. Epidemiología de la brucelosis en el Uruguay. Con los Dres. J. Espasandín, N. Pradines, R. Fontán, I. Juñen, W. D'Ottone y J. P. Piñeyría. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 38: 126-140, 1951.
70. Endocarditis a *Brucella* "abortus". Con los Dres. F. Salveraglio y D. Mendoza. *Arch Urug Med Cir. Especial*, 39: 374-388, 1951.

71. Brucelosis en el Uruguay. Con los Dres. J. Espasandín, W. D'Ottone y N. Pradines. *An Fac Med.*, Montevideo, 37: 452-466, 1952.
72. La tuberculosis bronquial a través de las piezas de resección. Con la Dra. Sélika Piovano. *El Tórax*, 1: 39-70, 1952.
73. Nuestra experiencia en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar con la hidracida del ácido nicotínico (Rimifón) durante tres meses. Con la Dra. Olga Muras. *El Tórax*, 1: 151-174, 1952.
74. Equinococosis cardíaca. Siembra metastásica pulmonar. Con los Dres. D. Tomalino y D. Mendoza. *El Tórax*, 1: 223-234, 1952.
75. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar con la hidracida del ácido isonicotínico durante seis meses. Con los Dres. Olga Muras, G. Agós de Pastore y O. Bacchione. *El Tórax*, 1: 255-274, 1952.
76. Casectomía química obtenida con la hidracida del ácido isonicotínico (Rimifón) con aparición de defectos mecánicos (alteraciones neumáticas). Con los Dres. E. Casamayou, Olga Muras, Sélika Piovano y C. Ruggiero. *El Tórax*, 2: 115-132, 1953.
77. Vesículas de enfisema gigantes. Con los Dres. Olga Muras y R. Ardao. *El Tórax*, 2: 164-169, 1953.
78. Resultados terapéuticos alejados (6 meses) en 45 casos de enfermas de tuberculosis pulmonar crónica tratadas durante un semestre con Isoniacida. Con los Dres. Olga Muras, C. Latorre, A. Pena y G. Agós de Pastore. *El Tórax*, 2: 182-187, 1953.
79. Equinococosis cardíaca con siembra pericárdica y de pequeño y gran círculo. Con los Dres. V. Pérez Fontana, Olga Muras y D. Mendoza. *El Tórax*, 2: 188-199, 1953.
80. Patología de la tuberculosis: Estudio anatómico-clínico-radiológico. Con los Dres. Olga Muras, Sélika Piovano y E. Casamayou. *El Tórax*, 2: 211-244, 1953.
81. Contribución al tema oficial "Las modificaciones anatómicas y bacteriológicas a nivel de las lesiones tuberculosas bajo la influencia de los antibióticos y la quimioterapia". Con las Dras. Olga Muras y Sélika Piovano. *Actas de la XIII Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis*, Madrid, 1954, pp. 160-179.
82. Cavographie ascendante, sa Valeur diagnostique. Con los Dres. M. Arcos Pérez y J. Dubra. *Rev Med Chirurg. Maladies du Foi*, 29: 53-58, 1954.
83. Nueva observaciones de casectomía obtenida por la hidracida del ácido isonicotínico y evolución de los casos durante dos años. Con los Dres. Olga Muras, Sélika Piovano y E. Casamayou. *El Tórax*, 3: 5-20, 1954.
84. Quistes broncógenos y cavidades epitelizadas. Con las Dras. Olga Muras, Sélika Piovano y Ruth Sánchez. *El Tórax*, 3: 675-80, 1954.

85. Las modificaciones anatómicas y bacteriológicas a nivel de las lesiones tuberculosas bajo la influencia de los antibióticos y la quimioterapia. Con las Dras. Olga Muras y Sélíka Piovano. *El Tórax*, 3: 109-124, 1954.
86. Quiste hidático de ventrículo izquierdo. Con la Dra. Olga Muras. *El Tórax*, 3: 140-159, 1954.
87. Equinococosis pericárdica secundaria. Con los Dres. Olga Muras y A. Sanjines. *El Tórax*, 3: 168-177, 1954.
88. La brucellose en Uruguay. Connaissance de cette maladie. Con los Dres. J. Espasandín, N. Pradines y W. D'Ottone. *Sem Hôp Paris*, 30: 151-157, 1954.
89. Guérison des cavités tuberculeuses avec conservation de leur lumière par les antibiotiques (Isoniazide). "Caséctomie chimique". Con la Dra. Olga Muras. *Jr. Franc Méd Thorac* 9: 601-620, 1955. *El Tórax*, 4: 116-126, 1955. (En español).
90. Una nueva preparación quimioterápica combinada por vía oral en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Con la Dra. Olga Muras. *El Tórax*, 4: 173-185, 1955.
91. Modificaciones anatomopatológicas de la tuberculosis pulmonar por la anti-bioterapia. Con las Dras. Sélíka Piovano y Olga Muras. *El Tórax*, 4: 267-280, 1955.
92. Sarcoidosis. *El Tórax*, 5: No. 1 y 2, 1955.
93. Traitement du coma hépatique par la cortisone à hautes doses. Con el Dr. M. Arcos Pérez. *Press Méd.*, 96: 2260-2263, 1956.
94. Adenomatosis pulmonar. Con los Dres. D. Tomalino y Sélíka Piovano. *El Tórax*, 6: 5-28, 1957.
95. Aneurisma arteriovenoso de pulmón. Con la Dra. Olga Muras, *El Tórax*, 6: 101-158, 1957.
96. Quimioterapia combinada por vía oral con GT3 (Tebafén) en el tratamiento prolongado de la tuberculosis pulmonar y meníngea. Con la Dra. Olga Muras. *El Tórax*, 6: 227-240, 1957.
97. Las alteraciones pulmonares en las enfermedades llamadas del colágeno. Con los Dres. J. Bouton, R. Peroni, Olga Muras, J. Piñeyro y Ma. A. Savio. *El Tórax*, 7: 19-63, 1958.
98. Fibroelastosis endocárdica primaria del adolescente y del adulto. Con los Dres. D. Tomalino, N. Toledo Correa, Sélíka Piovano, E. Yannicelli y Ruth Sánchez. *El Tórax*, 7: 149-164, 1958.
99. Las alteraciones cardiovasculares en el lupus eritematoso sistémico. Con los Dres. J. Bouton, R. Peroni, E. Yannicelli, J. Álvarez Martínez y W. Acosta Ferreira. *El Tórax*, 7: 267-286, 1958.
100. Les anévrysmes artério-veineux du poumon. Con la Dra. Olga Muras. *Jr Franc Méd Chirurg Thorac.*, 12: 5-55, 1958.

101. Corticoides en patología respiratoria. Con las Dras. Olga Muras y Yolanda González. *El Tórax*, 8: 143-159, 1959.
102. La réaction de Widal dans le lupus érythémateux disséminé. Con los Dres. R. Peroni, R. González Puig y Olga Muras. *Sem Hôp Paris*, 35: 103-105, 1959.
103. Hidatidosis cardíaca. Con la Dra. Olga Muras. Actas del IV Congreso Argentino de Tisiología y Neumonología. Córdoba, 1957. Dirección General de Publicidad, Córdoba, 1959, pp. 463-516.
104. Un nuevo enfoque de la patología general de la hidatidosis. Con el Dr. D. Tomalino. *El Tórax*, 9: 87-104, 1960.
105. Fístula arteriovenosa pulmonar. Con los Dres. Olga Muras, Dora Carlotta y E. Yannicelli. *El Tórax*, 9: 123-136, 1960.
106. Epidemiología de la sarcoidosis en el Uruguay. Con el Dr. E. Navarrete. *El Tórax*, 9: 194-199, 1960.
107. Datos epidemiológicos sobre sarcoidosis en América Latina. Con el Dr. E. Navarrete, *El Tórax*, 9: 200-205, 1960.
108. Epidemiology of sarcoidosis in Uruguay and others Countries of Latin America. Con el Dr. E. Navarrete. *Am Rev Resp Dis.*, 84: 155-161, 1961.
109. Corticoides en patología respiratoria. Con las Dras. Olga Muras y Yolanda González. Actas del I Congreso Rioplatense de Medicina Interna, Buenos Aires, 1959. Ed. Universitaria, Buenos Aires, 1961, pp. 809-830.
110. Alteraciones vasculares en las neumopatías crónicas. Con las Dras. Dora Carlotta y Adriana Spagna. *El Tórax*, 10: 153-222, 1961.
111. Función respiratoria y hemodinamia en las neumopatías crónicas, bronquiectasias y adenoma brónquico. Con los Dres. Olga Muras, C. Pommerenck y E. Yannicelli. *El Tórax*, 11: 20-41, 1962.
112. Modificaciones hemodinámicas y oximétricas en la cirrosis portal. Con los Dres. M. Arcos Pérez, E. Yannicelli y C. Pommerenck. *El Tórax*, 11: 175-181, 1962.
113. Cáncer broncopulmonar. Con el Dr. D. Tomalino. *El Tórax*, 11: 199-245, 1962.
114. Cardiopatía neumógena. Con los Dres. Olga Muras, C. Pommerenck, E. Yannicelli y Dora Carlotta. Actas del V Congreso Médico del Uruguay, Montevideo, 1962, Vol. III, pp. 1495-1535.
115. Recientes adelantos en sarcoidosis. Con G. James. *El Tórax* (Editorial), 112: 105-110, 1953.
116. Epidemiología de la sarcoidosis en el Uruguay. Con los Dres. E. Navarrete y A. Piaggio. *El Tórax*, 12: 111-114, 1963.
117. Pedro Larghero Ybarz. *El Tórax*, 13: 117-121, 1964.

118. El internista, importancia, formación científica, moral y espiritual. Actas del VIII Congreso Internacional de Medicina Interna, Buenos Aires, 1964, pp. *El Tórax*, 13: 131-138, 1964. *Revista Nacional*, 222: 555-565, 1965.
119. Alteraciones pulmonares en las enfermedades llamadas del colágeno (mesenquimopatías). Con los Dres. Olga Muras, J. J. Canoso, Ma. E. Lanne, Elsa Márquez, Adelina Braselli y W. Acosta Ferreira. *El Tórax*, 13: 139-174, 1964.
120. Granulomatosis de Wegener. (A propósito de tres observaciones). Con los Dres. Olga Muras, W. Acosta Ferreira y R. Vignale. *El Tórax*, 13: 175-195, 1964.
121. Epidemiología de la histoplasmosis en el Uruguay. (Investigada en 23.341 personas de áreas rurales). Con el Dr. E. Navarrete. *El Tórax*, 13: 271-279, 1964.
122. Estudio radiológico de los hilios pulmonares. Con el Dr. D. Tomalino. *El Tórax*, 16: 34-45, 1965.
123. Tratamiento de la hipertensión arterial con clorhidrato de pargilina. Con el Dr. O. Castro Bianchino. *El Tórax*, 14: 143-146, 1965.
124. Hidatidosis en el Uruguay. Radiología de un problema (1965). Con los Dres. J. Staehle, H. Tórtora y M. L. Prantl. *El Tórax*, 14: 149-162, 1965.
125. Quiste hidático de pared de aurícula derecha abierto en cámara cardíaca. Con los Dres. D. Tomalino, W. Acosta Ferreira y J. J. Canoso. *El Tórax*, 14: 187-195, 1965.
126. Sarcoidosis y sensibilidad al polen de pino. Con los Dres. E. Navarrete y A. Piaggio. *El Tórax*, 15: 103-109, 1965.
127. Limitación del alumnado o adecuación docente. *El Tórax* (Editorial), 15: 131-136, 1965.
128. Tromboembolismo pulmonar. Con los Dres. Olga Muras, J. J. Canoso, O. Castro, L. Korytnicki, Dora Carlotta, C. Mescia, H. Raffo y H. Delfino. *El Tórax*, 16: 3-40, 1967.
129. Altérations vasculaires intrahépatiques dans la cirrhose. Con los Dres. M. Arcos Pérez y W. Meerhoff. *Press Méd.*, 76: 955-960, 1968.
130. La fístula arteriovenosa pulmonar. Manifestación de la enfermedad de Rendu-Osler-Weber. Con el Dr. J. E. Torres. En "Medicina del Uruguay", Ed. Warner-Chilcott, Montevideo, 1968-68, pp. 168-175. *Jr Franc Méd Chirug Thorac*, 23: 5-14, 1969.
131. Manifestaciones articulares y tenosinoviales en la sarcoidosis. Con los Dres. Olga Muras, E. Fogel de Korc, W. Acosta Ferreira y M. A. Améndola. *El Tórax*, 18: 180-191, 1969.
132. Enfisema pulmonar. Con los Dres. R. Morelli, D. Laborde, F. Dalmás, H. Klempert, D. Tomalino, M. González, M. Ramos, L. Korytnicki, C. Pommerenck, L. Mesías, O. Muras, M. J. Salsamendi y J. Crosa. (Mesa Redonda del XX Congreso de Cirugía. Montevideo, 1969). *Cirugía del Uruguay*, 40: 131-170, 1970.

133. Proteinosis alveolar pulmonar. Con los Dres. R. Niski de Rydel, J. Gómez Gotuzzo y Haydée Klempert. *El Tórax*, 19: 76-84, 1970.
134. Hidatidosis en el Uruguay. Estudio epidemiológico (1961-1968). Con las Dras. Gloria Mendoza e Hilda Decedo. *El Tórax*, 19: 149-163, 1970.
135. Embolismo pulmonar hidatídico. Estudio sobre 4 observaciones personales y revisión de la literatura. Con los Dres. D. Tomalino, Olga Muras y W. Acosta Ferreira. *El Tórax*, 19: 164-182, 1970.
136. El diagnóstico inmunológico en los distintos estadios de la hidatidosis humana. Con los Dres. A. Capron, D. Tomalino y L. A. Yarzabal. *El Tórax*, 19: 183-187, 1970.
137. Familiar Hereditary Nephropathy (Alport's Syndrome). Con los Dres. M. Drets, E. Pascale, Ruth Sánchez, A. Borrás, W. Acosta Ferreira, Adriana de Lucca y Lidia Fernández. *Am J. Med*, 49: 753-773, 1970.
138. Seguro Nacional de Salud. Conferencia en el Rotary Club de Montevideo, 23/V/72. *Endofarma*, Montevideo, 1972.
139. Servicio Nacional de Salud. Seguro Nacional de Salud. *El Tórax* (Editorial), 22: 125-129, 1973.
140. Investigación científica y desarrollo. *El Tórax* (Editorial), 22: 193-195, 1973.
141. Human echinococcosis (hidatidosis) in Uruguay: A comparison of indices of morbidity and mortality, 1962-1971. Con los Dres. P. M. Schantz, H. Beovide y Gloria Mendoza. *Bull Org Mond Santé*, 49: 395-402, 1973, *Bol Of Panamer Salud*, 73: 519-530, 1975.
142. Hallazgo de *Taenia Ovis* Cobbold, 1860, en un perro del Depto. De Flores, República Oriental del Uruguay. Con los Dres. P. M. Schantz y Susana Clivio. *Zoonosis*, 16: 75-80, 1974.
143. La lucha antihidatídica en el Uruguay. *El Tórax*, 23: 193-201, 1974.
144. Observation on the use of immunodiagnostic test for the detection of hydatid cyst carriers in an endemic área of South America. Con el Dr. P. M. Schantz. (Trabajo entregado para publicar).

EPÍLOGO

Hemos visitado a través de documentos y testimonios algunos aspectos poco frecuentados de una gran personalidad de la Medicina uruguaya del siglo XX.

Un español natural de Pamplona, que trajo el entusiasmo desbordante por el avance de la Medicina con una mirada social bien cimentada, iniciando caminos que se consolidarían a través de sus discípulos y en la mejor tradición de la salud pública.

Pablo Purriel fue un continuador de la vieja tradición en la enseñanza de la Medicina en Uruguay, una tradición basada en la Medicina francesa del siglo XIX, que se inició con Pedro Visca, el primer Profesor de Clínica Médica, se prolongó con Juan B. Morelli, discípulo de aquél, y en el propio Purriel y sus discípulos, como los continuadores de aquella Escuela.

Sus contribuciones, al igual que las de otros grandes profesores españoles que tuvo nuestra Facultad de Medicina, como los inmigrantes gallegos Manuel Albo (1886-1935) o Benigno Varela Fuentes (1894-1965), o el maestro cubano Cándido Muñoz Monteavaro (1910-1987)⁹⁰, tuvieron honda influencia en la enseñanza, la investigación y la asistencia.

⁹⁰ Cándido Muñoz Monteavaro nació en Cuba el 21 de diciembre de 1910, estudió en la Facultad de Medicina de Montevideo, graduándose el 30 de mayo de 1940, se formó junto a Raúl A. Piaggio Blanco en el Hospital Pasteur, donde se inició en la Gastroenterología, y ejerció como Profesor en el Hospital de Clínicas. Falleció el 11 de enero de 1987.

Purriel marcó una época en la Clínica Semiológica, que desempeñó por más de veintitrés años (1947-1970), con el mismo entusiasmo del primer día. Cátedra a la que accedió por un memorable concurso de oposición, confrontando sus dotes de gran docente con otros gigantes de la Medicina vernácula.

Imprimió en sus colaboradores y estudiantes esa síntesis de *“Geometría y Pasión”* que era su lema, la que se tradujo en la disciplina del cumplimiento del deber, el objetivo de *“ganarse el día”*, como lo transmitía con un toque enérgico de su mano apoyada al codo o al hombro de sus estudiantes, cuando en una sala descubría un signo destacado en un paciente, o en aquellas ideas luminosas que transmitía en sus clases con conceptos inolvidables. Cuando enseñaba que la fiebre reumática *“lamía las articulaciones, pero mordía el corazón”*, o que las afecciones del riñón eran *“problemas de luz o problemas de pared”*, o que *“la hipertensión y la diabetes son el camino más corto hacia la arteriosclerosis”*, ayudando a incorporar y fijar el conocimiento con una marca indeleble.

Recorrer a grandes rasgos su vida y su obra permite valorar el esfuerzo que hace un maestro para llegar a esa altura, luchando por lo que considera justo, a través de toda su trayectoria. Primero para culminar su carrera de grado, luego para perfeccionar sus conocimientos y competir por los cargos en la carrera docente, en base a su esfuerzo intelectual. Más tarde en el ejercicio con dignidad de su magisterio, siendo el primero en llegar y el último en irse, prodigando conocimientos a todo nivel y en todo momento. Consagrandolo su tiempo por las mañanas al Hospital Maciel o al de Clínicas, y por la tarde a la Colonia Sanatorial “Gustavo Saint Bois”, en el Instituto del Tórax, como auténtico servidor público. Para finalizar con la preocupación por extender los beneficios de la salud a toda la comunidad, cuando ya finalizado su ciclo como docente, regido por reglamento que impone el retiro por límite de edad, queda liberado para aplicar su esfuerzo en otras alturas.

La síntesis que hizo Purriel de la Medicina con la sensibilidad de velar por el bienestar de los pacientes, se plasmó tempranamente en el Hospital “Saint Bois”. Como él escribió brevemente, en julio de 1944, en la presentación de los murales realizados con el apoyo del maestro Joaquín Torres García y su Escuela:

“Pertenece al grupo de médicos que en el balance de la enfermedad valoran en su justo término el estado espiritual del enfermo. Y esto caracteriza,

*en parte, la manera de aplicar la ciencia de curar a los seres humanos. Es la tuberculosis una enfermedad de larga evolución, de porvenir incierto, en la que los estados de angustia y desesperación se presentan con inusitada frecuencia. La psicología de estos enfermos es profundamente modificada por la intensa preocupación que origina la enfermedad, a la que se suma el grave problema social que generalmente ellos tienen.”*⁹¹

Lo que deja en evidencia otra faceta de su rica personalidad, no circunscrita a la excelencia de la enseñanza y de la clínica, sino volcada a una auténtica vocación por atender las necesidades espirituales de los pacientes que en aquella época requerían de largas y tristes internaciones.

Puede apreciarse a través de su obra la preocupación por la medicina social, la salud pública y la medicina laboral, comprometido en los trabajos de campo para la investigación epidemiológica y clínica de las principales patologías de cada época: la tuberculosis, la brucelosis y la hidatidosis. Sus aportes a través de las Comisiones Honorarias resultaron fundamentales y merecen ser rescatados y recordados por su jerarquía. Un aspecto, la Medicina del Trabajo, a través del Departamento de Salud Ocupacional se inició en la Facultad de Medicina desde 1980, siendo que en los años 1987 y 1988 se inicia la formación de una estructura docente específica. Purriel fue un adelantado al focalizar su atención en grupos de trabajadores en riesgo para determinadas patologías.

Su Escuela se multiplicó en diversas ramas que sus discípulos se encargaron de ejercer con esa misma inspiración, prolongando por siempre el ejemplo del Maestro. Y recordándolo con inmenso cariño, muchas décadas después de su muerte, ocurrida en pleno ejercicio de su profesión, atendiendo a una paciente.

En la síntesis que con tanto brillo pudo transmitir de sus ideales transformadores del sistema de salud, puede apreciarse lo que constituía un plan integral para favorecer una atención de calidad, con equidad, y con justicia, que permitiera el auténtico desarrollo profesional, haciendo realidad aquel pensamiento del patólogo alemán **Rudolf Virchow (1821-1902):** *“La medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que medicina en gran escala”*.

91 GUTIÉRREZ, Alejandra, GIL, Juan, BLAU, Luis y NÚÑEZ, Mario: Arte Torresgarciano en el Hospital Saint Bois. Ayer, Hoy y Mañana; El ambiente necesario al hospital moderno; p. 89.

ANEXO 1

LA REFORMA DE LA SALUD, RECLAMADA DURANTE MUCHAS DÉCADAS

Pablo Purriel no pudo ver culminada su aspiración de transformar el sistema de salud, en su actuación al frente del Ministerio de Salud Pública entre 1972 y 1973. En 1995 Gustavo Mieres Gómez ganó el premio “Augusto Turenne”, otorgado por el Sindicato Médico del Uruguay, con motivo de cumplir su 75º aniversario. El trabajo luego publicado como libro, se titulaba “El Sector Salud: 75 años de un mismo diagnóstico”. Entre otras consideraciones, este autor señalaba a modo de balance del período precedente:⁹²

Mirados en conjunto, estos setenta y cinco años que van de 1920 a 1995 muestran un sector salud signado por una evolución donde es fácil advertir elementos críticos comunes a cualquiera de los períodos que se analice. Más aún, a la luz de los cuestionamientos de que es objeto hoy día, es fácil advertir que lo que se cuestiona son características de larga data, por no decir de siempre, de nuestro sistema de salud. Esto último dicho con independencia de las particularidades propias de cada etapa, en las que el énfasis crítico estuvo puesto en elementos distintos.

92 MIERES GÓMEZ, Gustavo: El Sector Salud: 75 años de un mismo diagnóstico. SMU, 1997, pp. 157-161.

El otro aspecto trascendente es que los actores del sistema fueron en todas las épocas más o menos conscientes de las carencias estructurales y funcionales del mismo, pese a lo cual la reforma del sector nunca se implementó. La intención *reformista* fue más o menos fuerte según las etapas consideradas. Obviamente en aquellas en que los aspectos críticos se agudizaron – que coinciden con momentos de crisis del conjunto del país – los planteos se hicieron más intensos. Pero sin duda es a partir de los años sesenta que las propuestas de reforma se intensifican. En términos algo simplificadores, puede decirse que el sistema en estos setenta y cinco años ha pasado por lo menos los últimos treinta y cinco intentando su propia reforma.

Es evidente que son muchos los factores que juegan de una u otra forma en contra de la reforma del sistema, pero sin duda son poderosos. Hasta el punto de que incluso cuando el poder de decisión estuvo concentrado, como durante la dictadura de Terra y la militar, los cambios fueron discretos y parciales y no abordaron integralmente el problema. No obstante puede decirse que gran parte de las modificaciones más importantes para el sector – tanto por su trascendencia posterior en el mismo como por la importancia que en su momento se le asignaba al tema – se realizaron en estos períodos sin que fueran variadas al reinstitucionalizarse los órganos democráticos. La creación del Ministerio de Salud Pública y la inclusión por primera vez de un artículo referido a la salud de la población en la Constitución, en el año 1934 durante la dictadura de Terra, y la fuerte regulación de las IAMC, la creación del sistema de los IMAE y la unificación de los seguros de enfermedad – con la ampliación de los mismos a casi todos los trabajadores del sector formal -, durante la dictadura militar de los años setenta y ochenta, fueron hechos de indudable importancia que, más allá de la valoración que se pueda hacer respecto a las bondades de la solución alcanzada, abordaron aspectos largamente debatidos y nunca modificados con anterioridad. Incluso la primera norma regulatoria del sector mutual – demandada desde por lo menos veinte años antes a su promulgación, en 1943 -, se efectivizó en un momento de ausencia de órganos representativos.

Hoy nadie duda en afirmar que el sistema de atención de nuestro país es dicotomizado, eminentemente asistencialista, que privilegia la atención en los niveles de complejidad más altos, que no pone énfasis

en las acciones de promoción y prevención – a las que ha relegado exclusivamente a la competencia del Estado – y que fomenta la especialización médica en contradicción con el perfil que la Facultad pretende darle a sus egresados. Es un sistema que además se ha caracterizado por su generación espontánea, sin planificación alguna, y sujeto a una supervisión y control por parte del Estado muy débiles, lo que ha dado lugar a una multiplicidad de efectores tanto públicos como privados claramente descoordinados y, aun, superpuestos. Un sistema de atención, en definitiva, que ofrece sus servicios de manera segmentada de acuerdo con la capacidad de pago del usuario y que se financia a través de un sistema regresivo donde el que más tiene paga menos. Por último, para completar un panorama poco halagüeño, es un sistema que no se adapta a la realidad epidemiológica y demográfica del país.

La duplicidad de recursos humanos y económicos, la superposición de actividades, la brecha entre el modelo de atención y las patologías predominantes, y la no correspondencia entre la magnitud del gasto y los resultados obtenidos – a la que contribuye la demanda inducida por una sobreoferta de médicos, producto para algunos de la falta de planificación de los recursos humanos para la salud – son las características que hacen que el sistema sea catalogado como ineficiente. Su modelo de financiación de carácter regresivo, en el que los servicios públicos se financian con fondos fiscales, los seguros de prepago con el aporte igualitario de todos sus afiliados y a los cuales sólo 20% de la población tiene acceso a través de la Seguridad Social – aun cuando por otras razones pueda tener dificultades en el acceso –, y la fragmentación del sistema en servicios de diferente calidad de atención dirigidos a distintos grupos de población discriminados por su capacidad de pago configuran su marcada inequidad.

Como se dijo líneas arriba, en menor o mayor medida todos estos puntos se encuentran en la génesis misma del sistema, pero, lo que es más importante porque constituye un elemento histórico que hay que tener en cuenta a la hora de emprender reformas, son los aspectos de los cuales se tenía conciencia desde sus orígenes.

La omisión del Estado en su función de rectora del sistema fue marcada ya en los años veinte. Los planteos del SMU en esos años en el sentido de controlar el funcionamiento de las mutualistas son por demás elocuentes. Por otra parte resulta una situación en algo compa-

nable a lo que sucede hoy día con respecto a los seguros parciales y a los privados para los que se pide una mayor normativa. Estos seguros surgen ante carencias o disfunciones de las IAMC, como anteriormente surgieron las propias IAMC ante la ausencia de cobertura de grandes grupos de población por parte de la medicina privada particular.

La falsa dicotomía entre asistencia y prevención, la necesidad de priorizar las acciones de este último tipo y la desmesurada importancia que se le otorgaba a la asistencia también se señalaron, como ya se vio, en la década de los veinte. De igual modo la superposición y descoordinación de los servicios – por lo menos de los del sector público – era notoria, y así se indicó en ocasión de crearse el Consejo de Salud Pública.

De igual modo que hoy se pone en tela de juicio la calidad de la atención que se brinda, setenta años atrás también se consideraba que la misma no era satisfactoria ni a nivel del sector privado de las mutualistas ni a nivel público.

De igual forma, el crecimiento de las mutualistas en los años veinte y treinta se vinculaba a un *exceso* de médicos derivado de la creciente matrícula en la Facultad. E incluso, lo que es más importante, este exceso de médicos, al igual que ahora, se señalaba como un factor distorsionante de las condiciones de trabajo médico, del sistema de atención y de la calidad de la misma.

El modelo de financiamiento también fue cuestionado en aquellos años. El sistema de seguro de prepago voluntario implementado por las mutualistas era catalogado como inequitativo y ya en los años cuarenta el CASMU había planteado la instrumentación del sistema de copago como medida correctiva que finalmente no se generalizó.

Vale decir entonces que excepto la segmentación de la atención por nivel de ingreso, que aparentemente era aceptada por todos, los demás aspectos que hoy son problemas capitales del sistema ya se señalaban como tales hace sesenta o setenta años. Incluso algunas de las soluciones posibles, como la implementación de un seguro de enfermedad general para todos los trabajadores, fueron planteadas en aquellos años. Y también en ese momento se delineó su instrumentación a través de la infraestructura y los recursos ya instalados.

Es cierto que todos estos cuestionamientos, así como las soluciones posibles, provenían del Sindicato Médico del Uruguay, y que no necesariamente fueron compartidos por otros grupos de presión importantes, pero también es verdad que el peso de las opiniones de la Institución en los ámbitos de decisión era mucho mayor entonces que ahora.

En los años comprendidos entre 1940 y 1955 aproximadamente, los cuestionamientos a la organización del sector fueron menores, lo que puede explicarse en parte por las muy buenas condiciones generales del país que ayudaron a disimular los problemas estructurales del sistema de atención. Por estas mismas razones no es llamativo que posteriormente, al ingresar en un período de crisis, los problemas detectados hayan sido los mismos que veinte o treinta años atrás, y que las soluciones propuestas se hayan orientado – como se había sugerido antes – hacia los seguros nacionales de salud. Sin embargo, un agravante de la situación era el encarecimiento de la atención como consecuencia de la incorporación creciente de tecnología y de la incidencia cada vez mayor de la industria del medicamento.

En las décadas de los sesenta y setenta comenzó a destacarse la existencia de una desproporción entre los recursos destinados al sector y los resultados obtenidos teniendo en cuenta el aumento del porcentaje del PBI que insumían los gastos en salud, mientras que se señalaba la incidencia negativa de la superposición y duplicidad de recursos – resultado de la organización caótica del sector –, en términos de eficiencia escasa, y se ponía de manifiesto la regresividad del modelo de financiamiento.

Cabe preguntarse si ante problemas de tan larga data, bien conocidos por todos los actores del sistema prácticamente desde que éste comenzara a funcionar y para los cuales se han intentado numerosas reformas que contaban con el acuerdo de las mayorías, es posible pensar en un cambio del sector en el corto o aun en el mediano plazo.

En este sentido, existen algunos elementos nuevos que surgen de los análisis del sistema de atención que pueden ser indicadores de la viabilidad de una reforma aunque no de su signo.

Por un lado, la brecha entre el perfil epidemiológico de la población y el modelo asistencial, que opera como un argumento de fuerza al interior del propio cuerpo médico. Por otro, la intención manifiesta de los usuarios en la gestión de los servicios, que sin duda apunta a ser un

elemento regulador de los costos operativos de las instituciones y de la calidad de la asistencia. Ambos fenómenos van, en cierta medida, en un mismo sentido. El control de las enfermedades crónicas pasa por una modificación de hábitos y pautas culturales que son pasibles de instrumentar por medio de acciones de promoción y prevención en las que es imprescindible la participación de su destinatario. A su vez, la modificación de la actitud de sobredemanda de servicios (como parte incluso de los cambios de hábitos señalados), tradicional en el usuario *medicalizado*, que opera en el sentido de la reducción de costos, se facilitaría con la participación de los mismos en la gestión de los servicios.

* * *

LOS ANTECEDENTES DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD:

LOS PROYECTOS DE SEGURO DE SALUD⁹³

En el Uruguay, desde hace muchos años, se registran con creciente insistencia, planteamientos sobre estas cuestiones, con diverso sentido y proyección e, incluso, de diferente orientación.

Estos planteamientos se traducen, a nivel político, en el Poder Ejecutivo (por intermedio de los Ministerios interesados directamente: MSP y MTSS) y en el Parlamento, en la formulación de proyectos para la creación de un SEGURO NACIONAL DE SALUD, o la constitución de comisiones para la revisión del sistema o de las iniciativas en curso. A su vez, los sectores interesados (médicos, trabajadores de la salud, sociedades mutualistas o eventuales beneficiarios del sistema), se expresan por sus respectivas instituciones, en declaraciones, resoluciones, bases programáticas, contribución a la integración de grupos de trabajo, o a la redacción de anteproyectos y, muy especialmente, por actos, conferencias y jornadas, dirigidas a formar una opinión pública sobre los asuntos implicados.

93 YANNICELLI PRADERI, Eduardo Carlos: Información básica sobre Estructura Sanitaria y Seguros de Salud en el Uruguay. Edición mimeografiada del SMU, marzo de 1974, 222 páginas. Este trabajo fue producto de un Llamado a Aspirantes realizado en 1972 por el SMU para este propósito.

Los antecedentes nacionales más remotos con participación de médicos, parecerían situarse en 1923, en el curso de la III Conferencia Sudamericana de Higiene y Patología, donde se habría presentado, por el Dr. Rómulo Silva, un anteproyecto de “Seguro de Enfermedad”. El mismo, aparentemente (inspirado en el de Acevedo, que se alude supra (No. 421), no llegó nunca al ámbito parlamentario, pero fue recogido y publicado en el Boletín Oficial del SMU en 1931. Se trataba de una iniciativa limitada en cuanto a los beneficiarios, obreros y pequeños empleados, a los que se servirían prestaciones sanitarias y económicas por intermedio del Banco de Seguros del Estado. Dicha Institución quedaría también facultada para controlar las actividades de las sociedades de asistencia médica, y, en particular, para impedir el desarrollo de las empresas comerciales de asistencia colectivizada que, ya entonces, comenzaban a provocar justificada preocupación. La primera mutualista, la “Asociación Española 1ra. de Socorros Mutuos”, aún existente, tenía, a la fecha de la ponencia del Dr. Silva, 70 años, pues había sido fundada el 25 de noviembre [setiembre] de 1853.⁹⁴

Fue seguida, en 1854, por la Sociedad Francesa y en 1862 por una serie de sociedades o círculos de inmigrantes italianos. El mutualismo nacional, tuvo sus inicios con la creación de la Asociación Fraternidad en 1886, mientras que sectores confesionales prolongaban sus actividades en este campo en 1885, con la fundación del Círculo Católico. El proceso continuó ininterrumpidamente, comenzando a funcionar también las primeras empresas con fines de lucro.

En fecha más reciente, 1935, y respondiendo a una filosofía diferente y otro compromiso social, “el ambiente mutual fue sacudido – (según la expresión de DE FERRARI [Francisco]⁹⁵, en “Los principios de la seguridad social”, p. 152) por la aparición de un nuevo género de asistencia médica a cargo del CASMU”.

Aunque, ni los planteamientos de 1923, o la experiencia del sistema de asistencia colectivizada hayan conducido a la implantación de un “Seguro Nacional de Salud”, un cuadro de antecedentes sobre este particular resultaría incompleto si no se comienza teniendo presente la

94 TURNES, Antonio L.: La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en su 150º aniversario. 7 de octubre de 2005. En: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/aepsm.pdf (Consultada el 24.07.2019).

95 Francisco de Ferrari fue Catedrático de Derecho Laboral y de la Previsión Social de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay.

existencia de la amplia red de instituciones de asistencia colectivizada cuya dimensión actual se estableció en el No. 242 (pág. 34 y sig.), de la primera Parte.

Es una constante – desde la ponencia del Dr. Silva – que las iniciativas partan, de la situación del “mutualismo”, en el momento que se formulan: sea para mantener o universalizar el sistema, sea para corregirlo, sea para adoptarlo transitoriamente, sea para abolirlo y sustituirlo.

Por lo demás, la reglamentación legal de la actividad de los organismos mutuales, si bien se concretó recién en 1943, tiene antecedentes bastante lejanos, pues ya en 1913 el Dr. Toscano había presentado al Parlamento un proyecto en este sentido (V. De Ferrari, op. cit., p. 153).

Al referirse a los antecedentes que figuran en las carpetas del Parlamento, Eduardo Yannicelli consigna que:

En los subsiguientes párrafos se pasa revista a una serie de proyectos relacionados con el Seguro de Salud que fueron presentados al Parlamento, pero que no llegaron a concretarse en soluciones legislativas.

Dadas las disposiciones constitucionales, los proyectos de que a continuación se trata ya no pueden tener trámite parlamentario, pero su revisión sirve para tener una idea del proceso de ideas y opiniones sobre estos tópicos. Ha de advertirse, además, que los proyectos que, para mejor cumplir con la finalidad indicada, se ordenarán cronológicamente, poseen diverso alcance y valor. En algunos casos, quienes los firman han consultado o tenido el asesoramiento de técnicos, - o lo son ellos mismos -; en otros, han prescindido totalmente de requerir el consejo de médicos o especialistas en seguridad social. Esta última observación es válida respecto de los proyectos ya perimidos como tales, que se resumen en este numeral, de los que están a estudio en la actual legislatura.

A continuación realiza un análisis sintético de los trece proyectos que enumera, de lo que extractamos su contenido fundamental:

1. **Proyecto Regules – Brena.** En 1939 los doctores (en Derecho) D. Regules y T. Brena presentan un Proyecto de Ley que otorga a los *trabajadores rurales* el régimen de “seguro de desocupación, enfermedad, invalidez o muerte”.

2. **Proyecto Salgado.** En **1941** el Dr. R. M. Salgado, presenta un Proyecto de Ley por el cual se declara “obligatorio el seguro de enfermedad e invalidez, **para toda persona menor de 65 años de edad...**” **en actividad** hasta un tope determinado de ingresos, fundando su proyecto en la necesidad de dar cumplimiento a los Convenios No. 24 y 25 de la OIT y porque sería “una injusticia social de incalculable magnitud” no proceder a “amparar a nuestros trabajadores contra los riesgos de la enfermedad o de la invalidez, esta última, en las etapas aún no consideradas por nuestra legislación social”.
3. **Proyecto Grauert – Rubio.** En **1947** con las firmas del Dr. H. Grauert, Sr. A. Rubio y otros, se presenta un proyecto de ley por el que se crea “en la República el **Seguro Social de Salud**” declarándose obligatorio para toda persona que mantenga alguna relación de trabajo y reciba alguna renta, pensión, jubilación u otra forma de ingresos.
4. **Proyecto Cardoso – Dubra.** En **1952** los Dres. J. P. Cardoso (médico) y A. Dubra (abogado) proyectan la constitución del “Instituto de Medicina Social que administrará el **Plan de Socialización** de la Medicina”, que comprende prestaciones **Sanitarias** para todas las personas residentes en el país y prestaciones **económicas**, por causa de enfermedad y maternidad, a empleados, obreros y pequeños patronos. Su aplicación sería progresiva, en 4 años, por sectores territoriales y núcleos demográficos a determinar.
5. **Proyecto de la Comisión Técnica del MSP.** En **1957** una Comisión técnica especial del MSP, integrada por el Dr. J. Purcallas y otros, entregó al Ministerio de la época y éste lo pasó a estudio de la Comisión Especial de Seguro General de Salud, un proyecto de ley creando el “Sistema de Seguridad de Asistencia y Enfermedad” definido como un “servicio público de carácter obligatorio”. Sus fines eran servir prestaciones sanitarias (médicas, preventivas, odontológica, farmacéutica) y prestaciones en dinero a los beneficiarios del sistema en ocasión de enfermedad, accidente, maternidad, niñez, fallecimiento.
6. **Proyecto Erro.** En **1959** el Sr. E. Erro presentó un proyecto de ley por el que, con carácter general, se instituía el “Seguro

Obligatorio por Enfermedad, Seguro de Paro y Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte” para toda persona mayor de 18 años que habite en el país. Los beneficios comprendían: la asistencia médica, farmacéutica, odontológica – incluyendo prótesis – y protección al niño hasta los 17 años de edad. Además se garantizarían prestaciones económicas a los asalariados, equivalentes al 100% del promedio de ingreso de los últimos 12 meses trabajados.

7. **Proyecto RODRÍGUEZ CARRASCO.** El Dr. H. Rodríguez Carrasco presenta un proyecto de “Seguro de Asistencia Nacional y Subsidio por Enfermedad”. Los beneficiarios del sistema serían los obreros y empleados y funcionarios del Estados e hijos de éstos hasta 16 años de edad, y en una futura etapa los pasivos.
8. **Proyecto LANZA Y OTROS. En 1967** los Dres. A. Lanza (médico), H. Batalla (abogado) y Sr. P. Cersósimo, presentan un proyecto de creación del “Seguro Social” con carácter obligatorio. El organismo dependería del Banco de Previsión Social relacionado con el Poder Ejecutivo por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Se prestaría asistencia integral, odontológica, farmacéutica debiendo ser “oportuna, eficiente e igualitaria” y prestaciones económicas (asignaciones, subsidios por enfermedad, etc.).
9. **Enmiendas propuestas por una Comisión Técnica del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En 1968.** Una vez presentado en la Cámara de Representantes el proyecto del doctor Lanza y otros legisladores, pasó a una Comisión Especial de Seguro de Salud. Además, fue comunicado al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, siendo objeto de estudio inicial en el seno del “Grupo de Trabajo Tripartito (OIT)”, con motivo de responderse al cuestionario formulado por la Oficina Int. del Trabajo en relación con el Informe VI (1) de la 52ª. Conferencia General de la Organización. En una segunda etapa, pasó a ser examinado por una Comisión Técnica, creada en el mismo Ministerio, para considerar los problemas inmediatos, de mediano y largo plazo que planteaban los regí-

menes de seguro de enfermedad, cuya superintendencia compete a ese Ministerio desde 1967.

10. **Proyecto BARI GONZÁLEZ – GUTIÉRREZ – CURA. A fines de 1968**, los señores B. González, A. Gutiérrez, I. Cura y otros, presentaron en la Cámara de Representantes, otro proyecto por el que se crearía el “Seguro Nacional de Enfermedad” para otorgar asistencia sanitaria y subsidio por enfermedad a los afiliados activos y pasivos de distintas Cajas de Jubilaciones. Este nuevo proyecto coincide bastante con los precedentes en cuanto a prestaciones asistenciales; monto del subsidio (70% del salario), pasaje al sistema de otros servicios asistenciales (Consejo del Niño en lo pertinente, Banco de Seguros, Asignaciones Familiares); exceptuándose al Ministerio de Salud Pública y las dependencias de la Universidad que podrían ser no obstante, utilizadas por el Seguro. Las diferencias son más notorias a nivel de las autoridades. En este proyecto, el Consejo Directivo tiene 3 representantes nombrados por el Poder Ejecutivo; 2 obreros y empleados; 2 patronales, 1 delegado de funcionarios del Estado, 1 de jubilados y pensionistas. Los cargos serían honorarios, salvo el Presidente que tendría dedicación total.
11. **Proyecto ROVIRA.** En diciembre **de 1968** el señor A. Rovira presentó un proyecto de creación del “Consejo Coordinador de la Seguridad Social”. Este proyecto comporta 7 artículos, para dirigir, coordinar y administrar organismos y dependencias para-estatales y privadas. Se crea un Consejo “supremo” de 5 miembros nombrados en su totalidad por el Poder Ejecutivo. Esta superintendencia jerárquica, se ejerce sobre el régimen de asignaciones familiares y servicios conexos (cuyo Consejo Central desaparece sustituido por el que se crea); sobre los seguros de enfermedad vigentes: seguros de desocupación, bolsas de trabajo, instituciones mutuales. Si bien involucra los aspectos asistenciales que tienen estos organismos bajo su responsabilidad, el objetivo indudable del proyecto no es este aspecto –fundamentalmente– sino la centralización y mayor contralor del poder político de todo el sistema de la seguridad social.

12. **Proyecto ELICHIRIGOITY.** En diciembre **de 1970** el señor F. Elichirigoity, presentó un proyecto de creación del “Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS)” que “tiene por finalidad la promoción de la seguridad social, en su carácter de servicio público”. El Consejo Central de Asignaciones Familiares pasa a denominarse CNSS y, entre otras, tendrá por cometido: “la distribución discriminada de la renta nacional para la universalización de la salud...”
13. **Proyecto de creación del “Instituto de Seguridad Social”.** Este proyecto fue cursado al Parlamento con Mensajee del Poder Ejecutivo de fecha **3 de diciembre de 1970**, por intermedio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En función de esta iniciativa, el Poder Ejecutivo devolvió, sin promulgar, con observaciones, un nuevo seguro de enfermedad, sancionado para el gremio de la bebida. Las características de este proyecto son las siguientes: Modifica la denominación, integración y competencias del CCAF que pasa a llamarse “Instituto de Seguridad Social” (ISS). El Directorio se integra con 4 delegados del Poder Ejecutivo (uno de ellos representando al BPS); 3 delegados de los empleadores y 3 delegados de los trabajadores. Reelegibles los delegados patronales y de los trabajadores, que duran 5 años en sus cargos. Destituíbles en cualquier momento, sin expresión de causa, los delegados del Poder Ejecutivo. Todos ellos rentados. El P. E. dice quienes ejercerán la Presidencia y la Vice-presidencia, de sus delegados. El ISS tendría por cometido, todas las prestaciones y servicios a cargo del CCAF y las Cajas de su dependencia; todas las prestaciones por concepto de seguro de salud o enfermedad y toda otra prestación de índole o de naturaleza similar, menos las cometidas al BPS y sus Cajas. En este proyecto no se decide, sino se “aspira” integrar al ISS, el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales del BSE, indicándose el camino a seguir.

Finalmente en este capítulo, E. Yannicelli presenta una tabla comparativa de los proyectos sobre Seguro de Salud, donde consta su año de presentación, autor(es), denominación y forma de administración,

participación de los médicos en la administración y beneficiarios. Pero cierra el capítulo con esta frase:

Desde el año 1924 han entrado en Cámara de Representantes 84 proyectos sobre seguros de enfermedad parciales o nacionales, algunos transformados en ley, a la fecha actual. En anexo puede verse dicha lista.

No se menciona por los autores citados que **entre 1972 y 1973 el Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Pablo Purriel impulsó la elaboración de un Proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud**, para cuya redacción convocó a diversas figuras sanitarias de la época: Dres. Tabaré Caputi, Aron Nowinski, Julio C. Ripa, Samuel Villalba, Hugo Villar y Eduardo Yannicelli Praderi, entre los más recordados. Este proyecto no alcanzó estado parlamentario, por haberse producido la renuncia del Ministro en ocasión del quiebre institucional producido el 27 de junio de 1973, con la disolución del Parlamento.

Sin embargo, en forma contradictoria y sin mencionar este trabajo institucional, Miguel I. Dicancro⁹⁶ al hacer en 1986 referencia a los Proyectos de Sistemas, Servicios o Seguros Nacionales de Salud en el Uruguay, señala:

“Hace más de medio siglo que se viene hablando de ellos, dado que ya Musio⁹⁷ en 1930, expresaba su preocupación por las deficiencias del mutualismo y planteaba la necesidad de su intervención por parte de la Asistencia Pública Nacional (APN), que fuera la antecesora del actual MSP, y de organizar un nuevo sistema a cargo del Estado.

“Se mencionan decenas de iniciativas, anteproyectos y proyectos de sistemas, servicios o seguros de salud y aun de enfermedad según se les ha ido denominando a través del tiempo (y no siempre su denominación acompañó conceptualmente a su contenido), pero todos reconocieron indudablemente la ineficiencia tanto del Sector Mutual como del Sector Público de la Salud, así como la necesidad de remodelarlos conceptual, estructural y financieramente. Recordamos los proyectos de los Dres. Lanza y Purcallas, así como los de los Profs. Dres. P. Purriel y R. Yannicelli, habiendo sido ambos honorables y distinguidos Ministros de Salud Pública. El Proyecto de Yannicelli es memorable porque introduce un concepto fundamental que no se había tenido suficientemente en

96 DICANCRO, Miguel: Crisis en Salud. El “Crack” económico-financiero del Mutualismo. Tomo II, Colección de Breviarios de Salud del Uruguay, No. 3, 1987, P 169 y siguientes.

97 Dicancro se refiere al Dr. Lorenzo Mussio [médico graduado en 1924], en su publicación “El Batllismo”, Montevideo 20 de junio y 20 de febrero de 1930.

*cuenta hasta entonces, que es el de considerar la insuficiente disponibilidad de alimentos, que conduce a la desnutrición como un factor de riesgo de salud y social, a ser cubierto por el seguro como un derecho inalienable del ciudadano*⁹⁸ *lo que en cierta medida recogiera Lanza varios decenios después, al frente de la Intendencia Municipal de Montevideo en su Plan Alimentario que aún tiene vigencia (y que cubre unas 30.000 personas diarias), y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a través de su Programa Nacional de Complementación Alimentaria del Instituto Nacional de Alimentación (INDA). (...)*

*“Recientemente, más precisamente el 23 de julio de 1986, en nombre de la Bancada Nacionalista del Senado, se publicó un nuevo proyecto de SNS que, esta vez más acertada y modestamente, denominaron “Anteproyecto de Ley que Institucionaliza el Sistema Nacional de Salud” y que, sin embargo, no tenemos conocimiento de que haya ingresado formalmente a ese máximo Cuerpo Legislativo ni de que a la fecha haya sido tratado en su seno.”*⁹⁹

Más adelante en el capítulo IX, titulado Resumen Crítico de la “Exposición de Motivos del Proyecto”, con relación al Proyecto de Ley presentado por el Ministerio de Salud Pública en diciembre de 1985, expresa:¹⁰⁰

“Posteriormente, bajo el título de “Algunos antecedentes”, se dedican dos páginas (págs. 8 y 9) a comentar precisamente los antecedentes de medio siglo, tanto de Recomendaciones de las Convenciones Médicas Nacionales, como de los 16 Proyectos que, según el MSP, llegaron a nivel parlamentario¹⁰¹, que en ningún caso alcanzaron la sanción legislativa. Seguidamente, en el mismo capítulo se transcribe la recomen-

98 Dicancro establece con llamada al pie: “Yannicelli [Ricardo B.] sostiene que la alimentación es tan imprescindible para la salud, que su carencia o insuficiencia constituye un riesgo de salud y de vida de la mayor magnitud, por lo cual debe ser agregada a los otros riesgos de salud tradicionales habitualmente contemplados y cubiertos por los seguros específicos. Además, el Uruguay, por sus favorables características naturales, tiene suficiente capacidad para producir esos alimentos imprescindibles, por lo que estaría en perfectas condiciones de satisfacer fácilmente los riesgos de carencia o insuficiencia de alimentos y los que estos generan: la desnutrición y malnutrición, particularmente infantiles.”

99 Dicancro mediante nota al pie indica que: “Sin embargo, el Proyecto fue impreso en el Senado en carpeta No. 572 y distribuido a sus miembros con el No. 302 de agosto, 1986.”

100 DICANCRO, Miguel: op. cit., p. 205-209.

101 Dicancro pone una llamada al pie del texto y acota: “Tampoco concordamos con esta información, dado que en el Archivo de Publicaciones de la Cámara de Representantes solamente se registran cuatro Proyectos de Ley efectivamente tratados por el Cuerpo: 13 de marzo de 1963 del diputado H. Rodríguez Carrasco; 14 de junio de 1967 de A. Lanza, H. Batalla y H. Gutiérrez Ruiz, U. Tourné, G. García Costa, D. Ortiz, etc.); de 1968, de M. Heber, H. Tourné, G. García Costa, D. Ortiz, etc.; y del 15 de marzo de 1972, como Seguro Nacional de Enfermedad, presentado por M. Boada, N. Cousin, etc. Recientemente, con fecha 23 de julio de 1986, la Bancada Nacionalista del Senado de la República publicó un “Anteproyecto de Ley

dación de la Concertación Nacional Programática de 1985 referente a la Propuesta de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que, si los autores de este documento del MSP hubieran aplicado e instrumentado adecuadamente, es probable que hubieran logrado preparar un Proyecto de mayor nivel técnico que este elevado al Poder Ejecutivo.”

Desde 1960 en adelante se dictaron diversas leyes de seguros de enfermedad parcial para grupos de trabajadores de distintas actividades:

Ley No. 12.839 de 22 de diciembre de 1960, que estableció el Seguro de Enfermedad, de Invalidez y de Asistencia y demás prestaciones Médicas y Farmacéuticas para los obreros y empleados de todas las actividades de la industria de la construcción y ramas conexas. (La Comisión Honoraria Administradora del Seguro de Enfermedad de la Construcción, **CHAMSEC**).

Ley No. 12.905 de 13 de julio de 1961 para los obreros en el régimen de compensaciones por desocupación zafra y empleados de **Barracas de Lana**, Cueros y Afines.

Ley No. 13.096 de 11 de octubre de 1962 que dispone los beneficios de seguridad social para trabajadores del Puerto de Montevideo, Estibadores (**CHASEOP**).

Ley No. 13.244 de 20 de febrero de 1964 que crea el seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para obreros y empleados de la industria de la madera y afines. (**CASEM**).

Ley No. 13.283 de 24 de setiembre de 1964, de creación de seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para obreros y empleados de la industria del metal (**CHASEIMA**).

Ley No. 13.488 de 18 de agosto de 1966, de creación del seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para el transporte automotor (**CHASITA**).

Ley No. 13.490 de 18 de agosto de 1966, de creación de seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas de la **industria textil**, para obreros y empleados.

que Institucionaliza el Sistema Nacional de Salud” que, sin embargo, no ha sido considerado ni discutido por ese Cuerpo legislativo.

Ley No. 13.504 de 4 de octubre de 1966, que dispone la creación del seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para trabajadores de la industria gráfica, librerías y personal de empresas periodísticas. **(SEIGA)**.

Ley No. 13.560 de 26 de octubre de 1966, que instituye el seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para tripulantes de buques mercantes y de pesca de bandera nacional de empresas privadas **(CHASEPE)**.

Ley No. 13.561 del 26 de octubre de 1966, de creación del seguro de enfermedad, invalidez, asistencia, prestaciones médicas y farmacéuticas para los trabajadores de la **aguja**.

Todas las mencionadas leyes tuvieron sus leyes modificativas y decretos reglamentarios.

Eran preexistentes las leyes vinculadas a los Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales:

Ley No. 5.032 de 21 de julio de 1914 sobre prevención de accidentes del trabajo y disposiciones reglamentarias;

Ley No. 10.004 de 28 de febrero de 1941, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, su regulación.

Ley No. 12.949 de 23 de noviembre de 1961, seguridad social. Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales.

La Ley No. 10.449 de 12 de noviembre de 1943, de Consejos de Salarios y Negociación Colectiva, en su artículo 21 y siguientes, estableció las **Asignaciones Familiares** y su administración por las Cajas de Compensación y Asignaciones Familiares, creando un Consejo Central de integración tripartita (Poder Ejecutivo, delegados de los patronos y de los trabajadores). Dicha norma fue modificada por la Ley No. 11.618 de 20 de octubre de 1950 y por la Ley No. 12.485 de 26 de diciembre de 1957.

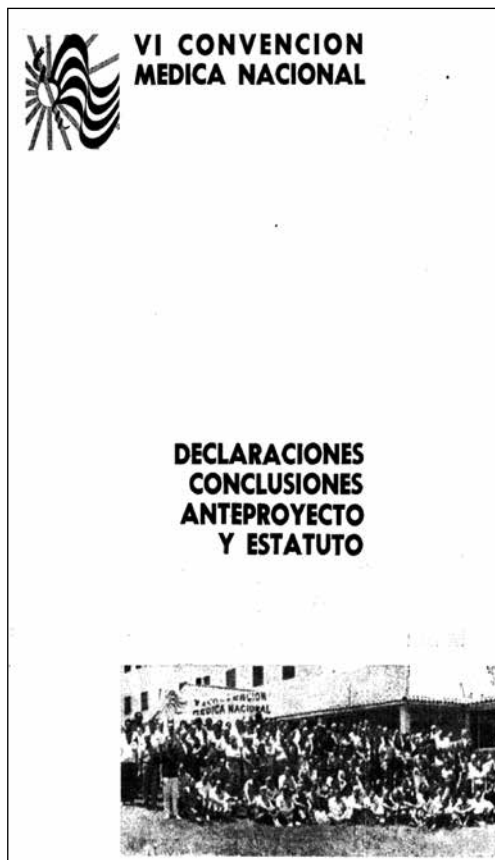
A su vez, por la **Ley No. 12.572 de 30 de octubre de 1958** se instituyó un régimen de **salarios por maternidad** cuya prestación y administración se cometió al Consejo Central de Asignaciones Familiares.

Esta multiplicidad de normas sufrió diversas variantes, y es así que recién a partir de 2007 se inició un nuevo camino de reforma de las prestaciones en salud, para hacerlas universales, ampliando la cobertu-

ra a la población, en un plan de adquisición progresiva de derechos, que constituye, finalmente, la Reforma del Sistema de Salud, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), la descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

ANEXO 2

CONCLUSIONES DE LA 6ª. CONVENCION MÉDICA NACIONAL (1972) SOBRE EL SEGURO DE SALUD





VI CONVENCION
MEDICA NACIONAL

ESTRUCTURA SANITARIA Y SEGURO NACIONAL DE SALUD

CONCLUSIONES

Comisión Redactora:

Dr. Julio C. Ripa
Dr. Mario C. Pareja Piñeyro
Dr. José Royol
Dr. Hugo Villar

I. — FUNDAMENTOS DOCTRINARIOS BASICOS

1) Concebida la **salud** como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo ausencia de enfermedad", tal como lo postula la Organización Mundial de la Salud, y siendo un **derecho de todos** los habitantes del país, sin ningún tipo de discriminación; es **responsabilidad del Estado hacerlo efectivo y deber de los integrantes de la comunidad participar activamente en su cuidado.**

Para cumplir con este propósito fundamental se asegurará **atención médica igualitaria**, integral, eficiente, oportuna, continua, humana, del mejor nivel posible y **organizada**, a través de un **sistema nacional de salud**, que no excluirá el ejercicio privado individual del médico.

La salud como necesidad vital, esencial y permanente de todo ser humano, **deberá integrar el sistema de seguridad social nacional**; y por ser **interdependiente con el desarrollo económico-social**, no podrán alcanzarse los niveles de salud que se postulan, sin desarrollo integral del país.

2) Todo integrante de la sociedad en edad activa, tiene **derecho al trabajo**. Es responsabilidad del Estado asegurar condiciones de trabajo dignas y remuneraciones justas.

3) Siendo la salud un proceso de realización colectiva, deben establecerse las condiciones que permitan la vigencia plena del derecho a la **participación** activa, consciente, organizada y efectiva **de la comunidad**, como usuaria de los servicios, **y de los trabajadores de la salud**, como prestatarios de los mismos; en todos los niveles de la administración del sistema.

4) El mejor funcionamiento del sistema obliga a hacer efectivo el **derecho a la dirección técnica** de los servicios de salud, como garantía esencial de que las decisiones políticas responden a los auténticos intereses y necesidades de la comunidad.

5) Un principio básico de justicia distributiva impone el **deber de financiar los servicios de salud en forma universal y proporcional a la capacidad económica de cada uno de los miembros de la comunidad.**

II. — LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

Se debe estructurar en forma de un **sistema nacional** hasta culminar, en el menor plazo posible, en un **servicio nacional de salud**.

Se reconoce la atribución irrenunciable del Estado de establecer los lineamientos generales de la política del sector; pero se considera indispensable **el mayor grado de autonomía posible**, a efectos de asegurar que los propósitos y las funciones específicas asignadas al sistema no sean distorsionadas por factores ajenos a los auténticos intereses de la comunidad.

1. **El gobierno del sistema** debe estar a cargo de un **organismo colegiado** integrado con representantes del Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina, el gremio médico, trabajadores no médicos de la salud y los usuarios organizados.

Los representantes de las instituciones no oficiales deben ser electos directa y democráticamente por las organizaciones que en cada caso, sean las más representativas de los respectivos grupos, de acuerdo a las normas legales vigentes en el país.

Dicho organismo tendrá como **cometidos esenciales**: participar en la elaboración de la política del sector; preparar planes, programas y presupuestos, y definir las normas generales del funcionamiento del sistema.

2. **La administración** se hará efectiva a través de, por lo menos, tres niveles:

a) **Central**, a cargo: **en lo normativo**, del organismo de gobierno definido en el numeral anterior; y **en lo ejecutivo**, de la **Dirección General de Salud**, que deberá participar asimismo en la elaboración de las normas;

b) **Intermedio**, como mecanismo articulador entre el nivel central y el local. La definición del nivel intermedio exige previamente un análisis exhaustivo que tome en cuenta las condiciones demográficas, sanitarias, económicas, sociales y culturales; los medios de comunicación disponibles, así como la accesibilidad y grados de complejidad de los servicios existentes, dando prioridad al criterio funcional sobre el geográfico; y

c) **Local**. Siendo la salud un problema eminentemente local se debe asegurar la mayor descentralización posible para el cumplimiento de los programas elaborados con la mayor participación de la comunidad en la solución de sus propios problemas.

Los cargos de administración médica deben ser desempeñados por personas con capacitación adecuada en la especialidad.

Además de la indispensable **coordinación e integración** de los servicios que forman parte del sistema, se considera necesario asegurar efectivos mecanismos de **coordinación extrasectorial**, en especial con la Facultad de Medicina, para el mejor cumplimiento de las funciones de educación y de investigación.

El sistema deberá incrementar la **cobertura de los servicios** hasta hacerlos accesibles a todos los habitantes del país, en el menor plazo posible; y asegurar el mejor nivel asistencial, compatible con los indispensables requisitos de la dignidad humana.

III. — FINANCIACION DEL SERVICIO

Como objetivo final, se considera que la financiación del servicio deberá ser de responsabilidad total del Estado, a través de la contribución de todos los habitantes de acuerdo a su capacidad económica.

Las fuentes de financiación, en las etapas inmediatas, deberán ser de natu-

raleza tripartita, mediante el aporte de los trabajadores, los empleadores y el Estado, que pagarán en relación a los salarios, para asegurar a todos los trabajadores y familiares a su cargo.

El Estado también deberá asegurar la atención médica de indigentes y pasivos, a través de un porcentaje del Presupuesto Nacional.

Se crearán además fondos propios a través de impuestos a los capitales extranjeros y a las tierras improductivas, a las rentas excesivas, así como lo resultante de la lucha contra el agio, especulación, juego, bebidas alcohólicas y tabaco.

El sistema contará con un organismo propio de recaudación, que asegure la percepción de los recursos financieros en cantidad suficiente y en forma oportuna.

IV. — ETAPA DE TRANSICION

1. Como objetivo inmediato extender la **cobertura** a todos los trabajadores y los familiares dependientes económicos de los mismos, y buscar los mecanismos que aseguren mejores niveles de atención a los indigentes, pasivos, y a las áreas más desprovistas.

2. **Condiciones de trabajo y remuneración.** (Van incorporadas en las conclusiones sobre Estatuto de Trabajo Médico).

De cualquier manera señalamos que es necesario establecer mecanismos que permitan la concentración del trabajo médico en no más de dos instituciones, a fin de asegurar que la jornada de trabajo se cumpla en condiciones adecuadas y con una mayor eficacia.

3. Se deberá crear en forma inmediata, un **organismo responsable de asegurar la pronta coordinación de los servicios**, la definición de normas asistenciales, administrativas y contables, los requisitos básicos que deben satisfacer los servicios, así como mecanismos de supervisión y control; con la participación efectiva de los prestatarios y usuarios en condiciones paritarias, de acuerdo a lo que establece la Recomendación 69 de la Organización Internacional del Trabajo, de la que es signatario nuestro país.

Se entiende indispensable **capacitar** adecuadamente a las personas responsables de la administración de los servicios, a efectos de mejorar el funcionamiento de los mismos.

Se considera caduco el decreto-ley de 1943 que regula la actividad de las instituciones de asistencia colectivizada.

4. En una etapa inmediata se deberán poner en marcha **mecanismos de coordinación e integración con los servicios existentes**, tanto en el ámbito público como privado, que aseguren una mejor utilización de sus recursos humanos y materiales; lo que exige un estudio previo de dotación y distribución.

5. Se considera imprescindible: a) la creación de **mecanismos financieros** que permitan a los organismos de asistencia colectivizada enfrentar la crisis económica que pone en grave riesgo su existencia. Deberá tenerse en cuenta además la necesidad de establecer cuotas diferenciales, que introduzcan mayor justicia en la contribución de los afiliados.

Necesario: b) que la recaudación y administración de los actuales **seguros parciales** de enfermedad para grupos de trabajadores, sean centralizados en un organismo único, en el que tendrán participación los trabajadores, los empleadores y el Estado.

Por último: c) resulta esencial que el Estado incremente los fondos asignados al Ministerio de Salud Pública y a otros **organismos de asistencia pública**, como garantía mínima de asegurar niveles decorosos de asistencia médica.

ANEXO 3

INTRODUCCIÓN A LA HISTORIA DE LA TUBERCULOSIS

Se ha sostenido que la tuberculosis es una enfermedad que existe desde la más remota antigüedad, hallándose diversos testimonios, tanto en las Sagradas Escrituras como en la historia egipcia. Los griegos clásicos en la época de Hipócrates ya la conocían como enfermedad consuntiva, denominándola tisis, y los autores más modernos, como Areteo de Capadocia, o Galeno, también las citaron en sus textos. Aun cuando desconocieran su carácter contagioso, que fue sospechado por algunos, tenían claro que podía conducir fatalmente a la muerte.

En la Edad Media, tanto Averroes como Maimónides, también la citaron en sus tratados, identificando sus manifestaciones en el aparato respiratorio.

En los siglos posteriores, y particularmente cuando se iniciaron los estudios del sustrato anatómo-patológico de las enfermedades, fue evidenciada la manifestación de sus distintas formas clínicas, y también la precaución de no hacer tales estudios cuando se sospechaba estar ante un paciente tísico, para evitar el contagio. Si bien la idea no estaba manifiesta, se encontraba implícita en las precauciones de Morgagni y la transmisión a sus colaboradores.

EN EL DEUTERONOMIO

El Deuteronomio, uno de los libros más antiguos, componente de la Torá hebrea junto al Génesis, Éxodo, Levítico y Números, menciona entre las *Sanciones de la Ley*. *Bendiciones y maldiciones*, en:

28:21: “*Yavé hará que se te pegue la mortandad, hasta consumirte sobre la tierra y en que vas a entrar para poseerla.*”

28:22: “*Yavé te herirá de tisis, de fiebre, de inflamación, de ardor, de sequía, de quemadura y de podredumbre, que te perseguirán hasta destruirte.*”

28:23: “*Tu cielo, sobre tu cabeza, será de bronce, y el suelo, bajo tus pies, de hierro.*” 28:24: “*Yavé mandará sobre tu tierra, en vez de lluvia, polvo y arena, que bajarán del cielo sobre ti, hasta que perezcas.*” ¹⁰²



EN EL ANTIGUO EGIPTO

Señalan en su libro sobre la Medicina en el antiguo Egipto ¹⁰³ Cuenca-Estrella y Barba-Martín: “*Respecto a la situación de la tuberculosis en el Antiguo Egipto deben hacerse varias consideraciones. Como hemos señalado en capítulos anteriores, se han encontrado algunas obras de arte que parecen representar personas que la sufrían. Entre ellas destacan algunas estatuas y pinturas murales donde puede observarse individuos con jorobas o deformaciones de la espalda, quizá producidas por la tuberculosis ósea, e individuos emaciados y caquéticos, quizá afectados por una tuberculosis diseminada. Por otro lado, en los papiros médicos no se recogen menciones claras a esta infección. La sintomatología de la misma (tos, fiebre, debilidad, insuficiencia respiratoria...) pueden aparecer en muchos otros procesos patológicos, por lo que los citados textos egipcios no son fuentes útiles para su estudio.*” (...) “*Por tanto, las fuentes clásicas no son materiales fiables para el estudio de la tuberculosis en el*

¹⁰² NÁCAR FUSTER, Eloíno y COLUNGA, O. P., Alberto: *Sagrada Biblia*, versión directa de las lenguas originales. Sexta Edición. Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, MCMLV, pp.: 244.

¹⁰³ CUENCA-ESTRELLA, Manuel y BARBA, Raquel: *La Medicina en el Antiguo Egipto*. Editorial Aldebarán Ediciones, S.L., Madrid, 2004, 190 páginas; pp.: 110-114.

Egipto Antiguo, y han de emplearse otros métodos de análisis. Algunas características de la civilización egipcia como el hacinamiento típico de sus asentamientos urbanos, el contacto con animales domésticos que pueden transmitir la infección y las carencias nutricionales de una buena parte de la población hacen sospechar que era una enfermedad endémica en el Egipto faraónico. Las técnicas paleopatológicas han ayudado a resolver la cuestión. Para el estudio de la tuberculosis en Egipto se disponen de tres clases de vestigios, los restos esqueléticos, las momias evisceradas o no y las vísceras halladas en los vasos canopes. La mayoría de los estudios paleopatológicos se han realizado en restos esqueléticos en busca de evidencias



de tuberculosis ósea o enfermedad de Pott. La tuberculosis ósea suele producirse como complicación de la infección pulmonar. Los bacilos alcanzan la columna vertebral desde el tejido pulmonar, originando una respuesta inflamatoria que ocasiona la destrucción del tejido óseo. (...) Las primeras descripciones datan de autopsias realizadas a principios del siglo XX, aunque en ellas no se realizaron pruebas para confirmar la presencia del bacilo tuberculoso. (...) En la segunda mitad del siglo XX, se publicaron varios trabajos en los que se demostraba la existencia del bacilo tuberculoso en restos esqueléticos y en momias. Los trabajos recogen estudios realizados en vestigios fechados en varias épocas históricas. De esta forma, la evidencia más temprana de tuberculosis ósea fue hallada en un esqueleto perteneciente a una mujer que vivió en la época predinástica, en unas excavaciones realizadas en Adaima, cerca de la actual ciudad de Esna. Otros ejemplos datan del Imperio Nuevo, entre los que destaca el caso de Nespaheran. Este personaje fue un sacerdote consagrado a Amón que vivió durante la XXI Dinastía (1.000 aC). Su cadáver momificado fue descubierto en 1891 en un yacimiento arqueológico en Tebas. El cuerpo presentaba una marcada cifosis de la columna, quizá producida por la enfermedad de Pott. Varias décadas después

del hallazgo se realizó la autopsia de la momia, descubriendo que el sacerdote padecía una enfermedad de la columna, además de un absceso en el psoas, un músculo cercano a la columna vertebral lumbar. Se tomaron muestras que fueron analizados en busca de bacilos tuberculosos mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, una técnica específica para la detección de micobacterias. Esta tinción reveló la presencia de bacilos tuberculosos. Existen otros estudios similares que han detectado micobacterias en restos óseos, en los pulmones, en la pleura e incluso en los riñones y los intestinos de momias egipcias.(...) A principios de la década de los 90 del siglo XX se realizaron varios trabajos en momias peruanas empleando técnicas de PCR que detectan la presencia de ADN (ácido desoxirribonucleico) de micobacterias. Desde entonces se han efectuado estudios similares en momias egipcias. El primero data de 1997, y se analizaron los restos de una momia de una mujer de unos treinta y cinco años, proveniente de un yacimiento arqueológico tebano y que estaba fechada en la época del Imperio Nuevo. El cadáver no estaba eviscerado y al practicar la autopsia se descubrió que el pulmón derecho presentaba lesiones y adherencias pleurales, a las que se asociaba la destrucción parcial de varias vértebras lumbares. Estas alteraciones son típicas de la tuberculosis pulmonar, por lo que se tomaron muestras y se realizaron pruebas confirmatorias, entre las que se contaba la técnica de detección de ácidos nucleicos. El test confirmó la presencia de ADN de micobacterias en las muestras procedentes del pulmón derecho, siendo negativo en muestras de control tomadas del pulmón izquierdo de la momia que no presentaba lesiones compatibles con tuberculosis, en consecuencia, se descartó que el test hubiera sido positivo por una contaminación. Posteriormente se han publicado otros trabajos similares, entre los que destaca la identificación de micobacterias en muestras óseas con una antigüedad de más de cinco mil cuatrocientos años. En estos análisis se han utilizado técnicas que detectan el ADN de micobacterias en general y no sólo de *Mycobacterium tuberculosis*, el agente que suele causar la infección en el ser humano. Por ello, algunos expertos creen que es necesario utilizar procedimientos más específicos que sólo detecten el ADN de esta especie, evitando así los falsos positivos, probabilidad no desdeñable debido a la ubicuidad en la naturaleza de otras especies de micobacterias". (...) "En el año 2001, varios especialistas de la Universidad Ludwig-Maximilians de Munich publicaron un artículo en el que exponían los resultados de las investigaciones llevadas a cabo empleando técnicas específicas para la detección de *Mycobacterium tuberculosis*. En el trabajo se analizaron los restos esqueléticos de cuarenta y un cadáveres hallados en las necrópolis de Tebas-Oeste y en la de Abydos, fechados entre el año 3000 y el 500 antes de nuestra era. Entre ellos se incluían tres con alteraciones típicas de tuberculosis ósea, diecisiete con alteraciones óseas inespecíficas y veintiuno sin evidencia patológica alguna. En nueve casos se halló ADN de la micobacteria; en dos de los tres casos

con alteraciones típicas, en cinco de los casos con lesiones inespecíficas y en dos de los casos sin alteraciones. Los autores concluyeron que se podía emplear la técnica de detección específica, incluso en restos de más de cinco mil años de antigüedad y que la tuberculosis no era infrecuente entre la población del Egipto faraónico. Este trabajo es un ejemplo de un estudio epidemiológico a pequeña escala empleando la detección de ácidos nucleicos de los agentes infecciosos. Es muy probable que en los próximos años conozcamos trabajos similares que utilicen un mayor tamaño muestral, aportando datos definitivos desde el punto de vista paleopatológico. En este sentido, en el año 2003 se han publicado varios trabajos realizados con decenas de restos momificados y esqueléticos, que han mostrado que la tuberculosis era una enfermedad frecuente, con un porcentaje de infección cercano al 22% de la población.”

HIPÓCRATES (460 aC – 370 aC)

En los Tratados Hipocráticos, Aforismos, Sección Tercera, parágrafo 13104, se lee: *“Si el verano es seco y con viento del Norte y el otoño lluvioso y con viento del Sur, para el invierno hay cefalalgias, toses, ronqueras, corizas, y, en algunos, consunción.”*

En la Sección Cuarta, al hablar de las purgas, párrafos 6, 7 y 8105, expresa: *“Púrguese por arriba a los delgados que vomitan con facilidad, evitándolo en invierno. Por abajo, a los que les cuesta vomitar y son moderadamente gruesos, evitándolo en verano. En los propensos a la tisis, evítese”.*

En la misma Sección, al hablar de los Sudores, párrafos 46, 47 y 48,¹⁰⁶ dice: *“Si en una fiebre no intermitente sobrevienen escalofríos a quien ya está débil, es síntoma mortal. Los esputos en las fiebres que no son intermitentes: los amoratados, sanguinolentos, malolientes y biliosos son todos malos; pero si salen bien, buenos. También en cuanto al excremento y la orina. Pero, si alguna evacuación conveniente no se realiza por esos lugares, es mala señal. En las fiebres no intermitentes, si las partes de fuera están frías, y las de dentro arden y (los enfermos) tienen sed, es señal mortal.”*

En la Sección Quinta, párrafos 9 al 14107, menciona:

“(9) Las tisis se producen especialmente en las edades comprendidas desde dieciocho hasta treinta y cinco años. (10) Los que salen de una angina, si se les pasa al pulmón, mueren en siete días, pero, si escapan a éstos, se les forma supu-

104 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp.: 259.

105 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp.: 263.

106 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp. 267.

107 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp.: 273.

ración. (11) En los afectados de tisis, si el esputo que arrojan al toser produce un olor fuerte cuando es echado en las ascuas, y se les cae el cabello, es señal mortal. (12) Los enfermos de tisis que pierden el cabello, si les sobreviene una diarrea, mueren. (13) En los que espantan sangre espumosa, la expectoración procede del pulmón. (14) Si sobreviene diarrea al afectado de tisis, síntoma mortal.”

En el tratado sobre El Pronóstico, al tratar de los abscesos del pulmón, señala en el parágrafo 17: ¹⁰⁸

“Conviene advertir todos los abscesos por estos síntomas: en primer lugar la fiebre no remite, sino que se mantiene más ligera de día, y más intensa por la noche; se presentan sudores abundantes; tienen ansias de toser y no expectoran apenas nada; y los ojos se les quedan hundidos; y las mejillas presentan rojeces, y las uñas de las manos se curvan y los dedos se ponen calientes, sobre todo en las puntas; les salen hinchazones en los pies y pústulas por el cuerpo, y no tienen apetito.

“Los abscesos que se prolongan presentan todos estos síntomas y hay que confiar de firme en ellos. Pero también los que son recientes se manifiestan con éstos, si bien aparecen, además, aquellos síntomas que ocurren en los comienzos, y al mismo tiempo el paciente encuentra mayor dificultad en respirar.

“Los que van a reventar más pronto o más tarde hay que reconocerlos por los siguientes indicios: si el agobio sobreviene desde el comienzo, y la tos y la dificultad respiratoria y la expectoración se mantienen, hay que esperar la supuración a los veinte días o aun antes. Si la fatiga es más leve y los demás síntomas en proporción, hay que esperar el reventón más tarde. Es necesario que tanto el dolor como la dificultad en respirar y la expectoración precedan a la salida del pus.

“Sobreviven aquellos, sobre todo, a los que la fiebre abandona el mismo día, tras la apertura del absceso, y pronto tienen ganas de comer y quedan liberados de su sed, y su vientre evacua poco y compacto; y su pus es blanco, liso, y uniforme al salir, y privado de flema, y lo eliminan sin fatiga ni tos. Así se libran de la enfermedad del modo mejor y más rápido. Y si no, tanto mejor cuanto más semejante a esto resulte.

“Mueren aquellos a los que la fiebre no abandona el mismo día, sino que, pareciendo abandonarlos, de nuevo reaparece y vuelven a estar calientes, y tienen sed, no sienten ganas de comer, su tripa está suelta, y su pus es amarillo y lívido, o con flema y espumoso. A quienes les ocurre todo esto, mueren. A quienes les ocurren unas cosas sí, pero otras no, algunos de ellos mueren, y otros con largo tiempo se recuperan.

108 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp.: 340-342.



Estatua en Cos (en el archipiélago del Dodecaneso, en el sur del Mar Egeo), Grecia, que representa a Hipócrates enseñando a sus discípulos

“Pero hay que hacer el pronóstico basándose en todos estos indicios en estos casos y en todos los demás.”

En el tratado Sobre la Enfermedad Sagrada, parágrafo 5, insinúa que al igual que otras enfermedades, existe una transmisión hereditaria: ¹⁰⁹

“La enfermedad ésta en nada me parece que sea más divina que las demás, sino que tiene su naturaleza como las otras enfermedades, y de ahí se origina cada una. Y en cuanto a su fundamento y causa natural, resulta ella divina por lo mismo por lo que son todas las demás. Y es curable, no menos que otras, con tal que no esté ya fortalecida por su larga duración hasta el punto de ser más fuerte que los remedios que se le apliquen.

“Tiene su origen, como sucede también en otras enfermedades, en la familia. Pues si de un flemático nace un flemático, y de un bilioso un bilioso, de un tísico un tísico, y de un esplénico un esplénico, ¿qué impide que cuando el padre o la madre tenían la enfermedad también la tenga alguno de los descendientes? Porque el semen proviene de todas las partes del cuerpo, sano de las sanas, y

109 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo I, pp.: 405

enfermizo de las enfermas. Y otro testimonio de que en nada es más sagrada que las restantes enfermedades es que ataca a los flemáticos por natural constitución, pero no se da en los biliosos. Ahora bien, si fuera más divina que las demás, sería preciso que la enfermedad ésta se presentara por igual en todos, y que no discriminara entre el tipo bilioso y el flemático.”

Parecería que en cuanto a la patología del pulmón, no habíase alcanzado aún una clara diferencia entre las distintas entidades nosológicas, por cuanto se mezclan en la descripción varias de ellas.

Así en el Tratado Sobre las Enfermedades I, se lee en párrafos 11, 12, 13 y 14 ¹¹⁰:

“Cuantos tienen un empiema en el pulmón, o en el pecho o en el vientre, o cuantos tienen abscesos sea en la cavidad del pecho, sea en la del vientre, sea en el pulmón, o cuantos tienen heridas en su interior o cuantos vomitan o expectoran sangre, o cuantos tienen algún dolor sea en el pecho, sea en la parte de detrás, tienen todas estas afecciones debido unas – las que radican en el cuerpo – a la bilis y al flegma; otras, las del exterior, debido al aire al mezclarse con el calor natural y especialmente debido a fatigas y heridas.

“Cuantos tienen un empiema en el pulmón, lo tienen por las siguientes causas: si alguien afectado por una perineumonía, no se queda purificado en los días críticos sino que quedan en el pulmón pus y flegma, se le convierte en empiema.

Y si rápidamente se le aplica un tratamiento, escapa a la enfermedad las más de las veces. Pero si se despreocupa, muere, y muere por lo siguiente: cuando el flegma se enquista en el pulmón y se pudre, el pulmón se ulcera y se llena de pus y ya ni atrae hacia sí ninguna parte apreciable de alimento, ni se purifica de nada procedente de él mismo por arriba, sino que (el enfermo) se ahoga y respira cada vez peor y resuella al respirar y respira, en consecuencia, por la parte alta del pecho; finalmente es obstruido por la materia expectorable, y muere.

“Se produce un empiema si desde la cabeza fluye flegma hacia el pulmón. Al principio no se percibe el descenso en la mayoría de los casos; ocasiona una ligera tos; la saliva es un poco más amarga de lo que acostumbra y algunas veces se produce una ligera fiebre. Pero cuando pasa el tiempo, el pulmón se pone áspero y se ulcera en el interior por el flegma que se enquista en él y que se pudre dentro, y no sólo se ocasiona pesadez en el pecho sino también un agudo dolor, tanto por delante como por detrás, y el cuerpo está sometido a calores muy fuertes. El pulmón, por efecto de la calentura, atrae hacia sí el flegma del cuerpo en su tota-

110 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo IV, pp.: 44-48.

lidad y principalmente de la cabeza; la cabeza, por su parte, una vez caliente, (atrae) el del cuerpo; cuando (el flegma) se ha corrompido, (el enfermo) expectora más espeso. A medida que el tiempo transcurre, lo que expectora es puro pus y las fiebres son cada vez más altas y la tos es continuada y fuerte y la falta de alimento le debilita. Finalmente el vientre se descompone, y se descompone por causa del flegma. Pues el flegma desciende de la cabeza.

El enfermo, cuando llega a esta situación, muere y ciertamente muere, como se ha dicho en las líneas precedentes, por haberse convertido el pulmón en algo supurante y putrefacto o porque el vientre se le ha descompuesto.

“En el pulmón se forma un empiema también por las siguientes causas: cuando alguna de las venitas que pasan por él se rompe – se puede romper por esfuerzos –, y cuando se rompe, la venita suelta sangre, más cantidad si es más gruesa y menos si es más delgada. Arroja enseguida una parte de la sangre pero la otra, a no ser que la vena se comprima, se derrama en el pulmón y en él se corrompe. Y cuando se ha corrompido, el enfermo arroja pus que, en el transcurso del tiempo, unas veces es pus puro, otras veces pus mezclado con sangre y otras veces es sangre. Y si la venita está demasiado llena, tira su propio excedente de sangre completamente, mientras que es arrojado el pus espeso por efecto del flegma que se ha acumulado y se ha podrido.

Este enfermo, si es atendido al comienzo de la enfermedad antes de que por la vena circule sangre en cantidad (n. 11) o se afloje mucho y antes de que él se haya debilitado y necesite guardar cama, y antes de que la cabeza empiece a consumirse y el resto del cuerpo a agotarse, queda sano. Pero si no es atendido y se ve afectado por estos síntomas, de manera que padece todos o la mayoría de ellos, entonces muere. Y muere éste o por las mismas causas que he nombrado anteriormente o por un abundante vómito de sangre muchas veces repetido.

Si la venita no se rompe por completo y lo que se produce en ella es una convulsión, se origina la mayor parte de las veces una especie de variz que enseguida, cuando se ha formado, ocasiona un dolor ligero y una tos seca. Pero si dura tiempo y no se ha atendido, suelta sangre, primero en poca cantidad y negruzca, pero después más abundante y más pura, y sufre entonces el enfermo los síntomas que ya se han dicho anteriormente.

A este tipo de enfermos, siempre que se les tome desde el principio para tratarlos, conviene abrirles las venas de los brazos y darles una dieta por la que se queden lo más secos y exangües posible.

Esto mismo les acontecerá a las venitas del costado, las que en el interior están rozando la superficie. Pues ciertamente, cuando ellas sufren, se vuelven varicosas y salientes en su interior. Y si uno se despreocupa, padece lo siguiente: estallan, arrojan sangre de ellas y algunas veces incluso la vomitan y se les convierte en un empiema y las más de las veces sucumben, precisamente por eso. Pero si son tratados desde el principio de la enfermedad, de nuevo las venas se ponen en su sitio y vuelven a estar lisas.

Por esas causas se forma un empiema en el pulmón y tienen padecimientos como consecuencia de él y de este modo mueren.”

En el mismo Tratado Sobre las Enfermedades, Parte II, parágrafo 48¹¹¹, se lee:

“Cuando se tiene una afección de pulmón, el enfermo expectora al toser un esputo espeso, verdoso y dulce; (tiene) rechinar de dientes y un dolor en el pecho y en la espalda y deja oír en la garganta un ligero silbido; la garganta está seca y las cuencas de los ojos rojizas y la voz ronca, los pies se le hinchan y las uñas se le curvan; la parte de arriba del cuerpo adelgaza y él se consume. Siente asco del esputo cuando, tras expectorar, está en la boca. Tose, especialmente por la mañana temprano y en el medio de la noche. Pero tose también el resto del tiempo. Hacer presa más en la mujer joven que en la de más edad.

En este caso, si los cabellos se le caen ya de la cabeza y la cabeza tiene calvas como por una enfermedad, y si, cuando expectora sobre los carbones, el esputo desprende un fuerte olor, puedes decir que él va a morir al cabo de poco tiempo y que la diarrea será la que le mate.

En efecto, cuando el pus que hay en torno al corazón ya se pudre, produce el olor de la carne quemada en las brasas y el cerebro, al calentarse al mismo tiempo, desprende un líquido salobre que mueve el vientre. Señal de esto es que los cabellos de la cabeza caen.

No le apliques tratamiento cuando presente estos síntomas. Pero si te lo encuentras en el principio de la enfermedad, dale a beber una decocción de lentejas. Después, dejando pasar sólo un día, dale eléboro rebajado a fin de que no mueva el vientre. Y cuando por la noche le llegue hasta la boca líquido salado, aplícale por las narices evacuantes con bastante frecuencia. Y si no fluye, aplícaselos pero con intervalos mayores. Y una vez al mes, dale a beber primero eléboro, cuanto se puede coger con los dos dedos, en vino dulce rebajado, y enseguida que

111 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo IV, pp.: 126-127.

beba además la decocción de lentejas. Que beba los menos evacuantes posibles, a no ser que las fiebres le ataquen bastante fuertemente. Y si no le atacan, dale a chupar la raíz blanca y la del eléboro en miel. En efecto, así se moverá el vientre lo menos posible.”

En el Tratado Sobre las Afecciones Internas, parágrafos 10, 11 y 12 ¹¹², puede leerse:

“(10) Tres tisis. Esta que sigue se produce por causa del flegma: cuando la cabeza llena de flegma se pone enferma y se recalienta, el flegma se corrompe allí dentro, al no poder moverse y descender. Luego, cuando ha espesado y se ha corrompido y las venillas se han saturado, se produce un flujo hacia el pulmón y, cuando éste lo recibe, al punto queda dañado como corroído por el flegma que es salado y está pútrido.

Los síntomas son los siguientes: empieza teniendo una fiebre ligera con escalofrío y duelen el pecho y la espalda. A veces ataca tos violenta y expectora abundante esputo líquido y salado; esto pasa al comienzo de la enfermedad y más adelante el cuerpo adelgaza, todo excepto las piernas: éstas se hinchan y también los pies, las uñas se hacen ganchudas. Por los hombros está flaco y debilitado. La garganta se llena como de telarañas y emite un silbido como a través de una caña; siente una sed tremenda a lo largo de toda la enfermedad y una gran debilidad le coge al cuerpo. Cuando el enfermo se encuentra así, en un año muere terriblemente consumido.

Hay que prestarle atención inmediata y restaurar sus fuerzas. Primeramente hay que darle a beber eléboro y por abajo purgarlo con epítimo, verdolaga, baya cnidia o titímalo: hay que darle estas cosas cuatro veces al año, dos para la purgación por arriba, dos para la de abajo. Darle, además, leche hervida de burra para la evacuación, o de vaca o cabra y que beba durante cuarenta y cinco días leche de vaca sin hervir, mezclada con una tercera parte de melicraton y añadiéndole también orégano. Previamente hay que purgar también la propia cabeza, metiéndole por la nariz un medicamento. Los cereales y alimentos cocinados no se le deben dar ni grasos, ni grasientos, ni demasiado ácidos. Conviene hacer estas cosas tanteando la marcha de la enfermedad y prescribir los paseos en proporción a los alimentos, asegurándose de que el enfermo no coja frío; en invierno que haga su comida junto al fuego. Que beba vino astringente tinto, lo más añejo y dulce posible, pero en poca cantidad. Y si te parece oportu-

112 TRATADOS HIPOCRÁTICOS. Biblioteca Clásica Gredos, Tomo VI, pp.:215-221.

no que antes del medicamento se dé un baño de vapor, y así darle el medicamento (valga); pero si no quieres dárselo, después del baño de vapor debes forzar el vómito de los alimentos, tal como se ha descrito antes.¹¹³ Si le van bien, que dé paseos, pero si no le resultan convenientes, debe mantener su cuerpo en reposo lo más posible. Con estas atenciones puede sentirse mejor en la enfermedad; pero la enfermedad es mortal y pocos se libran.

“(11) Otra tisis. Se produce por causa de un esfuerzo físico y, en términos generales, los síntomas son los mismos que en el caso anterior. Esta enfermedad tiene más pausas que la precedente y remite en verano; el esputo lo expectora más espeso que el de aquella, la tos ataca sobre todo por las mañanas, el dolor es más intenso en el pecho y parece como si en él hubiera una piedra; duele también la espalda. La piel de este enfermo está traslúcida y, si hace algún esfuerzo, tiene soplo y dificultad de respiración.

Este enfermo muere de esta enfermedad normalmente en tres años. Es preciso atenderla con los mismos cuidados que a la anterior. A la mayoría les dura la enfermedad tres años, pero mueren; y es que la enfermedad es difícil.

“(12) Otra tisis. En ella pasa lo siguiente: la médula del enfermo, la dorsal, se llena de sangre – también se produce consunción por causa de las venas cavas, que se llenan de flegma acuoso y bilis; los síntomas son los mismos, sea uno u otro el origen de la consunción – ; el enfermo se pone negro rápidamente y como abotargado, la parte de debajo de los ojos amarillenta y las venas que recorren su cuerpo están también amarillentas, aunque algunas muy rojas, y las que pasan bajo las axilas están especialmente marcadas. Lo que expectora es amarillento y, cuando le sale, se ahoga y no puede toser, a veces incluso sintiendo ganas. En ocasiones, a causa del ahogo y las ganas de toser, de golpe tiene un vómito de bilis y, a veces, de flemas; muchas veces vomita también los alimentos cuando ha comido y, después de vomitar, parece que está algo aliviado pero luego otra vez, al pasar un rato, se siente con los mismos trastornos. Cuando habla lo hace en un tono más agudo que cuando está sano, y tiene también escalofrío y fiebre intermitentemente, acompañados de sudor.

Cuando los síntomas sean éstos, hay que tratar al enfermo con los mismos alimentos, infusiones, bebidas, medicamentos y demás cosas que a los anteriores. La enfermedad normalmente aguanta durante nueve años, luego el enfermo continúa en estado de consunción. Pocos se libran de ella, pues es difícil. (...)”

113 [Se refiere aquí al sistema de introducir una pluma en la faringe, para provocar el vómito].

ARETEO DE CAPADOCIA (Siglo I dC)

Este autor clásico al tratar *Sobre las causas y síntomas de las enfermedades agudas* (Libro II), dedica un capítulo *Sobre la expectoración de sangre*¹¹⁴ donde diferencia los diversos orígenes posibles de tal signo. En el capítulo *Sobre la tisis* (Libro III, Capítulo 8) puede apreciarse una descripción muy prolija, que transcribimos:¹¹⁵

“(1) Si se produce en los pulmones una herida provocada por un absceso, por una tos prolongada o por una emisión de sangre y se tose pus, se denomina phóe y tisis. Pero, si el pecho o el costado supura y el pus es expelido a través de los pulmones, los afectados reciben el nombre de purulentos. Si, después de tales cosas, los pulmones, corroídos por el pus, sufren también una herida, no reciben el nombre de purulentos, sino el de tisis.

(2) Aparece, en cambio, también una fiebre continua, a mi entender, sin interrupción, pero camuflada de día por el sudor y el enfriamiento del cuerpo; estos síntomas son propios también de la tisis, pues la temperatura se aviva y se eleva de noche, y se oculta de día, de nuevo, en las vísceras; pero, se manifiestan molestias, debilidad y consunción; si, por tanto, desaparece de día la fiebre del cuerpo, ¿por qué el paciente no entra en carnes, no se fortalece y no se muestra mejor? Porque, en su progresión, se acrecientan todavía más las penalidades: pulso pequeño y confuso, insomnio, decoloración y las demás cosas propias de los atacados por fiebre. (3) Pero los tipos de esputos son innúmeros: lívidos, negruzcos en extremo, amarillos pálidos o verduzcos claros; latos, redondeados; sólidos e indisolubles o inconsistentes y disueltos; inodoros o fétidos; mas todos ellos son tipos de pus. Cuantos observan los esputos en fuego o en agua no creo que conozcan suficientemente la tisis, pues es más fidedigna que cualquier otra prueba la contemplación no sólo de lo que expelen, sino también del aspecto del enfermo, porque, si uno, aunque profano, observa a un hombre pálido, débil, tosiendo y consumido, le predice una tisis cierta. (4) Es más, a quienes no tienen la herida en los pulmones, pero se consumen con fiebres prolongadas, tosen muy a menudo, penosamente y sin fin, y no expelen nada, se les llama también tísicos, no muy impropriamente. Sobreviene ciertamente pesadez de pecho (pues el pulmón se debilita), ansiedad, intolerancia y desgana; por la tarde, frío, y calor al amanecer; el sudor hasta el pecho es más insoportable que el calor; con la tos, aparecen los esputos diversos que he expuesto. (5) Presentan voz ronca, cuello

114 ARETEO DE CAPADOCIA: *Obra Médica*. Edición de Miguel E. Pérez Molina. Akal Clásica, Madrid, España, 1998, 360 páginas; pp.: 67-73.

115 ARETEO DE CAPADOCIA: *Obra Médica*. Edición de Miguel E. Pérez Molina. Akal Clásica, Madrid, España, 1998, 360 páginas; pp.: 119-123.

torcido, grácil, pero difícil de mover, como yerto; dedos tenues, pero articulaciones crasas; permanece sólo la figura de los huesos, pues las carnes se consumen poco a poco; las uñas de los dedos retorcidas, las yemas rugosas y latas, pues por la falta de carne no tienen ni tensión alrededor ni redondez; por esta circunstancia, las uñas se retuercen, ya que su apoyo y sostén es la carne que en los extremos las cimenta. (6) También duelen, de igual modo, los órganos sólidos; la nariz deviene puntiaguda y delgada; las mejillas, prominentes y rubicundas; los ojos, cóncavos, brillantes y relucientes; el rostro tímido, descarnado o lívido; la parte tenue de las mandíbulas se adhiere a los dientes y se asemejan a los que sonríen; tienen aspecto cadavérico completamente. Todos los órganos manifiestan el mismo aspecto: delgados y descarnados; los músculos de los brazos son inexistentes, no hay vestigios de pechos y sólo son visibles los pezones; no sólo se pueden contar con facilidad las costillas, sino que también es sencillo observar dónde finalizan, pues las articulaciones derivadas de las vértebras no quedan ocultas y son visibles también las intersecciones de las costillas con el esternón. (7) Los intersticios de las costillas son cóncavos, en forma de rombo, como una interpolación entre los huesos; los hipocondrios, vacuos, convulsionados hacia arriba; el epigastrio y el íjar se adhieren a la columna vertebral; las articulaciones aparecen prominentes y descarnadas, y del mismo modo la tibia, la cadera y el brazo, pues la columna vertebral, antes cóncava, se eleva por encima de las vértebras una vez consumidos los músculos de una y otra parte; los omóplatos son completamente visibles, como si fueran alas de aves. Si el vientre se les perturba a estos enfermos, su situación es desesperada; pero, si torna a la curación, se suceden síntomas contrarios a los perniciosos. (8) Los ancianos no enferman con frecuencia, pero escapan rara vez; los jóvenes, en cambio, hasta la madurez, devienen tísicos después de una emisión de sangre; sanan, pero no con facilidad. Los niños tosen continuamente hasta la tisis y entonces sanan fácilmente. En cuanto a las constituciones propensas, los delgados, los parecidos a tablas, los de hombros altos y flacos, de nariz saliente, los blancos y muy escasos de pecho. De las regiones, las frías y húmedas son, por sus características, las compañeras de esta afección.”

El mismo autor trata de la *Curación de la Tisis* (Libro VII, capítulo 8) en un texto que se ha conservado sólo en forma parcial¹¹⁶:

116 ARETEO de CAPADOCIA: *Obra Médica*. Edición de Miguel E. Pérez Molina. Akal Clásica, Madrid, España, 1998, 360 páginas; pp.: 317-318.

“(1) [...], a fin de que marche en barco y con bonanza marítima, pues, si al enfermo le sienta bien esto, podría pasear por el mar y tener su vida en él, pues el agua salada transmite cierta sequedad a las ulceraciones. Una vez que descanse del paseo, hay que ponerle una untura con aceite graso, realizándole continuamente fricciones [...] desde el principio poco y, luego, cinco, seis cotilas o incluso todavía muchos más; si no, cuanto se pueda, pues, muchas veces, es suficiente esto en lugar de cualquier alimento. Tómese leche, que es suave, fácil de beber, de sólida nutrición y, desde la infancia, más habitual que cualquier otro alimento, y agradable de ver por su blancura. (2) Aplíquese un fármaco que libere de la aspereza a la tráquea, que limpie la garganta, provoque la emisión de flema, facilite la respiración y haga fluida la salida por las vías inferiores; que el fármaco sea benigno para las ulceraciones y más saludable que cualquier otro. Así, si alguno bebe mucho de ella, que no haya necesidad de ningún otro alimento; de este modo es útil, en la enfermedad, que la misma leche sirva de fármaco y de alimento; hay pueblos, en efecto, que se alimentan de leche y no comen derivados de cereales. (3) Aprovechan también junto con la leche las gachas, tortas de miel y sésamo, álica limpia y cualquier cosa que se elabore con leche. Y si se necesita otro alimento, sea semejante: jugo de tisana, fácil de digerir y suave; es necesario que se sazone en la medida en que se haga sencillo de deglutir; y si se añade algo para hacerlo agradable, sea medicinal, como un tallo de ligústico, poleo, menta, un poco sal, vinagre o miel; pero, si el estómago digiere mal, hay que suministrarle lo siguiente: si no necesita ninguna cosa de tales características, lo mejor de todo es la tisana. (4) Es posible también cambiar la tisana por álica, pues tiene menos flatos y es fácil de digerir si es majada limpia como la tisana. En las emisiones muy húmedas, las habas purgan las ulceraciones, pero generan muchos flatos; los guisantes y el yero no generan flatos, pero purgan en menor medida las ulceraciones; una vez que se ha hecho la valoración a partir de los síntomas presentes, hay que hacer uso de tales productos; sirvan de condimento suyo aquellos que expuse para la preparación de la tisana. Tómense huevos cocidos en agua caliente; los mejores son los de animales recién puestos antes de que [...].”

* * *

Si damos un salto imaginario en el tiempo y llegamos al siglo XX, encontramos que Florencio Sánchez (1875-1910) falleció de tuberculo-

sis. En su momento reunimos esta información sobre el desarrollo que había tenido el tratamiento de la enfermedad por esa época.¹¹⁷

Debemos consignar que por ese tiempo, tanto en Uruguay como en Argentina, se iniciaba el tratamiento de la tuberculosis pulmonar mediante la aplicación del neumotórax. Esto decía el fundador de la Tisiología en Uruguay, Juan B. Morelli (1868-1947): *“Entre nosotros el primer ensayo de neumotórax fue en mayo de 1910. Casi contemporáneamente el Doctor Tatti, de Buenos Aires, lo iniciaba en la República Argentina y el Dr. Oliveira Botello, en la República del Brasil”*.¹¹⁸



Carlo Forlanini

Pero el fundador de nuestra Tisiología oriental, había ido a aprender la técnica en Italia con Carlo Forlanini (1847-1918). Éste había introducido el método del neumotórax artificial, inyectando aire en la cavidad pleural, que constituyó hasta el advenimiento de la antibioterapia, el único recurso terapéutico efectivo contra dicha afección. Si bien (...) propuso dicho procedimiento en forma teórica en 1882, recién este se impuso a partir de 1906. Su real aporte en esta materia fue el de haber concebido la doctrina mecánica que justificaba el neumotórax, conocida como colapsoterapia. Sus ideas no encontraron aceptación fácil entre sus colegas al inicio; sólo después de muchos años su método fue

117 TURNES, Antonio L.: Florencio Sánchez: los secretos de su vida, pasión y muerte. Ed. Granada, 2010, Montevideo.

118 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y POU FERRARI, Ricardo: Juan B. Morelli en la Historia de la Medicina Uruguaya. Edición de los autores. Montevideo, abril de 2004, 374 páginas; pp. 103.

aprobado y adoptado universalmente. Forlanini fue, por dos veces, y a iniciativa de Camilo Golgi, candidato al Premio Nóbel de Medicina. También fue combatiente garibaldino en su juventud, Senador desde 1913 y miembro del Consejo Superior de Educación de Italia.¹¹⁹

El propio presidente de la República, don José Batlle y Ordóñez, con quien Florencio había trabado relación durante su encuentro en Milán, en 1909, tuvo años después, durante su segundo mandato, que sufrir la enfermedad y muerte de su única hija viva Ana Amalia Batlle Pacheco (1896-1913), que fue atendida por el Dr. Alberto Mañé.¹²⁰ *Y lo fue sin éxito, mediante el mismo método, debido a las circunstancias de tabicamiento de la cavidad pleural por lo avanzado de su patología. Resulta al menos curioso que no se hubiera pensado en esta nueva técnica, que se estaba imponiendo en Italia, para el tratamiento de este caso, persistiéndose en sugerir las curas de alta montaña, que venían realizándose desde las últimas décadas del siglo XIX.*

La tuberculosis pulmonar también denominada tisis, era conocida desde los tiempos de Hipócrates (siglo V aC)¹²¹, que describía una serie de entidades caracterizadas por la supuración pulmonar y posterior ulceración, incluyendo la hemoptisis. Un siglo más tarde Aristóteles propondría la posibilidad del contagio a través de la respiración. Lucrecia (98 aC – 55 aC) decía que la tisis era difícil de diagnosticar y fácil de tratar en sus primeras fases, pero fácil de diagnosticar y difícil de tratar en sus etapas finales. Galeno (siglo II dC) la incluye entre las enfermedades transmisibles. Estudios de paleopatología hallaron evidencias de enfermedad en la Cultura Paracas, entre los años 750 aC y 100 dC, habiéndose estudiado también esqueletos en Nazca (Perú) y diferentes lugares de los Estados Unidos, dando idea de una amplia difusión en el continente. Arnau de Vilanova, en el siglo XIII, proponía la leche para el tratamiento de la consunción. A los Reyes coronados con el ritual de la unción real, a partir de los siglos VII y VIII, les atribuían propiedades mágico-curativas, siendo el “Toque del Rey” uno de sus actos trascendentes hacia el pueblo enfermo. En el siglo XIX, muchos

119 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y POU FERRARI, Ricardo: Juan B. Morelli en la Historia de la Medicina Uruguaya; pp. 105-106.

120 MAÑÉ GARZÓN, Fernando y POU FERRARI, Ricardo: Juan B. Morelli en la Historia de la Medicina Uruguaya; pp.: 121-134.

121 TRATADOS HIPOCRÁTICOS: Tomo VI – Enfermedades. Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1990, 280 páginas. Sobre las Enfermedades: I: 11, 12, pp.: 44 ; II: 48, 49, pp.: 126-127.

progresos se habían hecho en el diagnóstico clínico, sobre todo en la auscultación introducida por René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826), quien a su vez murió de tuberculosis a los 45 años. A lo cual siguieron los descubrimientos de Louis Pasteur, Robert Koch, Selman Waksman y muchos otros.

Las casas de curación o sanatorios fueron iniciadas en Silesia en 1854, por Hermann Brehmer con ayuda de Alexander von Humboldt, instalando un sanatorio antituberculoso en una localidad a 650 metros sobre el nivel del mar. Comenzando por dicho médico y un paciente suyo, Peter Dettweiler, a partir de 1877 alcanza un desarrollo sostenido, primero en Alemania y luego en toda Europa. Los primeros resultados representaron una curación de 132 pacientes de los 1022 que habían ingresado y permaneciendo más de un mes en su institución de Falkenstein, publicación realizada diez años después del inicio de la experiencia. Proliferaron establecimientos similares en Londres, Edimburgo, Francia y Suiza. En 1902 se constituye en Berlín la Conferencia Internacional de Tuberculosis, que adopta, como símbolo para su lucha, la Cruz de Lorena. En 1921 Albert Calmette y Camille Guérin producen la vacuna contra la tuberculosis (BCG, sigla que corresponde a Bacilo de Calmette Guérin) empleando una cepa atenuada del *Mycobacterium bovis*. En 1944, durante la 2ª. Guerra Mundial, Albert Schatz y Selman Waksman descubren a partir de un hongo un antibiótico capaz de inhibir el crecimiento del *Mycobacterium*, denominada estreptomycin. Se inauguraría así la era del tratamiento antibiótico, que daría tanto éxito hasta la aparición de las cepas resistentes y la irrupción del VIH en 1981.

En 1985 la OMS comienza la campaña masiva de vacunación para inmunizar a cada niño en el mundo contra tos ferina, tétanos, poliomielitis, tuberculosis, sarampión y difteria. En 1998 se publica el genoma completo del *Mycobacterium tuberculosis*.¹²²

Coincidiendo con estos progresos, durante el siglo XIX el surgimiento del Romanticismo, la tuberculosis fue bautizada como la plaga blanca, “mal de vivir” o “mal du siècle”, y se asociaba con los artistas y creadores, por cuanto se creía que en su fase final la creatividad y la belleza de sus producciones era mayor justo antes de la muerte.

122 Historia de la Tuberculosis, en: http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Historia_de_la_tuberculosis

Muchos fueron los artistas víctimas de la misma enfermedad que Florencio. Podemos citar entre otros a Antón Chéjov (1860-1904), médico y escritor 123, Franz Kafka (1883-1924), Frédéric Chopin (1810-1849), Jean Baptiste Poquelin (Molière) (1622-1673), John Keats (1795-1821). Otros escribieron novelas, como Thomas Mann (1875-1955), con *La Montaña Mágica*, o Axel Munthe (1857-1949), médico psiquiatra y escritor, con *La historia de San Michele*.

La literatura se había ocupado de sus víctimas, en algunos casos llevando a la ópera, historias de personajes tuberculosos, como Margarita Gautier, *La Dama de las Camelias*, de Alejandro Dumas hijo (1824-1895), o las versiones de *La Traviata*, de Giuseppe Verdi (1813-1901), o *La Bohème* de Giacomo Puccini (1858-1924), o la compuesta por Ruggero Leoncavallo (1857-1919) basadas ambas en la obra *Escenas de la vida bohemia*, de Henri Murger (1822-1861), escrita entre los años 1847 y 1849. El pintor italiano, muerto en París, Amedeo Modigliani (1884-1920) falleció de una meningitis tuberculosa; como el poeta Gustavo Adolfo Bécquer 124 (1836-1870) y el también poeta Miguel Hernández Gilabert (1910-1942) fallecido de tuberculosis en las cárceles franquistas. El multipremiado¹²⁵ escritor gallego Camilo José Cela Trulock (1916-2002) fue internado largo tiempo en 1931 en el Sanatorio Antituberculoso de la Sierra de Guadarrama, de cuya experiencia surgió luego *Pabellón de Reposo* (1943). Con lo cual al menos dos Premios Nobel de Literatura tuvieron experiencia directa o cercana con esta enfermedad.

Por otra parte, destacados médicos y profesores uruguayos, y seguramente de otros países y regiones, de ambos géneros, contrajeron la tuberculosis, ya fuera en su tiempo de estudiantes, o ya como consecuencia de su trabajo profesional. Varios de ellos llegaron a ser Catedráticos de nuestra Facultad de Medicina.

123 Respecto a la muerte de Chéjov, es destacable el análisis que se hace en la obra de José Pedro Díaz y Álvaro Díaz Berenguer: *MEDICINA Y LITERATURA: Una mirada crítica*; Editorial Graffiti, Montevideo, 1997, 132 páginas; pp. 30-31.

124 BÉCQUER, Gustavo Adolfo: también conocido como Gustavo Adolfo Domínguez Bastida.

125 CELA TRULOCK, Camilo José: Bautizado Camilo José María Manuel Juan Ramón Francisco Javier de Jerónimo en la Colegiata de Santa María la Mayor de Adina (Sangenjo), recibió el Premio Nobel de Literatura en 1989; el Premio Nacional de Narrativa en 1984; Premio Príncipe de Asturias de las Letras, 1987; Premio Cervantes 1995, entre otros diversos.

Tal vez la obra de Thomas Mann ya citada, sea la que mejor reproduce el ambiente de los *sanatorios*¹²⁶ y los métodos de curación de la tuberculosis pulmonar, en todos sus diversos estados, desde la infección mínima hasta el paciente terminal, mediante los *sanatorios* en la alta montaña, con sus *curas de reposo*. Justamente, Thomas Mann relata una larga novela con las peripecias a lo largo de más de siete años, de sus protagonistas en un sanatorio en la montaña de Davos, Suiza, donde acudían, antes de la 1ª. Guerra Mundial, pacientes de todas las edades y con medios económicos suficientes, para mantenerse en un hotel dedicado a bacilares. Donde los recursos más audaces que



Robert Koch
(1843 -1910)

126 Según lo define el Diccionario de la Real Academia Española, Edición 22ª., 2001: **sanatorio.1. m.** Establecimiento convenientemente dispuesto para la estancia de enfermos que necesitan someterse a tratamientos médicos, quirúrgicos o climatológicos.

podían prodigarse eran el neumotórax o ayudar con algunas botellas de oxígeno a un paciente terminal. Mientras tanto, allí transcurrían su vida, con sus esperanzas, amores y fantasías, hombres y mujeres que a pesar de su pronóstico, generalmente poco favorable, no dejaban de pelear por sus vidas. Y de paso se podía deducir la explotación que los propietarios de tales establecimientos de salud hacían de la condición social y económica de sus pacientes. La novela de Camilo José Cela, transcurre en un establecimiento similar, pero en la Península Ibérica, sólo con pacientes de toda España, y dos décadas más tarde. La enfermedad consuntiva era igualmente tratada, a pesar del tiempo, y ante la falta de antibióticos, con iguales alternativas evolutivas y anímicas. Seguramente si Florencio hubiera alcanzado la meta de llegar a Davos, en su estado, habría sucumbido en pocos días, como ocurrió al nivel del mar.

También el Tango recogió en algunos de sus títulos temas vinculados a la tuberculosis. Algunos títulos son: “El bacilo” de Albérico Spátola, “TBC”¹²⁷ de Edgardo Donato, “Griseta”¹²⁸, “Margarita Gautier”¹²⁹, “Tu pálido final”¹³⁰, “Ya sale el tren”, “Medianoche”¹³¹, “¿Por qué no has venido?”¹³², “Como abrazado a un rencor”¹³³, “La número cinco”, “Caminito del taller”¹³⁴ con letra de Cátulo Castillo, cantado por Carlos Gardel, que refiere a la pobre costurerita, envuelta en una racha de tos seca y tenaz.

127 <http://www.pasiontango.net/es/letras.aspx?cancion=tbc>

128 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=377

129 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=682

130 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=678

131 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=430

132 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=1200

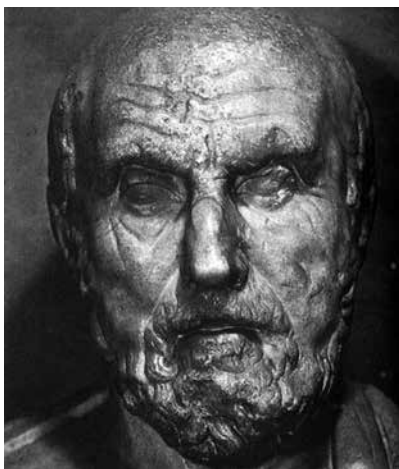
133 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=640

134 http://www.todotango.com/spanish/las_obras/letra.aspx?idletra=67

ANEXO 4

HIDATIDOSIS EN LA HISTORIA

Hace diez años publicamos para el XXIII Congreso Mundial de Hidatidología, una mirada histórica sobre la Hidatidosis como problema de salud pública, que reproducimos en términos generales seguidamente.¹³⁵



Es clásico mencionar que desde tiempos de **Hipócrates de Cos (hacia 460-370 aC)**, se conocía la hidatidosis en los seres humanos. Así se

¹³⁵ TURNES, A.: La hidatidosis como problema de salud pública. Una mirada histórica. XXIII Congreso Mundial de Hidatidología. Diciembre de 2009, Colonia del Sacramento (Uruguay), Comisión de Zoonosis, OPS/OMS, 142 páginas.

menciona en sus Aforismos, 7: 55 ¹³⁶, sentenciando: *“A todos aquellos, cuyo hígado, tras llenarse de agua, revienta dirigiéndose hacia el “epiplón”, a éstos se les llena de agua el vientre, y entonces mueren.”*

El autor griego M. Maccas, de Atenas, menciona que: “La equinocosis no es una enfermedad nueva para Grecia. Los médicos de la Antigüedad la conocían suficientemente como lo prueba la lectura de sus obras llegadas hasta nosotros.¹³⁷ El Profesor A. Couzis, Profesor honorario de Historia de la Medicina en la Universidad de Atenas en una comunicación hecha ante el primer Congreso Médico Panhelénico de 1901, informó que la enfermedad hidática no había escapado un ápice a la perspicacia y a la profundidad de observación de los grandes investigadores. Los textos de Hipócrates, de Galeno, de Areteo y de otros médicos de la Antigüedad demostraban de manera cierta que en aquella época se conocía el quiste hidático del pulmón, del hígado y del peritoneo, la presencia de fragmentos de membranas en la expectoración así como la ruptura del quiste hepático en la cavidad peritoneal, que Hipócrates consideraba como mortal. Ciertamente, ellos ignoraban que los quistes llenos de agua eran debidos a un parásito. En los textos antiguos, ellos se los designa como “tubérculo”, “hidátide”, “quiste”. Los Antiguos sabían también que estas lesiones eran igualmente encontradas en las vísceras de los animales tales como los ovinos, los bovinos y los porcinos”.

Agregado a lo mencionado por Maccas, y por lo que luego se dirá, vale consignar el siguiente pasaje de Galeno: *“Otro indicio es un latido del corazón, que se produce solo o acompañado de alguna señal de que el corazón de mueve en un medio líquido. No es nada sorprendente que en la túnica que envuelve el corazón se acumule tanta cantidad de humedad como para impedirle dilatarse, pues en el pericardio de animales diseccionados hemos visto con frecuencia un humor abundante semejante a orina. Una vez, un mono que día a día se iba debilitando tardó en ser diseccionado a causa de nuestras necesarias ocupaciones; cuando murió, todas las demás partes de su cuerpo estaban sanas, pero en la túnica del pericardio había una tumefacción patológica conteniendo un humor semejante al del hidátide. En otra ocasión un gallo tenía una tumefacción escirrosa, sin humor, semejante a muchas membranas*

136 TRATADOS HIPOCRÁTICOS, Volumen I – Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1990, pp. 292.

137 MACCAS, M.: Statistique de L'Echinococcose Humaine en Grece. En: *Archivos Internacionales de la Hidatidosis*: Vol. XII: Octubre 1951, Fasc.: I-II, Montevideo, Imprenta Nacional, 1953, 600 páginas; pp.: 61-70.

*espesas superpuestas.”*¹³⁸ Y resulta sugestiva asimismo, este otro pasaje, cuando al tratar de las Afecciones Pulmonares, cita este caso: “*Un hombre empezó de repente a expulsar con la tos un humor muy parecido a la bilis líquida, de color entre amarillo y pálido, pero sin ninguna acritud. A partir de ese momento cada día la cantidad expectorada iba en aumento. Después le sobrevinieron fiebres ligeras y se fue debilitando, al tiempo que expectoraba también pus. Después de unos cuatro meses expulsó con el pus un poco de sangre, aumentando al mismo tiempo la consunción y la fiebre, después volvió a expectorar más cantidad, y luego todavía más abundante. Tras ello, al aumentarle la fiebre y disminuirle las fuerzas, murió de forma parecida a los enfermos de tisis. Después vi a otro hombre que estuvo enfermo de la misma forma durante seis meses, y luego a otro, más tiempo. El primero no parecía al principio tener ningún mal, pero después su estado era claramente penoso. En cuanto vi al segundo, resolví desde el principio tratarlo con esmero, y después de él, todavía más al tercero. Sin embargo, a pesar de todos nuestros considerables esfuerzos, ninguno de ellos, ni tampoco ningún otro después, logró salvarse. Todos ellos al morir expulsaron trozos podridos del pulmón, de lo que yo deduje claramente que su afección era igual a la existente en las partes externas cuando se impregnan de un humor purulento. Pero mientras que éstas se pueden amputar e incluso cauterizar, nada de esto se puede hacer en el pulmón y por eso todos los afectados mueren.*”¹³⁹

Esto equivale decir que desde el inicio de la Medicina Técnica y Ética, se conocía la presencia en el hombre del quiste hidático de hígado.

El Catedrático emérito de la Universidad de León, Miguel Cordero del Campillo, ha publicado sus *Notas históricas de la equinococosis/hidatidosis*, realizando fundamentales aportes a esta disciplina.¹⁴⁰ Divide su estudio en dos períodos:

I. PERÍODO PRE-SISTEMÁTICO

En el *Talmud de Babilonia*, compilado entre los siglos IV-VI dC, hay noticia de la existencia de vesículas en los hígados de rumiantes sacrifi-

138 GALENO de PÉRGAMO, Claudio: Sobre la localización de las Enfermedades (De Locis Affectis). Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1977, 462 páginas; Libro V: 303, 304, pp. 337:

139 GALENO de PÉRGAMO, Claudio: Sobre la localización de las Enfermedades (De Locis Affectis). Biblioteca Clásica Gredos, Madrid, 1977, 462 páginas; Libro IV: 290-292; pp.: 329.

140 Jornada científica de la Asociación Española de Hidatidología. León, 19-X-2007, Universidad de León.

cados a la divinidad, identificables con quistes hidatídicos. Aristóteles (384-c. 322 aC) conocía las tenias y los cisticercos.

Teofrasto (372-287 aC) informa, en su Historia de las Plantas, sobre la frecuencia de tenias entre los tebanos, beocios, egipcios, árabes y sirios, y recomienda el helecho contra los “helmintos planos”. Hipócrates (460-380 aC) describe el quiste hidatídico (*hydatís*, *hydatídos*, vejiga con agua, de *hydor*, *hydatos*, agua; debe advertirse que se llamaban hidátides no solo al quiste hidatídico sino los cisticercos y cenuros) los pulmones de vacunos, ovinos y cerdos, y cuenta que cuando se rompe el hígado que está lleno de agua, se derrama en el peritoneo y el paciente muere. También describe las tenias (*helmins plateia*, helmintos planos).

Areteo de Capadocia (siglo I dC), en sus dos obras, una sobre las causas y otra sobre el tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, menciona la presencia de cestodos.



Tu brevis, obscurus, nec vocula pendere priua,
Gloria Cappadocum proximus rursus avari es.
Glaupylus tunc seruat, et Crastus honorus
Induit. Aulonia velle: legere diu.

Galeno (129-c. 206 dC) realizó necropsias en animales e interpreta el texto de Hipócrates como un caso de rotura de un quiste hidatídico y *Cysticercus tenuicollis*, pues cuenta que el hígado de los animales sacrificados contiene vesículas llenas de líquido. También se mencionan quistes hidatídicos en el *Corpus Hippocraticum*.



Los griegos llamaban a los cestodos *taenia* (cinta o banda), palabra que adoptaron los latinos (*taenia*), como recoge Cayo Plinio Segundo (23-79 dC) en su Historia naturalis. Como sinónimo, también designaban a los cestodos como *lumbricus latus* (lombriz ancha). Latina también es la voz *cucurbitinus*, para los segmentos, anillos o proglotis (del griego *proglosis*, lengua), por su parecido con las pepitas de la calabaza (*cucurbita*).

Avicena (981-1037) menciona en su *Canon medicinae* varios helmintos, entre ellos cestodos y sus cucurbitinos, aunque no conocía la relación entre ambos. Los hispano-árabes Albucasis (c. 936-1013) y Avenzoar (1113-1199) también citan tenias.

El canciller **Pedro López de Ayala (1332-1350)** cita helmintosis del perro, aunque no está claro que conociera *Echinococcus granulosus*.

Hasta el siglo XVII se creía que las fases larvarias de los cestodos, y de modo especial los quistes hidatídicos, eran tumoraciones o glándulas degeneradas, pero **Phillipp Jakob Hartmann (1648-1707)**, que estudió Medicina y Teología en Königsberg, merece ser destacado por sus estudios de *Cysticercus cellulosae* y *Strobilocercus fasciolaris*, pues poniéndolos en agua caliente apreció sus movimientos y el escólex, y demostró su naturaleza animal, en 1685. Siguiendo sus investigaciones, en 1694 describió un *Echinococcus hydatidosus* con vesículas hijas. Hartmann llamó “vermes vesiculares” a los estadios larvarios de los cestodos y, en 1695, halló por primera vez *Echinococcus granulosus* en el perro (Enigk, op. cit. p. 15).

Thomas Bartholin (1616- 1680), danés, que estudió *Cysticercus tenuicollis* y *Coenurus cerebralis*, consideró en ambos casos que se trataba de vejigas acuosas o acúmulos de agua, pero el médico suizo **Johann Jacob Wepfer (1620- 1695)** afirmó que los cisticercos eran cestodos encapsulados, relacionó a *Coenurus cerebralis* con la modorra o torneo de los ovinos, que era realizable la trepanación y observó que, dentro de la membrana, había numerosos escólices, con lo que llegó a diferenciar los cenuros de las hidátides.

Francesco Redi (1626-1697) es autor de la primera helmintología comparada, en la que trata de los cestodos adultos de perros y gatos y de sus estadios larvarios, reconociendo su condición parasitaria, aunque no advirtió la relación entre unos y otros estadios. Su obra *Osservazioni intorno agli animali viventi che si trovano negli animali viventi* (1684) ha permitido considerar a Redi como “el padre de la Parasitología”.



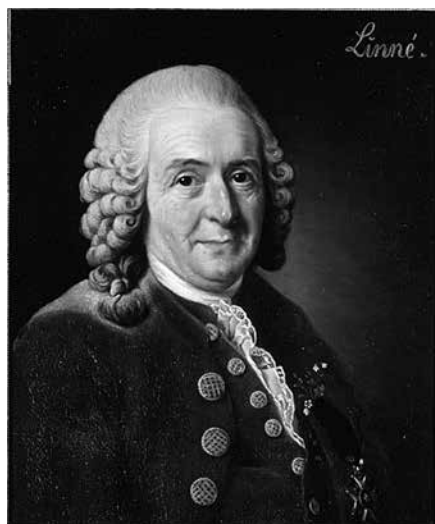
Edward Tyson (1650-1708), graduado en Medicina en Oxford y doctorado en Cambridge, halló *Cysticercus tenuicollis* en una gacela (1691), apreció su naturaleza helmintiana, su condición de ser vivo, denominó a la fase quística "*lumbricus hydropicus*" (lombriz hidrópica), en 1692, y describió la doble membrana de los quistes. Además de contribuir con importantes trabajos al desarrollo de Helmintología (fue el primero que reconoció el escólex como "cabeza" de las tenias), se distinguió por buscar conexiones entre la animalidad y la humanidad, a través de estudios comparados de chimpancés y humanos. Su trabajo sobre cestodos se publicó en *Philos. Trans. R. Society London*, 13: 113-144 (Cox, 2002). También **Marcello Malpighi (1628-1694)** apreció la condición de ser vivo de *Cysticercus celulosae* del cerdo.

II. PERÍODO SISTEMÁTICO

Aunque sus trabajos versaron sobre vegetales, es importante mencionar a **John Ray (1627-1705)**, pues contribuyó en gran medida a la taxonomía al fijar la noción de "especie tipo", que definió sobre bases genéticas al afirmar que "ninguna especie se forma de la semilla de otra", considerándola invariable en el espacio y en el tiempo. En el siglo XVI los naturalistas eran creacionistas fijistas, que definían a las especies sobre bases morfológicas, pero en el siglo XVIII se define la especie biológica, con la incorporación de factores como tiempo y espacio.

En el siglo XVIII se logran grandes avances en el conocimiento de las cestodosis.

Es obligado citar a **Karl von Linné (1707-1778)**¹⁴¹, médico sueco que sentó las bases de la sistemática/taxonomía, con la décima edición de su *Systema Naturae* (1758), aunque no manifestó mucho interés por la Helmintología, pues llamaba a los vermes "estirpe asquerosa y repugnante", opinión que, seguramente sin saberlo, compar-



141 También conocido como Carlos Linneo o Carolus Linnaeus.

tía con nuestro albéitar¹⁴² Baltasar Francisco Ramírez, quien calificaba a las helmintosis de enfermedades peligrosas y repulsivas (1629). La parte de la obra linneana relacionada con la Parasitología se debe a Per Arthedi (Arthedi).

Entre los pastores se conocían *Cysticercus tenuicollis*, *Coenurus cerebralis* y *Echinococcus hydatidosus*, con algunas intuiciones sobre la naturaleza vermiciana de los “granitos” (protoescólex) del cenuro, como sospechó Rantstler (1776), autor de una obra sobre enfermedades de los ovinos.

Peter Simon Pallas (1741-1811), médico formado en Berlín, Halle y Gotinga, que se doctoró en Leiden (Holanda), acudió a Londres, fue invitado por Catalina II de Rusia a la Academia de Ciencias de San Petersburgo, y regresó a Berlín para integrarse en su Universidad. Destacaremos los trabajos en que demostró la relación entre *Taenia taeniaeformis* del gato y su fase larvaria en el ratón, *Cysticercus fasciolaris*. Sin embargo, creía que todas las larvas quísticas pertenecían a una sola especie que denominó *Taenia hydatigena*, cuya morfología variaba según la especie hospedadora. En cuanto al quiste hidatídico, lo relacionó con los cestodos, aunque no llevó a cabo experimentos.



Johannes August Ephraim Goeze (1731- 1793), hijo de un pastor luterano y él mismo estudiante de Teología, sintió inclinación por la Parasitología cuando Pallas le envió muestras de helmintos para que los estudiara, lo que se tradujo en la publicación de *Versuch einer Naturgeschichte der Eingeweidewürmer* (1782), una de las aportaciones fundamentales del siglo XVIII. Diferenció *Taenia solium* de *T. saginatus* y señaló la naturaleza verminosa del quiste hidatídico, al que denominó *Taenia visceralis socialis granulatus*, aludiendo a su condición de cestodo presente en vísceras.

Jean-Baptiste de Monet, chevalier de Lamarck (1744-1829), derivó sus inquietudes hacia la Medicina y la Botánica y, entre otras obras, escribió la titulada *Système des animaux sans vertèbres, ou table general des classes* (1801), en la que introdujo el término “*invertibrados*”, entre los cuales situó a los gusanos. Karl Asmund Rudolphi (1771-1832), estu-

142 albéitar. (Del ár. hisp. albáyṭar, este del ár. clás. bayṭar o bayṭār, y este del gr. ἰππιατρός). 1. m. veterinario (l hombre que ejerce la veterinaria). Diccionario de la RAE, Edición 22ª., 2001.

dió y se doctoró en Medicina y Ciencias Naturales en Greifswald con tesis sobre estructura de los helmintos. Seguidamente acudió a estudiar en la Escuela de Veterinaria de Berlín y regresó a Greifswald como profesor habilitado de Anatomía y Zoología en la Facultad de Medicina. Tras visitar varios centros europeos, se incorporó a la universidad de Berlín como catedrático de Anatomía comparada, en la que impartió docencia de helmintología de los animales domésticos. A Rudolphi se le llamó “el Linneo de la Parasitología” por su propuesta



de sistematización de los helmintos, que distribuyó en cinco Órdenes, entre ellos Cestoda (Cestoidea) y Cystica (Cystoidea). El gran avance que supuso esta clasificación fallaba por considerar independientemente a los estadios adultos de Cestoidea, de los larvarios Cystoidea, que enfatizaban las raíces de ambos términos: respectivamente, *kestós*, cinturón bordado y *kystis*, *kyste*, vejiga, quiste. No obstante, el género *Echinococcus Rudolphi*, 1801 lleva el nombre de este distinguido científico, con la especie tipo *granulosus*, designación que introdujo Batsch en 1786, cuando le asignó el nombre de *Hydatigera granulosa*. Rudolphi (1808) diferenciaba, creyendo que eran especies distintas, *E. hominis*, *E. veterinorum* y *E. simiae*, del hombre, animales y simios respectivamente, de los cuales únicamente el primero formaba vesículas hijas.

Pese a los avances debidos a Goeze, en cuanto a la relación de los quistes hidatídicos con los cestodos, Johann Georg Heinrich Zeder (1763-1837), médico militar, aceptando la propuesta de Rudolphi, separadora de Cestoda y Cystica, propuso en 1800, para los quistes hidatídicos del hombre, la designación de *Polycephalus hominis*, que cambió en su obra *Anleitung zur Naturgeschichte der Eingeweidewürmer* (1803), por la de *Polycephalus echinococcus*. Vino a complicar las cosas el médico francés

René Téophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826), quien estudió hidátides humanas carentes de escólex, a las que calificó de “acefaliquistes” (*Mémoire sur les vers vesiculaires, principalement ceux qui se trouvent dans le corps humain*, 1804), considerando que se trataba de un

género distinto del que incluía los que afectaban a ovejas y vacas. Livois (1843) aclaró que los acéfaloquistes eran hidátides en las que todavía no se habían formado los escólices. Naunyn (1839-1925) demostró (en 1863) el error de Rudolphi cuando administró parte de un quiste hidatídico de origen humano a dos perros, en los que se desarrollaron equinococos similares a los que procedían de hidátides de origen porcino. Poco después (1867), R. Leuckart obtendría hidátides en cerdos a los que administró huevos obtenidos del cestodo adulto.



Félix Dujardin (1801-1860), polifacético personaje (pintor de acuarelas, ingeniero, profesor de Matemática y de Literatura, de Geología, Geometría y Química, etc.) escribió una *“Histoire naturelle des Helminthes ou vers intestinaux”* (1845), en la que describe 135 especies de cestodos e introduce la voz “proglottis” para los anillos/segmentos de ellos.



Como nota curiosa, Edward Jenner (1749-1823), de quien nos ocuparemos más adelante, vinculó la hidatidosis con la tuberculosis.

Carl Theodor Ernst von Siebold (1804-1885), graduado en Medicina en Berlín, discípulo de Rudolphi y Ehrenberg, se interesó desde 1830 en la Zoología, de manera que fue nombrado catedrático de Zoología, Anatomía comparada y Sanidad animal de la Facultad de Medicina de Erlangen (1840), en la que hicieron obligatorias las clases de Sanidad animal para los estudiantes de Medicina. Von Siebold acabó entendiendo que los quistes hidatídicos eran fases de un futuro desarrollo, designó al parásito como *Taenia echinococcus* y demostró (1852) el desarrollo del cestodo en perros infectados con material hidatídico de ovejas (*Ueber die*

Verwandlung der Echinococcus-brut in Taenien. Z. Wissen. Zool. 4: 409-425, 1853), experimento que repitió Bernhard Naunyn (1839-1925), ayudante de la Facultad de Medicina de Berlín, administrando a un perro parte de un quiste hidatídico obtenido de un hombre (*Ueber die zu Echinococcus hominis gehörige Taenien. Arch. Anat. Physiol. Wiss. Med.*, 4: 412-416, 1863), con lo que, contra la opinión imperante desde Rudolphi, demostraba que la especie de Echinococcus derivada del quiste hidatídico era común al hombre y a los mamíferos (Foster, 1965; Grove, 1990).

No podemos concluir esta parte sin mencionar las experiencias fundamentales llevadas a cabo por Gottlieb Friedrich Heinrich Küchenmeister (1821-1890) sobre los ténidos del hombre y de los animales domésticos, y su propuesta de que no se dieran a comer a los perros los residuos de matadero de los mamíferos domésticos (1855).

* * *

EVOLUCIÓN DEL CONTROL EN URUGUAY

Así como en Islandia se había comenzado en 1864 la lucha contra la hidatidosis, en Uruguay comenzó algunos años después, aunque con otra modalidad de control del huésped definitivo de *Echinococcus granulosus*. Ya desde los tiempos de la dictadura militar del Coronel Lorenzo Latorre, entre 1876 y 1879, en tiempos que era su Ministro de Gobierno José María Montero, y Director de Educación José Pedro Varela, el reformador de la Enseñanza Primaria uruguaya, para hacerla gratuita, laica y obligatoria, se había dispuesto en junio de 1879, introducir la patente de perros, disponiendo que los gobiernos departamentales (entonces denominados Jefaturas Políticas) tuvieran plena autonomía para recaudar y fiscalizar el gravamen, con el objeto de controlar la población canina, identificada entonces como un factor a controlar.

Por ese tiempo, ya el Consejo Central de Sanidad de Victoria (Australia) emitía el 19 de mayo de 1885, una circular a los productores rurales, con afirmaciones como ésta:¹⁴³

“El Consejo Central desea demostrar que al beber agua de fuentes naturales y comer verduras que están en contacto con los perros, todas las personas, en

143 <http://hidatidosis.blogspot.com/2007/04/historia-de-la-hidatidosis.html> [Consultada el 27.09.2009].

especial los niños, corren gran riesgo de tomar la enfermedad hidatídica con todos sus peligros. El Consejo recomienda estrictamente que tales aguas sean antes hervidas. Las personas que viven en el campo y los viajeros, no deben beber el agua de lagunas o pantanos sin tomar precaución y en todos los casos que el agua de uso doméstico esté al alcance de los perros, a éstos no se los debe bañar en los bebederos, ni que beban agua que ha de usar el hombre, la oveja, ganado vacuno y los cerdos. Es muy importante recordar que el agua más cristalina puede contener numerosos gérmenes de hidátides, de ahí la importancia de hervir el agua cuando hay alguna duda. Es conveniente enterrar o echar agua hirviendo sobre los excrementos de los perros, siendo además preciso purificar continuamente la tierra alrededor de las perreras con agua hirviendo. No se los debe alimentar con residuos de mataderos. Se debe obligar a cumplir estrictamente las leyes contra los perros no registrados. Es necesario también, saber que la enfermedad hidatídica la puede tomar el hombre comiendo ensaladas impuras o verduras crudas, por lo cual debe lavarlas y limpiarlas bien antes de comerlas; no se debe tomar berros de los desaguaderos. Además es conveniente saber que hay riesgos de contraer la enfermedad permitiendo que los perros laman las manos o la cara de adultos o niños, como también los platos y las fuentes. En éste como en otros muchos casos “la limpieza es una de las medidas más importantes para precaverse del parásito”.

Raúl Ugarte Artola (1929-2007), quien fuera presidente de la Comisión Nacional de Hidatidosis e ilustre cirujano, además de Ministro de Salud Pública, ha afirmado¹⁴⁴: *“Hoy todos conocemos el ciclo de la enfermedad en el que intervienen huéspedes intermediarios, el hombre, los bovinos, ovinos y suinos, y un hospedero definitivo en nuestro país, el perro. Ninguno de estos animales son autóctonos del Uruguay. Hernandarias introdujo la ganadería en 1506 y los perros parasitados llegaron a bordo de los buques balleneros noruegos que establecieron las primeras factorías en Maldonado y Montevideo, entre 1779 y 1820. Estos perros provenían de países con altísimo porcentaje de parasitación canina y fueron ellos los que primero contaminaron nuestros campos con huevos de tenia equinococo. Las ovejas criollas no tenían un buen rendimiento y con el*



144 Las citas que siguen pertenecen a la Exposición sobre Profilaxis de la Hidatidosis – 100 años, realizada por el Dr. Raúl Ugarte Artola, el 24 de junio de 2002. Copia suministrada por la Comisión Nacional de Zoonosis [Cortesía del Sr. Alberto Candeanu].

afán de mejorar los ganaderos importaron animales sobre todo “merinos” de España, país con un alto índice de parasitación en sus majadas. Así se establecieron y se potenciaron las condiciones para el desarrollo de la Hidatidosis en el Uruguay.” Y agregaba, citando a Gemmel: “Un solo perro puede expulsar anillos de tenia equinococo con miles de huevos fértiles por día que permanecen viables muchos meses, algunos de ellos quedan dentro de los 80 metros del lugar de la defecación, pero otros son rápidamente dispersos en distintas direcciones hasta cubrir un área de 30 há., y han sido encontrados a más de 60 Km.”

El mismo autor afirmaba que los pájaros y las moscas son “huéspedes transportistas de huevos” desde el perro al animal huésped intermediario o al hombre. Esto fue facilitado por la estrecha relación hombre-perro, y más especialmente niño-perro, tanto en el medio rural como en el suburbano y urbano de nuestro país.

En Uruguay en 1880 José Arechavaleta¹⁴⁵ (Bilbao, España, 1838-Montevideo, 1912) descubre los primeros quistes hidáticos en animales. En 1894 el médico Pedro Visca (1840-1912), Fundador de la Clínica Médica en Uruguay¹⁴⁶, diagnostica el primer caso en un niño, que se opera en París. Tres años después se opera el primer enfermo en Uruguay, y desde entonces, se intervienen cada vez más pacientes con hidatidosis.

La lucha anti-hidática tiene varios períodos, en el siglo XX. Ya en marzo de 1901, en el 1er. Congreso Latinoamericano, los médicos Luis P. Lenguas y Alejandro Gallinal decían: “Que las autoridades sanitarias se preocupen de llevar a conocimiento de los pueblos el peligro creciente de la enfermedad hidática y que las nociones de profilaxis pertinentes formen parte de la enseñanza primaria”. Y el mismo Dr. Gallinal, procedente de una familia ampliamente dedicada a la actividad agropecuaria de avanzada, expresaba: “las pérdidas que constantemente sufren los ganaderos por culpa de la hidatidosis son muy elevadas aunque ellas escapen a la evaluación estadística.” Por esa misma época, en junio de 1901, el Dr. MacKinnon realiza el primer estudio estadístico retrospectivo en Uruguay sobre 22 casos entre 1896 y 1901, que es por tanto la base de los que le siguen.

145 http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/articulo_11_arechavaleta.pdf

146 MAÑÉ GARZÓN, Fernando: PEDRO VISCA, Fundador de la Clínica Médica en el Uruguay, 2 tomos, Barreiro y Ramos, Montevideo, 1983.

En 1904, en el 2º Congreso Latinoamericano, el Dr. Pedro Bergés, veterinario, formulaba las premisas básicas de la profilaxis aplicadas en Islandia:

- Prohibir alimentar los perros con achuras.
- Fiscalización veterinaria de los mataderos.
- Limitar el número de perros; y
- Educar sobre los peligros de la enfermedad y su profilaxis.

Decía en aquella ocasión Ugarte: Un siglo después estos principios son la base de cualquier campaña anti-hidática, sólo se agrega el uso de Praziquantel.

Como la inacción de las autoridades continuaba, haciendo oídos sordos a esos reclamos profesionales en bien de la salud pública, y por tanto de la comunidad toda, en 1905 la Sociedad de Medicina de Montevideo apoyó con entusiasmo la idea del Dr. Enrique Pouey (1858-1939)¹⁴⁷, de iniciar por ellos mismos el combate de la hidatidosis. A él se unieron rápidamente los Dres. Luis Pedro Bottaro (1868-1947)¹⁴⁸ y Augusto Turenne (1870-1948)¹⁴⁹, formando la primera Comisión de Lucha contra la Hidatidosis en el país. Fue entonces que se publicaron carteles, murales y folletos educativos y se realizaron por parte de los integrantes de este grupo, charlas con los médicos rurales, los maestros y los asistentes a las ferias ganaderas y otros eventos en el área rural. Fue este un gran esfuerzo privado para suplir la indiferencia e ignorancia de los poderes públicos. En los 30 años siguientes los médicos siguieron llamando la atención de las autoridades sobre el grave riesgo de la hidatidosis sin obtener respuesta.

En 1934 el Ministerio de Salud Pública, nacido bajo la dictadura del abogado Gabriel Terra, y a cargo del cirujano Dr. Eduardo Blanco Acevedo (1884-1971)¹⁵⁰, creaba por decreto el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, cuya dirección se encarga al Dr. Velarde Pérez Fontana¹⁵¹, centro que trabaja activamente en educación, epidemiología, investigación y experimentación.

147 <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/pouey.pdf>

148 http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_21_bottaro.pdf

149 POU FERRARI, Ricardo: AUGUSTO TURENNE: Pionero de la Obstetricia Social en América Latina. Fundador del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 2006, edición del SMU, 273 páginas.

150 http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_39_blancoacevedo.pdf

151 http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_52_perezfontana.pdf

Una primera preocupación legislativa sobre el problema, fue que en 1939 se promulga la Ley 9.852, que legitima al Centro de Estudio y Profilaxis, encargándole la coordinación de actividades de diversos organismos y entidades científicas para lograr una mayor efectividad en la lucha anti-hidática. Dicha Comisión Honoraria estuvo integrada por dos delegados de cada uno de los Ministerios de Salud Pública y Ganadería y Agricultura, uno por la Facultad de Medicina, uno por la Facultad de Veterinaria y un delegado de los ganaderos, continuando a su frente como Presidente el Dr. Velarde Pérez Fontana.

Esta Ley establecía:

- Denuncia obligatoria de los casos de Hidatidosis humana y animal.
- Prohibición de alimentar los perros con achuras.
- Vigilancia de los mataderos.
- Limitación del número de perros.
- Obligación de los Maestros Rurales de, por lo menos, una vez al mes explicar a los alumnos sobre la prevención y los riesgos de la enfermedad.

Las actividades de este Centro fueron intensas y sus campañas se proyectaron al mundo entero. Fue por obra suya que aparecieron los *“Archivos Internacionales de Hidatidología”* que recibía trabajos de hidatólogos de todo el mundo desde 1935 y que, a partir de 1948, con la creación de la Asociación Internacional de Hidatidología, fundada en Colonia del Sacramento (Uruguay) el 21 de setiembre de 1941, pasaron a ser la publicación oficial de sus Congresos Internacionales.

El Centro editó, entre otros, el libro “Cachito y Rigoletto”, un texto infantil didáctico en el cual, a través de la relación de un niño y su perro, enseñaba los riesgos de la Hidatidosis y la manera de evitarlos. Este libro se entregó en las escuelas de todo el país, fue traducido a varios idiomas y la Organización Panamericana de la Salud lo tomó como ejemplo e imprimió 500.000 ejemplares distribuidos en países de habla hispana.

Pero a pesar de todos estos ingentes esfuerzos, el número de pacientes operados de quiste hidático no disminuyó.

Los hallazgos quirúrgicos más frecuentes fueron en el hombre, su localización en hígado, pulmones, riñones, bazo, sistema nervioso central, corazón y huesos. Pudieron encontrarse también QH en otras localizaciones, aunque más raramente.

En el 1er. Congreso Internacional de Hidatidología, realizado en la ciudad de Durazno, Uruguay, en 1947, el Maestro de la Cirugía uruguaya, Dr. Domingo Prat (1882-1973)¹⁵², decía: *“El Centro de Educación y Prevención de la Hidatidosis a pesar de su actividad no ha podido tener resultados destacables ni dignos de mención.”*

El francés Félix Dévé (1872-1951) decía que las personas adquirirían en los primeros años de vida la infestación, ya que la hidatidosis es *“la enfermedad de las manos y las rodillas en el suelo, los pantalones cortos y de los juegos con perros”*.

En materia de legislación, ya citamos que en 1939 se promulgó la Ley 9.852, que legitima al Centro de Estudio y Profilaxis.

La labor de este Centro se desarrolló fundamentalmente en aspectos científicos, promoviendo a nivel regional e internacional, el contacto y acercamiento con otros institutos similares, intercambiando y publicando información científica, y fundando en 1941 la Asociación Internacional de Hidatidología, que llevaría la inquietud a las más diversas latitudes.

En el plano nacional, centró sus esfuerzos principales en la tarea educativa, cumpliendo aquella disposición que la ley preveía, de transmitir a los niños, desde los primeros años escolares, la importancia de la prevención basada en las buenas prácticas de higiene, fundadas en un adecuado conocimiento de los maestros y los escolares. Utilizaba así precozmente, una metodología que luego se aplicaría a la prevención de otras enfermedades, particularmente las derivadas del hábito tabáquico, que cobraron importancia a partir del tercer milenio, a impulsos de la OPS/OMS.

El libro escolar “Cachito y Rigoletto”, editado por el Ministerio de Salud Pública, como actividad del Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis, realizado en colaboración entre Velarde Pérez Fontana y Antonio Soto (Boy), que tuvo múltiples ediciones nacionales e internacionales, como fue mencionado, estuvo presente en todas las

152 <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/pratt.pdf>

escuelas y bibliotecas escolares del país. En su prólogo Velarde Pérez Fontana decía:

“Las proporciones alarmantes que el quiste hidático ha tomado en los países del Río de la Plata, Argentina, Estado de Río Grande del Sur y nuestro país, es una consecuencia del desarrollo de la ganadería. La enfermedad diezma nuestras poblaciones rurales en forma sórdida y continuada, restando a la sociedad preciosas vidas humanas en plena capacidad productiva.

Las pérdidas materiales originadas por esta enfermedad, que ataca lo mismo al hombre que a la ganadería, son cuantiosas. Por los perjuicios sociales y económicos que ella ocasiona, constituye una verdadera calamidad nacional.

La hidatidosis es la más evitable de todas las enfermedades. Para defenderse de ella sólo basta tener nociones fundamentales sobre la historia natural del parásito y su ciclo evolutivo.

La autoridad sanitaria en los países del Río de la Plata ha entablado la lucha contra esta plaga en forma cada vez más sostenida. En nuestro país fue sancionada una ley de profilaxis de la Hidatidosis (Agosto 2 de 1939). De acuerdo con el Art. 9º de esa ley, “el personal docente de las escuelas públicas rurales dará a los alumnos nociones breves explicativas de los peligros que asume la “enfermedad hidática” y los medios que se utilizan para combatirla. Con este fin, el Centro de Estudio y Profilaxis de la Hidatidosis distribuirá folletos y murales ilustrativos para esas escuelas”.

*La publicación de **CACHITO Y RIGOLETO** responde al mandato de la ley, que fue, por otra parte, una vieja aspiración de la benemérita Sociedad de Medicina de Montevideo. La colaboración de Antonio Soto (Boy) ha sido imprescindible. Pocos como él tienen la virtud de expresarse con tanta naturalidad y tan al alcance de los niños. Su pluma transforma las ideas generales de la ciencia en amenos coloquios infantiles. Por otra parte, el aporte literario de Boy ha tenido en este caso un precioso complemento en las ilustraciones anecdóticas del fino dibujante Luis Macaya, cuya sutileza espiritual ha sabido interpretar la psicología de la narración con verdadera ternura. En cuanto a los dibujos anatómicos de Mario Radaelli, que ilustran la lección sobre el quiste hidático, los entendidos apreciarán las excelencias de su exactitud.*

Este libro está dedicado a los niños de nuestra campaña y a los maestros rurales. Cabe al maestro rural, principalmente, un papel importante de vastas y fecundas proyecciones de futuro en la lucha contra la hidatidosis. Inculcar al niño desde la escuela nociones elementales de higiene, señalar los peligros de la

*vida rural con demostraciones prácticas y ejemplos de personas conocidas del lugar, como Cachito, atacadas por grave mal – es obra edificante. Más tarde el pequeño escolar se transformará en patrón, peón o capataz rural y afrontará las realidades de la vida con ideas precisas y firmemente adquiridas.”*¹⁵³

* * *

En diciembre de 1965 se aprueba la Ley 13.459, por la que se crea la Comisión Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, donde se declara a la afección plaga nacional y la lucha obligatoria en todo el territorio nacional; se integra con varios ministerios, diversas instituciones y la participación de sectores sociales, de productores y laborales. Establece la obligatoriedad del pago de la Patente de Perro y se facilita la revisión y control sanitario de los canes y de los lugares destinados a la faena pública y domiciliaria.

Por esa época, su primer Presidente, el Maestro de la Medicina uruguaya Dr. Pablo Purriel y sus colaboradores, publican los primeros resultados de estudios epidemiológicos en todo el país, que incluyen índices de infestación en animales: 60% en bovinos; 95% en ovinos y 40% en perros.

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes operados de QH, visitando los Centros Quirúrgicos de todo el país en el trienio 1962-1964 con un promedio de 535 enfermos por año y una morbilidad de 6,7%.

Es entonces que se resuelve implementar planes piloto departamentales para estudiar su eficacia y las correcciones correspondientes, porque las medidas educativas habían fallado, también la prédica a favor del cambio de prácticas y hábitos culturales, y el problema persistía. La convicción era que sólo un plan sanitario nacional sería exitoso.

Se inicia por el Departamento de Flores, en 1970, elegido por la buena predisposición de sus autoridades locales y por ser el Departamento de mayor morbilidad humana, con 105/100.000 habitantes y una alta tasa de infestación ovina, bovina y canina. Se controlarían por primera

153 PÉREZ FONTANA, Velarde y SOTO, Antonio: CACHITO Y RIGOLETO, Libro Escolar. Impresora Uruguay SA, Montevideo, 1946, 96 páginas; pp. 7-9. [Cortesía del Dr. Andrés Giacoia].

vez la faena domiciliaria y, simultáneamente, la faena en los mataderos. En sólo tres años se logró disminuir la infestación canina por tenia equinococo de 34% a 10%.

Cuando Purriel falleció en pleno ejercicio de la Presidencia de la Comisión Honoraria, la lucha continuó.

El Departamento de Flores fue también el campo de prueba experimental para evaluar la eficacia ténica del *Praziquantel* en 1976, que a la dosis utilizada resultó ser un 100% efectiva en los perros, matando todas las tenias pero sin destruir los huevos.

Progresivamente se fue ampliando el plan a otros departamentos, siguiendo por Artigas, el más al norte del territorio nacional; luego todos los del norte del Río Negro. Estos planes ambiciosos fueron detenidos porque se le retiraron los recursos a la Comisión Honoraria y a las Comisiones Departamentales, en plena Dictadura militar (1973-1985). Pero quedó claro, al evaluar resultados, que era la conducta humana la causante de la persistencia de la enfermedad, y no la acción de la droga.

Éste era y continua siendo el problema clave.

Una nueva etapa se abre cuando en 1990 se promulga la Ley 16.106 que es reglamentada en marzo de 1991, que reformó la Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis, cuyo principal recurso lo constituye la patente de perro.

Sin embargo, la dosificación de perros que se hacía simultáneamente con el pago de la patente, mediante la administración de la droga, no fue eficaz, por cuanto los productores pagaban y compraban el fármaco, pero luego, algunos de ellos, no lo administraban, con lo cual la solución burocrática, hacía que el esfuerzo fuera parcialmente improductivo.

Este programa, que se desarrolló hasta el retiro del Dr. Raúl Ugarte, tuvo mucho éxito, hasta alcanzar una fase de consolidación del programa, mejorando muchos indicadores y acciones educativas, integrando actividades con los organismos especializados, un importante presupuesto y personal profesional asignado. Así al realizar el segundo diagnóstico de situación en el año 1997 y el tercero en 1999, pudieron demostrar que el porcentaje de perros parasitados en el país descendió de 10.7% en 1991 al 0.74% en 1997 y a 0,47% en 1999. En 14 departamentos (de los 19 que tiene el Uruguay) el porcentaje de perros

parasitados fue 0 y en los cuatro restantes, exceptuando la capital, fue menor a 1,14%. Se afirmó entonces que los campos estaban libres de huevos de tenia y el hombre y los animales tenían cada vez menores posibilidades de enfermar de quiste hidático.

El porcentaje de infestación de ovinos que en 1991 era del 44%, descendió al 9.8% en el año 2000 y en bovinos descendió de 64% en 1990 a 15.99% en 2000.

El registro de intervenciones quirúrgicas en humanos¹⁵⁴, en todos los centros de cirugía del país, tanto públicos como privados, según Ugarte, reveló que la base histórica de datos era de 552 operados por año, encontrada por Purriel entre los años 1962 y 1971. En el año 1993 se operaron 367 personas, lo que significa un descenso importante entre 1972 y 1993. Como consecuencia de la tarea desarrollada hasta ese momento hubo 185 pacientes operados menos, lo cual representa una disminución del 33% en 20 años. Para el año 2000 los operados fueron 197, lo que según el mismo autor marca un descenso del 46.2% en 7 años y lo más importante, no se operó ningún niño menor de 5 años, que son los significativos para el sector de infestaciones nuevas.

Al referir la variación de mortalidad, de 50 fallecidos por año entre 1962 y 1971, sólo se registró una muerte por QH en el año 2000, en todo el país; lo cual representa una mortalidad menor al 0,5%.

Pero todos estos éxitos parciales, resultaron, a la luz de los análisis posteriores, ser mucho menores que lo que se había publicitado, ya que como con el fenómeno del “iceberg”, había una gran parte de la realidad que no se había considerado adecuadamente en estos informes tan bien intencionados como optimistas. Roberto Perdomo, Ciro Ferreira y colaboradores, realizaron un estudio multicéntrico nacional mediante la ecografía abdominal en áreas de alto riesgo, investigando en diversas instancias más de diez mil pacientes asintomáticos. Concluyeron que los estudios de morbilidad realizados por Purriel y colaboradores (1962-1971) en casos hospitalarios de todo el Uruguay establecían una incidencia para 1968 de 18.3 por mil habitantes. Calculan que la parte no visible del iceberg, representaría una cifra 61

154 HIDATIDOSIS EN EL URUGUAY: Prevalencia Quirúrgica Nacional 1993. Publicación del MSP, Comisión Nacional Honoraria de Lucha contra la Hidatidosis. Montevideo, Uruguay, 1994, Imprenta Tradinco, 76 páginas. [Cortesía del Dr. Andrés Giacoia].

veces mayor: 31.734 pacientes, frente a las 516 observaciones clínicas.¹⁵⁵ Esa es en definitiva, la única realidad que muestra la continua evolución del conocimiento, que día a día y año a año, supera con hechos y constataciones nuevas, lo que se había alcanzado con anterioridad. Así es la ciencia, cuando no se deja llevar por la vanidad humana y la fantasía que todos los humanos tenemos de creer que hemos tocado el cielo con la mano.

El 12 de diciembre de 2007 el Poder Ejecutivo aprobó el Decreto 491/007, que modificó la estructura, gestión e integración de la Comisión Honoraria de Hidatidosis, para transformarla en Comisión Honoraria de Zoonosis. De acuerdo a lo dispuesto en los artículos 308 a 311 de la Ley No. 17.930 de 19 de diciembre de 2005. En la norma referida se dispone que la Comisión Nacional Honoraria de la Lucha contra la Hidatidosis creada por la Ley N° 13.459, de 9 de diciembre de 1965, con las modificaciones introducidas por la Ley N° 16.106, de 24 de enero de 1990, pasará a denominarse «COMISIÓN NACIONAL HONORARIA DE ZOONOSIS».

La misma funcionaría bajo la forma jurídica de organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública.

La referida ley facultó al Poder Ejecutivo para modificar su estructura organizativa, comprendiendo un nuevo modelo de gestión, integración y gerenciamiento.

Dicha facultad comprende la de implementar las modificaciones, adecuaciones y definiciones de los cometidos previstos para las Comisiones Regionales, Departamentales y Locales que funcionan en la órbita de la Comisión Nacional.

En los meses siguientes se implementaron nuevas políticas que, recogiendo la experiencia anterior, ampliaron la efectividad en cuanto al control de la hidatidosis se refiere, a otras modalidades de acción. Se continuó aplicando la dosificación de perros, no sólo para eliminar la tenia *Echinococcus*, sino para desparasitarlos de otros vermes; se procedió a realizar la esterilización de perros domésticos en todo el país, a través de puestos móviles atendidos por cirujanos veterinarios y se con-

155 PERDOMO, R., PARADA, R., ÁLVAREZ, C., CATTIVELLI, D., GENINAZZI, H., BARRAGUÉ, A.D., FERREIRA, C., RIVERO, E., MONTI, J. y PARADA J.: Estudio epidemiológico de hidatidosis. Detección precoz por ultrasonido en áreas de alto riesgo. *Rev Med Uruguay* 1990; 6: 34-47.

tinuó llevando a cabo actividades educativas. Si bien es escaso el tiempo transcurrido desde su implementación, resultan ya evidentes algunos índices de modificación del panorama, sobre todo visualizando el futuro. Aunque todavía se esterilizan sólo perros de género femenino, es indudable que esta medida actuará de manera benéfica y eficaz en la reproducción a largo plazo de la especie parasitada con mayor frecuencia en el país para el verme infestante generador del ciclo.

Sin duda, la visión, la determinación y el ejemplo de Purriel, con sus primeros estudios epidemiológicos, permitieron continuar avanzando más allá de la extensión de su vida. Hoy la hidatidosis en Uruguay es una patología que se ve cada vez con menor frecuencia y como se ha destacado en algún testimonio, los médicos y cirujanos jóvenes la ven hoy como una rara manifestación en la clínica. Especialmente en los niños ya no se registran casos.

ANEXO 5

ALGUNOS COLABORADORES DE PABLO PURRIEL

SÉLIKA ACEVEDO de MENDILAHARSU **(1920 – 2017)**

La Dra. Sélika Acevedo Espinelli de Mendilaharsu, nacida el 23 de octubre de 1920, fue una destacada médica neuróloga y psicoanalista, luego de una exigente formación como internista. Falleció en Montevideo el 21 de setiembre de 2017.

Fue Practicante Interno en 1947, egresando de la Facultad de Medicina el 31 de mayo de 1949 como médico cirujano. Jefe de Clínica Semiológica por concurso de méritos y oposición ingresó al Servicio de Purriel en 1950, durante sus primeros años en el Hospital Maciel. En 1954 fue Jefe de Clínica Neurológica por el mismo procedimiento y luego de cuatro años de pruebas de oposición, fue Docente Adscripto. Profesor Agregado de Neurología (Grado 4)



por concurso de méritos y pruebas desde 1959. Tuvo intensa actuación en el Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”, como Jefe de Policlínica desde 1958 y como integrante, primero y Jefe en 1977 del Laboratorio de Afecciones Corticales. Allí junto al Dr. Carlos Mandilaharsu marcó la introducción de la Neuropsicología en el Uruguay y en América Latina.

Secretaria Nacional de la Federación Internacional de Neurología desde 1960. Miembro titular fundador de la Sociedad de Neurología y Neurocirugía, desde 1950, y Presidente de dicha sociedad en 1966, siendo miembro honorario desde 1989. Miembro honorario de la Asociación de Fonoaudiología, desde 1980. Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, desde 1987.

En la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), fue miembro desde 1965. Full Member de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, desde 1965. Miembro Titular en funciones didácticas, 1975. Presidente de la APU en 1982 y Miembro de Honor desde 1996. Miembro de Honor de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), desde 1997.

Autora de numerosos trabajos publicados de Neurología, Neuropsicología y Psicoanálisis en revistas y capítulos de libros nacionales y extranjeros. Concurrencia e intervención en múltiples Simposios, Jornadas, Cursos, Congresos Nacionales e Internacionales de esas disciplinas.

Junto a su esposo el recordado Dr. Carlos Mandilaharsu (1919 – 2001) fueron iniciadores de los estudios sobre las afasias, apraxias y agnosias, instalando en el Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”, un Laboratorio de Lenguaje, cuyas investigaciones y hallazgos fueron de repercusión universal. Con formación clínica médica exquisita, completada con una formación neurológica de excelencia, adquirida en el país y en el exterior, fundamentalmente por larga estadía en Francia, junto a Julián de Ajuriaguerra Ochandiano (1911 – 1993), vasco refugiado en Francia y Henri Hyacinthe Octave Hécaen (1912 – 1983) nativo francés, fueron Sélika y Carlos de los miembros fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), en la cual durante años actuaron como docentes formando en el país a los primeros psicoanalistas vernáculos. Su amor y dedicación a la Facultad de Medicina le llevó a colaborar en los Laboratorios de Relaciones Humanas y Enseñanza Médica, que primero bajo la dirección del médico estadounidense Dr. Edward Bridge

y luego con la conducción del Dr. Juan Carlos Rey Tosar, sembraron fundamentos de pedagogía en la segunda mitad de los años '60, durante el decanato del Prof. Dr. Hermógenes Álvarez. Ellos fueron de los partícipes que aportaron a la reforma del Plan de Estudios que se discutió durante diez años, desde 1958 y se aprobó en 1968, introduciendo aspectos fundamentales que en su tiempo renovaron la enseñanza médica, con hondo contenido humanístico.

De una personalidad exquisita, mujer de amplia cultura y alto espíritu universitario, consagró en lo profesional su vida a la asistencia y la docencia, por lo cual muchas generaciones de especialistas uruguayos y extranjeros la recuerdan.

WALTER ACOSTA FERREIRA **(1925 – 2004)**

Nacido en Paso de los Toros, Tacuarembó, el 8 de marzo de 1925. Graduado el 1º de octubre de 1974. Es Licenciado en Ciencias Biológicas y Médico.

Desde muy joven se orientó hacia la investigación, adquiriendo las bases para su formación a través de su pasaje sucesivo por el Instituto de Investigación de Ciencias Biológicas (Prof. Clemente Estable), el Laboratorio de Anatomía Microscópica, Facultad de Humanidades y Ciencias (Prof. Dr. J.M. Sosa), Departamento de Histología y Embriología (Prof. Dr. W. Buño), Instituto y luego Departamento de Anatomía Patológica (Prof. Dr. P. Ferreira Berrutti). En este último, desde su ingreso como ayudante honorario (1952) pasó por todos y cada uno de los cargos que componía el escalafón del mismo: Ayudante de clase, Ayudante de Laboratorio Especializado, Ayudante de Investigación, Autopsista, Asistente y Profesor Agregado. Luego de 8 años de interrupción por causas de notoriedad, es restituido en su cargo de Profesor Agregado y luego nombrado Profesor Director Titular, cargo que desem-



peña hasta que cesa por límite de edad. Desde 1962 en que se le otorga el Régimen de Dedicación Total dedica todo su esfuerzo a la Anatomía Patológica, impulsando su desarrollo y perfeccionamiento participando activamente en la docencia curricular y la actividad científica. Es autor y co-autor de ochenta trabajos científicos publicados, y ha presentado ciento veinte comunicaciones a distintas sociedades científicas, jornadas, congresos, etc.

Es igualmente co-autor de varias monografías algunas de las cuales fueron premiadas (Premios: Lestido 1959, Banting 1963, 1964, 1966, 1968, Calzada 1968).

Participó activamente de las actividades docentes y de investigación en la Clínica Semiológica y Clínica Médica “D” del Profesor Purriel, concurriendo a los ateneos a exponer los hallazgos anátomo-patológicos, así como desde el laboratorio del Hospital de Clínicas, apoyando las investigaciones particularmente de las piezas de biopsias y la realización de las necropsias que los docentes le solicitaban.

Termina su actividad profesional en el Hospital Escuela del Litoral, de Paysandú y formando parte del staff de COMEPA (Cooperativa Médica de Paysandú), hasta su retiro definitivo a la edad de 71 años.

Fue conocido entre sus compañeros, colegas y amigos como “El Gaucho Acosta Ferreira”.

Falleció El 9 de agosto de 2004.

MARIO ARCOS PÉREZ **(1915 – 2010)**

Mario Arcos Pérez fue colaborador de Pablo Purriel en la Clínica Semiológica, primero como Jefe de Clínica y luego como Colaborador Especializado y Profesor Agregado de Gastroenterología. Alcanzó la titularidad de la Cátedra de Gastroenterología (Clínica de Nutrición y Digestivo) de la Facultad de Medicina de Montevideo, y fue autor de numerosas publicaciones de carácter docente y de investigación. Su tesis de doctorado versó sobre “El Estreñimiento Habitual”. Fue autor del libro “Semiología del Hígado y Vías Biliares”, que tuvo varias ediciones y reediciones, desde 1968.

Fue designado Ministro de Salud Pública, sustituyendo al médico otorrinolaringólogo Dr. Justo María Alonso Leguísamo, desde el 14 de

enero de 1976 hasta el 1º de setiembre del mismo año, en que fue reemplazado por el Prof. Dr. Antonio Cañellas.

Había integrado el Consejo de Estado desde el inicio de la Dictadura en junio de 1973, con la siguiente integración:

Martín R. Echegoyen (presidente), Alberto Demicheli (presidente tras la muerte del anterior), Hamlet Reyes, Aparicio Méndez, Aurora Álvarez de Silva Ledesma, Gladys Freire de Addiego, María Luisa Coolighan Sanguinetti, Emilio Siemens Amaro, Julio César Espínola, José Antonio Varela, Jesús Rubio, Daniel Rodríguez Larreta, Juan Rodríguez López, Mario Arcos Pérez, Rodolfo Saccone, Alfredo Lamaison, Mario Gaggero, Raúl Clerc, José Francisco França, Osvaldo Soriano, Enrique Viana Reyes, Alfredo Cardozo Arrarte, Eduardo Praderi, Mario Jorge Coppetti y Jorge Spangenberg.

Con posterioridad fue integrante del Consejo de Estado, que en 1976 se renovó quedando integrado, hasta 1981, de la siguiente manera: Hamlet Reyes (Presidente), Aurora Álvarez de Silva Ledesma, Mario Arcos Pérez, Mario Jorge Coppetti, Julio César Espínola, José Francisco França, Mario Gaggero, Eduardo Praderi, Daniel Rodríguez Larreta, Osvaldo Soriano, Enrique Viana Reyes, Jorge Laborde Bercianos, Martín C. Martínez, Willy Patocchi, Blanca Amorós de León de Dutra, José Carlos Brun Cardoso, Marcial Bugallo, Eduardo Crispo Ayala, José Enrique Echeverry Stirling, Bertrand Gruss, Rafael Ravera Giuria, Pedro P. Rivero, Alberto Rodríguez Marghieri, Jorge Seré del Campo y Alejandro Végh Villegas.

En el siguiente período, a partir de setiembre de 1981, el Consejo de Estado estuvo integrado por: Hamlet Reyes (presidente), Marcial Bugallo, Federico García Capurro, Eduardo Praderi, Walter Belvisi, Norberto Bernachín, Gervasio González, Adolfo Gutiérrez, Néstor Bolen-



Caricatura del Prof. Dr. Mario Arcos Pérez, por el Prof. Dr. Elbio Zeballos (Gentileza del Ac. Prof. Dr. Henry Cohen)

teni, Pedro W. Cersósimo, Wilson Craviotto, Brigadier General Raúl Bendahan, Alberto Aguiar, Hugo Amondarain, Fernando Assunção, Bernardo Barrán, Daniel Barreiro, Domingo Burgueño Miguel, Juan José Burgos, Eduardo Carrera Hughes, Rodolfo Ciganda, Luis A. Crisci, Waldemar Cuadri, Alfredo De Castro, Milton de los Santos, Eduardo Esteva, Juan Santana Echeverrito, Antonio Gabito Barrios, Manuel Gastelumendi, Carlos A. Gelpi, Alfonso Greissing, Irma Lamanna, Ricardo Milessi, Genaro Perinetti García, Ruben Riani.

A lo largo de su historia este Consejo de Estado estuvo integrado por un total de 113 personas, siendo otros integrantes: Enrique Lamaison, Jorge Amondarain Mendoza, María Ruth Andrade Ochoa, Enrique Arocena Olivera, Dardo Casas del Río, Alberto Del Pino Borallo, Luis O. Dini, Juan P. Ferreira, Werther Martínez, Miguel Pereira Serra, Cesalino Silveira, Armando Bartaburu Bagalciague, Jorge Borlandelli, Gilber Cagnone, Francisco Cantou, Eduardo Galagorri Bruche, Vicealmirante Víctor González Ibargoyen, Antonio Guerra, Hugo Manini Ríos, Julio César Michelli, Pablo Millor, Daniel Ordóñez, Víctor Ortiz, Miguel Peirano, Ricardo Reilly Salaverry, Emilio Sader, Nelson Simonetti, Atanasildo Viera.¹⁵⁶

Mario Arcos Pérez fue autor del proyecto de Decreto-Ley No. 14.260 promulgado el 3 de setiembre de 1974, de creación de la Academia Nacional de Medicina.

* * *

DR. CARLOS ALBERTO AVELLANAL **(1922 – 2006)**

Carlos Alberto Avellanal Migliaro nació el 19 de octubre de 1922. Practicante Interno por Concurso de Oposición - desempeñado por tres años (1947-1950). Graduado como Médico Cirujano en diciembre de 1949.

Fue Jefe de Clínica Médica (actual grado 2 o asistente) por Concurso de Méritos y Oposición, desempeñado por tres años (1950-52) en la

¹⁵⁶ El Consejo de Estado fue el órgano que hizo las veces de poder legislativo en la dictadura cívico-militar que vivió Uruguay entre junio de 1973 y febrero de 1985, posterior al golpe de Estado del 27 de junio de 1973. [www. https://es.wikipedia.org/wiki/Consejo_de_Estado_de_1973](https://es.wikipedia.org/wiki/Consejo_de_Estado_de_1973)

Clínica del Prof. Pablo Purriel. Jefe de Clínica Neurológica (actual grado 2) por Concurso de Méritos y Oposición, desempeñado por tres años (1953-56) en el Instituto de Neurología.

Asistente de Medicina Interna (actual grado 3 o Profesor Adjunto) por Concurso de Méritos, desempeñado por cuatro años en la Clínica del Prof. Héctor Franchi Padé (1957-60).

Asistente de Neurología (actual grado 3) por Concurso de Méritos, desempeñado en el Instituto de Neurología (1962-65)

Neurólogo de Salud Pública, por Concurso de Méritos y Oposición, desempeñado en el Hospital Maciel (1969-82)

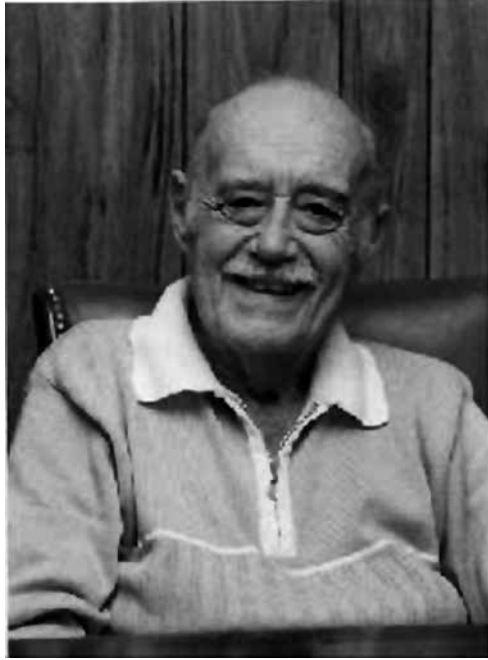
Médico de Guardia del Hospital de Clínicas, por Concurso de Méritos, desempeñado por cuatro años (1966-70)

Actuación como Neurólogo en diversas Instituciones mutuales (CASMU, IMPASA, Asociación Española, GREMCA)

Docencia ejercida desde 1950 hasta 1982 en la Facultad de Medicina y en Salud Pública.

Trabajos científicos; todos salvo uno, en la rama neurológica.

Falleció el 17 de junio de 2006.



* * *

DRA. OFELIA BACHINI
(1919-2008)

FREDY DA SILVA RODIO

Hemos solicitado al Dr. Fredy Da-Silva-Rodio, docente de la Universidad Católica del Uruguay, donde es Profesor Titular de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología desde 1984, Coordinador del Postgrado de Especialización en Drogodependencias de la Facultad de Psicología de dicha Universidad y Docente en la Maestría en Medicina Familiar y Comunitaria y en la de Medicina de Emergencia de la Universidad de Montevideo; Ex Jefe de Psiquiatría y ex Director del Departamento de Salud Mental de la Asociación Española y de su Centro de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones de dicha institución. También es director del Centro Izcali para el tratamiento y rehabilitación del uso problemático de drogas, y autor de libros sobre Psicopatología y sobre Psicofarmacología, que trabajó con la Dra. Ofelia Bachini, una breve semblanza de ella, que sintetizamos seguidamente.

Ofelia Rosa Bachini Berrutti nació el 30 de agosto de 1919 y falleció el 15 de julio de 2008.

De orígenes humildes, familia de trabajadores. Un hermano del padre (Antonio Bacchini), [Dolores, Soriano, 1860-1932] fue periodista, diplomático uruguayo y Ministro de Relaciones Exteriores del Presidente Claudio Williman, entre 1907 y 1911. Nació, se crió y vivió toda su vida en el mismo barrio junto a sus hermanas en la calle Francisco Araújo 1178. Siendo Practicante Interna en el Hospital Saint Bois contrajo tuberculosis, debiendo internarse y suspender sus estudios durante dos años. Allí la trató Purriel y desde entonces quedó sellada una amistad que sería luego colaboración permanente en la Clínica Semiológica. Sus compañeros de esa época, se rotaban para aplicarle los inyectables, acompañarla y apoyarla. Desde entonces queda con un solo pulmón funcionando, ya que en esos momentos parte del tratamiento era colapsar el pulmón afectado. Esta limitación nunca le impidió desempeñarse en su trabajo. De su personalidad y carácter se puede resumir en lo que decían los pacientes: *“muy buena pero muy brava”*. Iba para adelante, haciéndose cargo de los pacientes y la familia con una fortaleza, constancia y fidelidad notables. Tenía fama de justa a pesar de ser enérgica lo que hacía que a pesar de estas características

fuera apreciada por el personal subalterno. Ejerció la docencia prácticamente durante 30 años tanto en el Hospital Vilardebó como en la Fundación Mater Dei de manera, a la vez, desinteresada y apasionada. La recordamos como muy noble y generosa con sus conocimientos, algo poco frecuente. Importante y trascendente fue su formación y creencia religiosa cristiana.

Estudió medicina en la Facultad de Medicina de la UDELAR, graduándose el 21 de diciembre de 1951.

Fue adjunta de la Clínica Psiquiátrica. Era la médica de la Sala 8 del Hospital Vilardebó ya en el año 1961. Comenzó siendo suplente del médico de esa sala.

Colaboró durante muchos años como psiquiatra en la Clínica Médica del Prof. Pablo Purriel, quien la orienta hacia la psiquiatría, aunque siempre conservó su formación y origen médicos.

De cualquier manera la base de su formación en clínica y psicopatología fue la escuela francesa ya que pasó varios períodos en Francia. Estuvo como interna en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Bonneval en 1952 y 1953 cuyo director era el Dr. Henri Ey (1900-1977). Allí conoció y acompañó al Prof. Eugène Minkowsky (1885-1972) quien también influyó en su formación. Concurrió a clases de Lacan sobre las que hacía irónicos comentarios. También recordaba su visita a la casa de Salvador Dalí (1904-1989) su discusión con el famoso pintor sobre sus diagnósticos y el rol del psiquiatra. Así como la vez que le presentaron a Carl Gustav Jung (1875-1961) y su comentario de que se lo había imaginado más alto. Mantuvo trato y larga amistad, con Henri Ey y su familia. Cuando éste viajó a Uruguay en el año 1956 fue invitado por ella (se reunió con los miembros de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, dio 4 conferencias que fueron publicadas en la revista de la Sociedad). Recordaba que “Vino gratis y no cobró absolutamente nada”.

A nivel de la Administración Pública fue Directora de Salud Mental durante varios años partir de 1987. Participó en la creación del llamado Hospital Musto como Hospital Psiquiátrico, que se suponía iba a sustituir al Hospital Vilardebó, lo que en su momento generó gran controversia, y muchas discusiones, a nivel de la psiquiatría nacional. También fue durante años Presidenta de la Comisión Nacional de Lucha contra los Toxicomanías, que funcionaba en el ámbito del MSP, y desde donde realizó un sin fin de actividades de prevención coordina-

das con diferentes áreas de la educación del MEC y del INAU. Participó, además, en los orígenes y en la creación de los programas de la Comisión Interamericana en Drogas, por lo cual viajaba asiduamente a Buenos Aires, siendo Directora de ese servicio con rango diplomático.

En la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* aparece como autora, o con otros, en los años 1956, 1957, 1958, 1959, 1962, 1964, 1967, 1968, 1970, 1973, 1974, 1975, 1976, 1979, 1981. Destacamos el realizado con los Dres. Da Costa y Rey sobre el manejo científico-experimental, o los vinculados a la terapia de familia, siendo estos últimos trabajos pioneros no solo para nuestro país si no para Latinoamérica. Recordamos el titulado “El paciente y su familia y la familia como paciente” que en ese momento fue muy exitoso y valorado fuera del país.

El Instituto Interamericano del Niño (organismo especializado de la OEA) publica en 1968 su libro “Farmacodependencia en el Uruguay” que sentó las bases del tema y aún hoy tiene vigencia.

Fue autora del proyecto, la realización y la dirección del primer Sanatorio Psico-geriátrico en el ámbito de la Asociación Española. Fue integrante de la Comisión Pro Ley de Fundaciones en 1995.

El doctor **Paulo Alterwain**, ex docente de Clínica Psiquiátrica y ex Director Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, a la vez que durante muchos años Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Policial, fue Presidente de la Comisión Honoraria para el Discapacitado, así como ha promovido instancias para integrar los servicios de salud con la Arquitectura; ha sido colaborador de diversas instituciones para la promoción de la salud mental, en especial con organizaciones nacionales de trabajadores y la Organización Internacional del Trabajo. Preguntado por sus recuerdos de Ofelia R. Bachini, manifestó que *“La conocí en mis primeros tiempos de médico, durante mi formación de posgrado. Ella atendió una policlínica honorariamente en el Servicio de Pablo Purriel. Era muy buena clínica y entrenaba a médicos para dar las “pruebas”, pues tenía muy buena capacidad docente en Semiología y Clínica Psiquiátrica. Fue con ella que hice mis primeros pasos para el concurso de Jefe de Clínica. (...) Era una mujer soltera, de personalidad avasallante, muy dedicada a la religión católica. Su personalidad tenía claros y oscuros, podía ser muy pródiga y generosa, pero también una enemiga muy fuerte del establish-*

ment psiquiátrico-psicoanalítico de la época. Formó un grupo político interno y lo comandó durante muchos años, siguiendo a “próceres psiquiatras franceses”.



La Dra. Ofelia R. Bachini junto a Henry Ey durante su visita a Montevideo en 1956. Un destacado grupo de psiquiatras y médicos le agasajó. Ella es la que está en primera fila, sentados, la cuarta de izq a der, ubicada a la derecha de Henry Ey. (Cortesía del Dr. Humberto Casarotti). Puede reconocerse, entre otros a Fortunato Ramírez, Mario Berta, Ulises Griot, José B. Gomensoro y José Ma. Reyes-Terra.

En diciembre de 2015 la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, en un número dedicado a sus 80 años de existencia, menciona que:¹⁵⁷ “*Ofelia R. Bachini participó activamente en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Desde 1955 integró un Comité de Redacción de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, junto a los Dres. Ángel A. Fascioli y José M. Reyes Terra, a quienes se sumaron en 1956 y 1957 Fortunato Ramírez, Ventura Darder y Ulises Griot. Los dos años siguientes, hasta 1959, fue la Comisión Directiva de la SPU la que siguió publicando la revista, sin que figure ningún redactor responsable. Por veinte años, desde 1960 a 1980, fue responsable de la redacción el Dr. José M. Reyes Terra junto con un Comité de Redacción integrado por Juan Carlos Rey y Héctor Puppó. Posteriormente, de 1980 a 1984, asume dicha responsabilidad la Dra. Ofelia R. Bachini, labor que continúa en 1984 el Dr. Guzmán Martínez Pesquera, sucediéndolo, de 1985 a 1987, el Dr. Juan Carlos Rey Tosar.*” Al

157 Dialogando sobre los 80 años de la Revista de Psiquiatría del Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug* 2015; 79 (2): 90-96. Un diálogo evocador entre Guzmán Martínez Pesquera, Eugenio Bayardo y Federico Dajas, que en diversos períodos dirigieron esa publicación.

respecto se consigna que en los primeros 40 años de la RPU se publicaron artículos de autores latinoamericanos, entre otros, de Honorio Delgado (1941, 1952, 1958, 1961), Enrique Pichon Rivière (1945) y Javier Mariátegui (1967); y psiquiatras europeos de fuerte influencia en la formación de la especialidad en nuestro país, como fueron Emilio Mira y López (1940, 1942, 1944), Henri Ey (1949, 1951, 1959) y Paul Sivadon (1949, 1950).

ADELINA BRASELLI

Adelina Braselli Domínguez nació en Montevideo el 10 de diciembre de 1934. Después de cursar estudios de enseñanza primaria en la escuela pública de 2º grado Gran Bretaña, secundaria en el Liceo Elbio Fernández e Instituto Alfredo Vásquez Acevedo; ingresó en la Universidad de la República en 1953, alcanzando el título de Médico el 10 de setiembre de 1963. Años después obtuvo los títulos de Médico Internista y de Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Inició la carrera docente en la Facultad de Medicina de Montevideo en 1965 y cesó por límite de edad el 10 de diciembre de 1999. Su actividad docente fue ininterrumpida ya que en los años de su exilio, en épocas de la dictadura, cumplió funciones de Médico Internista en el Hospital Miguel Enríquez de la Facultad N° 4 de La Habana (Cuba), donde fue docente de la Escuela Superior de Ciencia Médicas.

En la Facultad de Medicina de Montevideo obtuvo por concurso o llamado a aspirantes, los cargos de Jefe de Clínica Semiológica (actual Asistente), Jefe de Clínica de Enfermedades Infecciosas (actual Asistente), Asistente de Clínica Semiológica (actual Profesor Adjunto), del que fue destituida por orden del Decano interventor Dr. G. Fernández y el Rector actuante bajo el ministerio de Edmundo Narancio. De vuelta



al país y luego de ser reintegrada al último cargo, accede al de Profesor Agregado de la Clínica de Enfermedades Infecciosas y más tarde al de Profesor Director de la misma Clínica.

En forma paralela hace su carrera en el Ministerio de Salud Pública y en el CASMU.

Siempre por concurso, en el Ministerio de Salud Pública obtiene los cargos de Practicante Interno, Médico Tisiólogo Ayudante de Sala y Guardia de la Colonia Saint Bois, Médico de Radio del Servicio de Asistencia Externa y Médico del Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas.

En el CASMU inicia su carrera como Practicante Interna Centralizada en 1960. Posteriormente fue Médica de Urgencia, Médica de Puerta, Internista grado 3 y luego el cargo de Internista grado 4 en el Sanatorio N° 1. También fue Médico de zona y Consultante de enfermedades infecciosas. En algunas oportunidades integra tribunales de concurso y fue miembro de la Comisión de la Revista Médica del Uruguay.

En el curso de todos estos años y para colaborar con la educación, escribe y ayuda a elaborar numerosos trabajos científicos, bajo forma de artículos originales, revisiones, puestas al día de temas o guías de tratamiento, los que fueron presentados en congresos o publicados en revistas, folletos y libros.

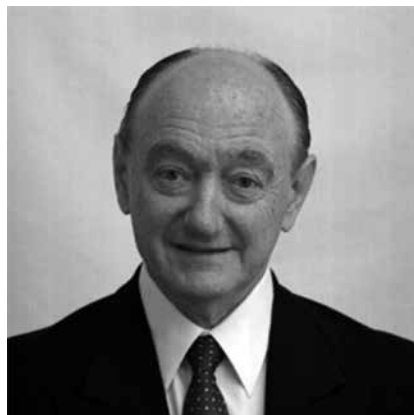
En 1999, el último año de ejercicio docente, la Universidad aprobó un proyecto de la Cátedra, de 1 año de duración, en relación a nuevos métodos de enseñanza, a través de Internet. De esa manera se obtiene un espacio, con acceso a todos los colegas del país y también del exterior, a través del cual se intercambian conocimientos y por el cual recibe agradecimientos y felicitaciones.

Su vocación de servicio, su amor a la Medicina y su permanente deseo de aprender y enseñar, le han valido el reconocimiento general de muchas generaciones.

Por ello, el Sindicato Médico del Uruguay le confirió en agosto de 2000 la Distinción Sindical al mérito docente, gremial, científico y en el ejercicio profesional.

JUAN J. CANOSO ARDIGÓ

El Dr. Juan Jorge Canoso Ardigó es desde 1963 Médico Cirujano graduado en la Universidad Nacional del Litoral, Rosario, Argentina. Internista desde 1966 por la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, en Residencia que realizó en el Servicio de Clínica Médica "D" dirigida por el Prof. Pablo Purriel. Desde 1972 es Internista por el American Board of Internal Medicine, y desde 1973 Reumatólogo por el mismo American



Board. Trabajó en Reumatología de la Boston Veterans Administration Medical Center, entre 1974 y 1985; Profesor de Medicina y Director de Reumatología de Clínica Tufts Medical Center, desde 1985 a 1994. Profesor Adjunto de Medicina, Tufts Medical School, Boston, MA, USA, desde 1994 al presente. Reumatólogo, Centro Médico ABC, Ciudad de México, desde 1994 al presente. Ha sido designado Maestro de la Reumatología Mexicana, Master de PANLAR, Master del Colegio Americano de Reumatología. Es Miembro honorario de las Sociedades de Reumatología de Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá y Uruguay. Fue Tesorero de PANLAR desde 1990 a 1994. Sus áreas de interés han sido la anatomía clínica reumatológica y semiología. Es miembro fundador del Grupo Mexicano para el Avance de la Anatomía Clínica Músculo-esquelética desde 2009. Autor o coautor de 73 artículos indexados en Medline, autor de 2 capítulos de Uptodate; autor de capítulos en 53 libros. Es autor del libro Rheumatology in Primary Care, Philadelphia, Saunders, 1997. Editor de sección: Klippel y Dieppe Rheumatology, 2dn. Ed., Londres, Mosby.¹⁵⁸

El Dr. Juan Canoso recuerda en sus presentaciones académicas su estadía en Montevideo en la Clínica del Prof. Dr. Pablo Purriel y lo recuerda a él y al Prof. Dr. Jorge Bouton y la influencia que tuvieron en su formación. Ha afirmado que:

“Mi interés en anatomía se inició en Rosario en 1957 como disector en la Cátedra de Anatomía. Cuatro años después tuve la fortuna de efectuar el inter-

158 <http://www.alapp.org/team/canoso-juan/>

*nado en la Cátedra de Semiología del Prof. Fernando V. Gaspari. Sin embargo fue en Uruguay, en la clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel, a la cual tuve el privilegio de concurrir desde 1963 a 1968, donde mi interés se transformó en pasión. El recuerdo de estos maestros insignes me ha acompañado siempre y ha sido un estímulo permanente de superación.”*¹⁵⁹

MILTON QUINTO CAZES LAGEARD

Nacido el 6 de noviembre de 1931. Graduado en diciembre de 1958.

Médico Clínico Asesor de la Suprema Corte de Justicia 1975-2000.

Médico tisiólogo y médico tisiólogo jefe 1959-1969 en los Hospitales Fermín Ferreira y Colonia Sanatorial “Gustavo Saint Bois”.

Jefe de Clínica e Instructor de Semiología en la Clínica Semiológica del Prof. Dr. Pablo Purriel.

Ha publicado los siguientes libros:

- Dislipoproteinemias
- Hepatopatías
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Diabetes mellitus
- 2 vol. del XII Congreso Nacional de Medicina Interna.

Trabajos publicados: 84.

Fue Presidente del XII Congreso Nacional de Medicina Interna. Profesor Agregado de Clínica Médica en las Clínicas Médicas de los Profesores Dres. Atilio F. Morquio Yéregui y Fernando Muxí Freccero.

Médico internista consultante. Neumólogo y Director Técnico del Hospital Evangélico.



159 Carta Reumatológica, Vol. 2, No. 1, 2011, Sociedad Uruguaya de Reumatología

Médico Laboralista de CEMELA y de la FREIE UNIVERSTY de Alemania.

Médico titular de Emergencia, de puerta e Internista del CASMU. Médico Internista Consultante y Médico Internista Coordinador del CASMU.

Integrante del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay. Presidente de la Junta Directiva del CASMU.

Médico Asimilado Militar, actuando en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas entre los años 1961 y 1968.

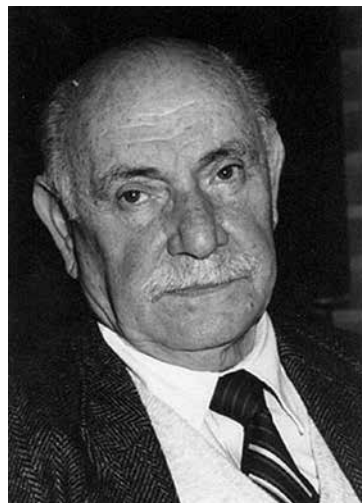
Por ello, el Sindicato Médico del Uruguay le confirió en agosto de 2002 la Distinción Sindical al mérito Docente, Científico, Gremial y en el Ejercicio Profesional.

Actualmente retirado de la actividad profesional y académica, reside en Colonia del Sacramento.

JOSÉ PEDRO CIRILLO **(1921 – 2007)**

El Dr. José Pedro Cirillo Apolito fue un destacado médico a nivel universitario, asistencial, gremial y ético.

Nacido en Montevideo el 29 de junio de 1921, hijo y nieto de inmigrantes, que lo fueron su padre (que fue constructor) y su abuelo materno. Tuvo tres hermanos, dos varones que siguieron la carrera militar y alcanzaron uno el grado de General (Antonio) y otro el de Coronel (Pascual), y una hermana.¹⁶⁰ Fue a la Escuela “República del Paraguay” en Rivera y Julio César, cerca de su querido barrio, donde se había criado en la casa paterna en la calle 14 de Julio casi Rivera. Luego continuó en el Liceo No. 5 “José Pedro Varela”,



¹⁶⁰ La hermana contrajo matrimonio con quien sería el padre del Dr. Omar Macadar Cirillo, conocido investigador en el área de las neurociencias, ex Director del Instituto de Ciencias Biológicas “Clemente Estable” y Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina y Miembro Emérito de la Academia Nacional de Ciencias.

cuando compartía el local con el viejo IAVA (Instituto “Alfredo Vázquez Acevedo”), donde cursó los dos ciclos de Enseñanza Secundaria. De él viejos vecinos guardan buenos recuerdos. Egresando de la Facultad de Medicina en febrero de 1952, luego de ser practicante interno de los hospitales. Vinculado tempranamente a la Clínica Médica fueron sus maestros Julio García Otero y Raúl Piaggio Blanco, que lamentablemente falleció muy joven, y por ambos sintió profundo respeto y cariño por sus inolvidables enseñanzas clínicas y humanas. Más tarde del Prof. Pablo Purriel, de quien destacó su pasión por la docencia y sus dotes pedagógicas. Con éste fue Jefe de Clínica y Asistente, recorriendo a partir de esos cargos iniciales, diversos otros, tanto en el Departamento de Emergencia del Hospital Universitario, donde fue médico internista de guardia, jefe de sala y Director. También se desempeñó en el Servicio Universitario de Salud, del que fue médico y Director. Integró por el orden de egresados la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Tuvo una temprana afinidad con el Sindicato Médico, al que ingresó en 1954. De inmediato ingresó a su Centro de Asistencia, donde fue médico de zona, muy querido por sus pacientes en la zona de “Villa Dolores” y el “Parque Batlle”, a la que dedicó por entero su vida profesional. En el Centro de Asistencia fue primero médico de zona y luego Médico de Urgencia, por concurso de oposición, de lo que hizo un culto. Luego Presidente de la Junta Directiva, en 1962. Más tarde fue Director del Servicio de Urgencia y Asesor Técnico de la Proveeduría por largos años, con actuación ejemplar, luego de la muerte del Dr. Fasoli. Fue nuevamente Presidente de la Junta Directiva luego de la dictadura y la intervención, desde junio de 1985 hasta junio de 1986.

Con Carlos Gómez Haedo, Walter García Fontes y Jorge Bouton formaron parte de los primeros médicos internistas del Centro de Asistencia, que dieron lugar a la instalación en 1974 del Sanatorio No. 4 que llevó el nombre del Maestro “Dr. Julio C. García Otero”. Allí trabajaron intensamente haciendo también un espacio de calificada docencia médica, ética y humanista. Fue coordinador del primer CTI (Centro de Tratamiento Intensivo) que tuvo la institución. También fue internista y luego Director Técnico de la Mutualista Israelita del Uruguay (MIDU), en plena dictadura.

En el Sindicato Médico fue Presidente en la última elección realizada en 1973, accediendo al cargo apenas días antes del Golpe de Estado del 27 de junio de ese año.¹⁶¹ Y lo presidió hasta el 1° de octubre de 1975, en que el Sindicato fue intervenido por la Dictadura cívico-militar, prolongándose de hecho su mandato al haber impedido las autoridades policiales la realización de la elección para renovar los cuerpos directivos de la institución. Allí tuvo actuación memorable, en un largo y arduo período de batallar por las Libertad, por los Derechos Humanos, poniendo de manifiesto su espíritu ético y solidario.¹⁶² Tal vez fue el Presidente que más veces tuvo que acudir a los Juzgados Militares, para ser interrogado sobre resoluciones adoptadas por el colectivo que presidía. Como aquel recordado episodio del homenaje tributado por el Sindicato al Dr. Salvador Allende, Presidente constitucional de Chile, y apreciado colega amigo de nuestra Casa, muerto trágicamente a consecuencia del Golpe de Estado dado contra él el 11 de setiembre de 1973. Inmediatamente el Comité Ejecutivo decidió poner una placa de bronce en su homenaje, en el hall del segundo piso del Palacio Sindical, en Colonia y Arenal Grande. La frase, redactada por el médico y poeta Juan Carlos Macedo, decía: “*Salvador Allende, Héroe de América Nueva*”. Se hizo la ceremonia, con discursos a cargo de Pablo V. Carlevaro y Jorge Bouton, y pocos días después las Fuerzas Conjuntas se presentaban para retirar la placa de la pared. Luego de un largo trámite, por donde desfilaron todos los miembros del Comité Ejecutivo ante el Juzgado Militar, culminados los trámites burocráticos, y muchos meses después, lo citan nuevamente para entregarle la plaqueta de bronce. Preguntado qué se haría con ella, resolvió muy rápido: “*La volvemos a colocar*”. Entonces, pocos días después, concurrieron nuevamente los soldados a retirarla, y esa vez, sin más trámites ni preguntas, ni devoluciones, porque habían constatado la tenacidad del hombre. Fue a él que llamó la Intervención para “devolverle” el

161 Las Actas del Comité Ejecutivo desde el Golpe de Estado a fines de julio de 1973, pueden consultarse en su versión electrónica en <http://www.smu.org.uy/historia/smu/actas1973/pdf>

162 Integraron ese Comité Ejecutivo (1973-1974) las siguientes personas: Dr. José Pedro Cirillo (Presidente), Dr. Homero Bagnulo Sacomandi (Vicepresidente), Dr. Barrett Díaz Pose (Secretario Médico), Br. Miguel Cocco (Secretario Estudiante), Dr. Manuel Liberoff (Tesorero), Dres. Luis Felipe Algorta Ponce de León, Hugo Amengual Dupetit, Hugo Delgado Correa, Bolívar Delgado Correa, Orlando M. Pereira Villanueva, Yamandú Sica Blanco, Nobel Tarallo y Bres. Felipe Schelotto y Marcelo Labat (Vocales).

Sindicato Médico, cuando ya se venía el día de la Democracia, luego de las históricas elecciones nacionales de noviembre de 1984.

Fue integrante de la primera Comisión Fiscal, en 1988 [la que presidió en dos períodos], y en tal función aprobó la compra del nuevo inmueble que serviría de sede para el SMU en Bulevar Artigas 1515/21, contribuyendo con la idea de generar un espacio de reunión social: Viendo el patio arbolado del fondo del local, y mientras los visitantes discutían si allí se haría un “patio andaluz” o se conservaría como espacio verde, sentenció: *“No sé lo que van a edificar aquí, ni la reforma que se proponen hacer. Pero me parece que en este lugar tendrían que hacer un parrillero”*. Era una demostración de su espíritu fraternal, de acercar a los médicos en momentos de superar controversias para encontrar lo que los une y no lo que los separa. Así lo reconoció el SMU, veinte años después de la Desintervención, colocando en el lugar una placa de granito en su homenaje, ceremonia a la que asistió cuando ya estaba ciego por la retinopatía diabética.

De pocas palabras y mucho coraje, sus actividades tanto en lo gremial como en la clínica, se caracterizaban por ser ajustadas, justas, sencillas y definidas. En los Ateneos de la Clínica del Piso 8, durante muchos años, Purriel le preguntaba: *“¿Y qué opina el Dr. Cirillo?”* Y allí con voz suave, frases cortas y conceptos contundentes, cerraba la redondilla de opiniones con la visión precisa y acertada. Aunque hablaba poco y escuchaba mucho, se caracterizó siempre por una gestualidad facial peculiar, que permitía al interlocutor leer en su rostro el efecto que quien le hablaba estaba provocando en su espíritu, ya fuera de aprobación, duda o rechazo, enarcando las cejas o moviendo su espeso bigote, a veces acompañado con algún movimiento de su cabeza redonda y de pelo encrespado canoso, salvo en la corona que la había perdido bastante joven. Era emblemática su enorme modestia, tanto en sus modos de comunicarse, como en su sencillo atuendo. Siempre andaba de saco sport y camisa sin corbata, la que usaba para ceremonias especiales o entrevistas muy formales. Rara vez vestía un traje. De andar pausado y paso firme, fue mientras pudo un gran lector y desde siempre desarrolló su gusto por escuchar música en todas sus variantes.

Su bonhomía, le permitía ser tolerante en los debates, y compartir con los compañeros momentos de distensión, luego de las más agitadas sesiones. Fue un impulsor de la *Revista Médica del Uruguay* y de

muchas otras realizaciones, ocurridas en tiempos de oscuridad, cuando la sombra de la Dictadura se cernía sobre el país. Sus compañeros de entonces, los veteranos, y los jóvenes, fueron un conjunto abigarrado y solidario que le ayudaron a sortear esa larga etapa. Hace pocos días despedimos al Dr. Barrett Díaz Pose, quien fuera su Secretario Médico en el mismo Comité Ejecutivo.

A la salida de la Dictadura, ya en enero de 1985, encabezó la histórica asamblea del 28 de enero que le devolvió la dignidad al gremio y presidió el Comité Ejecutivo que convocó pocos meses después a una histórica elección de donde surgiría otro grande, Roberto Avellanal Migliaro, entrañable compañero y amigo. En esa ocasión presidió la mesa junto a los Dres. Homero Bagnulo (que era su Vicepresidente al momento de la Intervención) y Marcos Carámbula (que era el Presidente del CIM, la *Comisión Intergremial Médica*, entidad que había nacido en los primeros años de la década del '80 y que había reunido a todas las fuerzas gremiales del Sindicato Médico para conseguir la devolución de la institución a sus auténticos representantes).

Con el Prof. Dr. Carlos A. Gómez Haedo, y los Dres. Omar Etoarena y Roberto Avellanal, Cirillo formó un cuarteto de estudio, que se reunió semanalmente durante muchos años, para discutir temas científicos, gremiales y universitarios, que fueron una herramienta de valor poco conocido para la salida de la dictadura en la profesión. De ese grupo surgió la revista "*Compendio*" que fue también una herramienta de resistencia y de conocimiento, animada por otros médicos más jóvenes, con la guía y la experiencia de aquellos viejos gremialistas, empeñados en la defensa de los principios indeclinables.

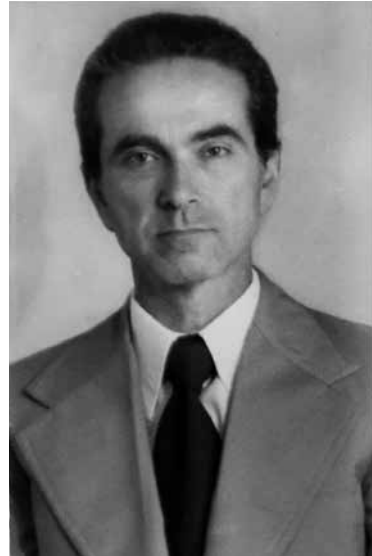
Fue sin duda un hombre con un hondo sentido de la familia y la amistad, un trabajador ejemplar, de profundo sentido ético, un trabajador ejemplar, de profundo sentido ético, marcado por el destino para la conducción de su querido Sindicato, al que consagró sus mejores horas y en el que sembró amigos y dejó obras perdurables. Formó familia con una compañera ejemplar, que fue largos años docente de Enseñanza Secundaria, de cuyo matrimonio tuvieron tres hijos varones, todos profesionales.¹⁶³ Falleció en Montevideo, el 23 de enero de 2007.

163 Más allá de todas las fuentes documentales que pueden consultarse para conocer más sobre el Dr. José Pedro Cirillo, debe recurrirse al reportaje que le hiciera la periodista Arq. Silvia Scarlato el 18 de noviembre de 1993, publicado en "Fuera de Consulta V, Reportajes, memorias y proyecciones de nuestra Medicina. Edición SMU – Editorial Banda Oriental,

JUAN ANTONIO DE BONI BADO (1927 – 2007)

Nació en Montevideo el 23 de junio de 1927. Falleció en la misma ciudad, el 7 de octubre de 2007, apenas superados los ochenta años, una meta que él se había propuesto alcanzar, con resignación.

El autor le conoció muy joven, cuando terminaba de ganar el concurso del Internado, iniciando una carrera brillante de concursos que lo llevaría a los principales lugares de la Medicina Interna y de la Neurología. Era un hombre formado en un hogar de Pocitos, hijo del Veterinario Dr. Antonio De Boni, fundador de la primera veterinaria que existió para asistencia de los animales domésticos de la sociedad montevideana. El Dr.



Juan Antonio De Boni Bado (a quien sus familiares y amigos llamaban “Coco”) era la lumbrera de la familia. Estudioso, trabajador, vivía para dar concursos de oposición, siempre obteniendo los primeros sitios, y para hacer sus guardias y su trabajo clínico.

Exigente consigo mismo y con los demás. Generoso para enseñar, no solo la ciencia y arte de la Medicina, sino el arte de vivir. Luego lo encontré, muchos años más tarde, en la Clínica Semiológica que dirigía el Prof. Dr. Pablo Purriel, como Grado 3 del Piso 8, Sala 2, con quien compartimos el aprendizaje de lo que antes había sido el Externado. De Boni enseñó con paciencia e inteligencia, junto a la cama del enfermo, todas las maniobras que debía conocer el estudiante para desarrollar sus habilidades y destrezas. Enseñándonos a realizar las punciones lumbares, las paracentesis y toracentesis, guiados por su profundo conocimiento de la clínica, cuando ya había iniciado su camino consagradorio en el Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”, en el que alcanzó a brillar como Profesor Agregado. Su forma-

210 páginas, Montevideo, Uruguay, diciembre de 2000. Páginas 13 a 24. Allí se realiza una entrevista en profundidad, donde vierte recuerdos y opiniones sobre la atención médica, la formación de los estudiantes de medicina, sus recuerdos gremiales y universitarios y unos pocos datos biográficos.

ción clínica, como era posible ver en aquella época, fue una sucesión inacabable de trabajos en los que dejó el alma.

Con una vocación inagotable y una calidad para enseñar que se transmitió más allá de sus lecciones directas, de su contacto coloquial, siempre serio. Había pasado por el Hospital “Fermín Ferreira” [que se ubicaba en la vieja Avenida Larrañaga, entre la Avda. Gral. Rivera y Avda. 26 de Marzo, donde hoy se encuentra el Montevideo Shopping Center, y que alojaba a los pacientes tuberculosos “abiertos” y a quienes sufrían la temible enfermedad de la lepra], haciéndose profundo conocedor de toda la patología respiratoria. En la Clínica Médica de Purriel, elaboró el Manual de Semiología, que terminó siendo una ayuda legendaria para el estudiante en su propedéutica clínica. El cual hasta ahora se conserva y reproduce. Posteriormente se integró de cuerpo y alma al Instituto de Neurología, en tiempos del Prof. Dr. Román Arana Iñiguez, teniendo la fortuna de trabajar junto a las principales figuras de la época, como Bernardino Rodríguez, Constancio E. Castells, Olga Vázquez de Negrotto, Jorge San Julián, Judith Gerstle de Pasquet, Héctor Defféminis Rospide, Jaime Bogacz, Juan Medoc y Juan Purriel, María Antonieta Rebollo, Juan E. Folle, María Delia Bottinelli, Carlos Mendilaharsu y Sélika Acevedo de Mendilaharsu, Néstor Azambuja, Oswaldo Fregeiro, Bernardo Borovich, Euclides Silva Gaudin, Ernesto Baztarrica, Raúl Ruggia, Eduardo Wilson, Fernando Dalmás, Carlos Chouza, Jorge Lorenzo Otero y tantos otros destacadísimos profesionales, que a lo largo de los años mantuvieron en alto el prestigio de ese notable Instituto. Algunos de ellos, De Boni incluido, alcanzaron trascendencia mundial por sus trabajos en diferentes líneas temáticas, que hicieron al progreso de la disciplina. Formó con el Prof. Agregado Dr. José B. Gomensoro, Valentina Maslenikov y otras distinguidas figuras, el equipo que trabajó en Accidentes Cerebro-Vasculares, que trascendió fronteras y fundó un nuevo y avanzado conocimiento, algunas veces plagiado por destacados autores extranjeros, como lo sabía contar muy bien Gomensoro.

Fue autor, entre muchas publicaciones didácticas y científicas, de un manual de semiología de gran calidad, que tuvo mucho éxito para muchas generaciones de estudiantes y mereció más de veinte ediciones.

En su retiro fue un destacado integrante de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, a la que realizó importantes aportes, de entre los

cuales quiero destacar la biografía de su padre, el veterinario, que siendo Director del Jardín Zoológico Municipal publicó una observación que realizó en un eclipse total de sol, sobre la conducta de todos los animales en cautividad en ese Jardín, con la colaboración de todos los funcionarios, que publicó y difundió en el mundo causando sensación.

La última entrevista que mantenida por este autor con él, fue en su escritorio y en su domicilio, para hablar de un querido Maestro, el Dr. Atilio Morquio, dándome las pistas para elaborar una biografía de él, que todavía está en proceso. Haciendo contactos con la mayor delicadeza y precisión, reuniendo recuerdos y anécdotas de alguien brillante como él, con quien compartió las guardias como médico del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas, aprendiendo mutuamente uno del otro. Allí mostró su galería de cuadros propios y su hermosa biblioteca, acompañado de su querida esposa. El “Coco” De Boni fue un magnífico médico clínico, un neurólogo destacado. Pero sobre todo un hombre con una profunda vocación humanista, que volcó en la pintura y la investigación historiográfica, su tiempo libre, desde el retiro, con alegría, orgullo y pasión. La misma pasión que puso para alimentar la democracia, la familia y el cuidado de sus pacientes.

JORGE DUBRA TAVERNABERRY

(1919 – 2011)

Falleció en la ciudad de Las Piedras el 22 de junio de 2011, a sus 92 años, el Dr. Jorge Ernesto Dubra Tavernaberry, destacado cardiólogo, nacido el 15 de mayo de 1919. Había ingresado al Sindicato Médico del Uruguay como estudiante en 1942. Se graduó en junio de 1959. Era oriundo de Artigas, como lo era el origen de su familia. Tuvo un hermano magistrado, que fue Presidente de la Suprema Corte de Justicia (Carlos Dubra, entre 1972 y 1981), y otro hermano que por largos años fue Gerente General del Banco de Londres y América del Sur. El apellido Dubra procede de Galicia, en La Coruña, probablemente de Cavaleiros o San



Xoan de Tordoia. El soldado Jean Tafernaberry fue hallado entre las víctimas del Combate de Tres Cruces, celebrado el 24 de abril de 1844, integrante de la Legión de Vascos Franceses que lucharon durante la Guerra Grande en filas de la Defensa. Un hijo de Jean, Pierre Tafernaberry, apareció poblando Artigas a fines del siglo XIX y desde allí se expandió entre Salto y Artigas en distintas ramas de la familia.¹⁶⁴ Otras ramas se distribuyeron en el litoral argentino y la provincia de Buenos Aires.

Jorge Dubra fue quien primero realizó cateterismos cardíacos y participó en operaciones para corregir cardiopatías congénitas en el Hospital Italiano junto al cirujano Dr. José Luis Roglia (1903-1961), tempranamente fallecido. Se había formado en la técnica junto a los famosos integrantes del equipo de Clarence Crafoord (1899-1984), de Estocolmo, Suecia, donde pasó una temporada de entrenamiento. De esos años procede su cariñoso apodo de “el Canguro”, por su perfil y su alta estatura, que cautivó a las suecas por aquellos años. Crafoord fue quien primero corrigió con éxito quirúrgicamente, en el mundo, en 1944, durante la Segunda Guerra Mundial, una coartación de aorta. Luego lideró un equipo de cardiocirugía que introdujo técnicas y tuvo una relación muy intensa y eficaz con los grupos de cardiólogos del Río de la Plata, permitiendo su avance y facilitando su perfeccionamiento.

Colaboró largos años en el Laboratorio de Cardio-Neumología del flamante Hospital de Clínicas, junto al Prof. Jorge Dighiero Urioste (1912-1978), y según declaración del propio Dr. Orestes Fiandra Cuculic (1921-2011), fue Dubra quien lo llevó a colaborar en ese Laboratorio, que con el curso del tiempo se transformaría en el Departamento de Cardiología del referido Hospital.

De larga adhesión gremial, había ingresado al SMU en 1942, ocupando diversos cargos, pero fundamentalmente ocupado en la tarea asistencial, como cardiólogo en el CASMU y en su consulta particular. Cosechó el afecto de sus pacientes, muchos de ellos colegas y personas vinculadas al área de la salud, por su bonhomía, su calidez y su calidad clínica y sobre todo humana. Continuó su práctica hasta los 81 años, jubilándose recién en el año 2000.

Entre sus actividades gremiales, cabe destacar que fue Secretario General de la Asociación de los Estudiantes de Medicina, integró varias Comisiones

¹⁶⁴ <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/congresos/07/07415429.pdf> (Consultada el 25.06.2011)

de la Facultad de Medicina, del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay y del propio SMU. Organizó el Laboratorio Neumo-cardiológico del Hospital de Clínicas. Fue Miembro de la Junta Directiva del CASMU. Esto es todo lo que él consignó cuando se le solicitó su Curriculum en ocasión que le fuera discernida la Distinción Sindical el 11 de agosto 1996 por el Comité Ejecutivo del SMU.

En el SMU fue integrante de la Comisión del Hospital de Clínicas desde agosto de 1955. En setiembre de 1969 integró una delegación del SMU al Paraguay, para conocer de primera mano la situación sanitaria de los presos políticos bajo la dictadura del Gral. Alfredo Stroessner. Misión que integró junto a los Dres. Eduardo Yannicelli Praderi y Carlos A. Gómez Haedo. En 1971 fue designado para integrar el equipo médico de contralor sanitario de los obreros en huelga del Frigorífico Anglo, de Fray Bentos. Fue representante del SMU, junto al Prof. Jorge Dighiero, ante el comité formado por la Sociedad Uruguaya de Cardiología y la Fundación Procardias, para la celebración del Mes Mundial del Corazón.

En la actividad profesional siempre fue destacada la introducción al país, que él protagonizó de diversas técnicas de tratamiento invasivas y no invasivas en Cardiología y Neumología.

Fue Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay en el período 1968-1969, en un período muy difícil de la vida del país, cuando éste comenzó a inclinarse peligrosamente en una espiral de violencia. Aquel Comité Ejecutivo que tuvo actuación protagónica en la comunicación a la población de los primeros partes médicos sobre estudiantes heridos en manifestaciones en los alrededores de la Universidad, y en la muerte de Líber Arce, estuvo integrado también por los Dres. Ricardo J. P. Elena Percovich, Yamandú Sica Blanco, Rodolfo Maggi, León Leibner, José P. Saralegui Buela, por la Agrupación “Dr. Carlos María Fosalba”, y por los Dres. Luis Felipe Algorta Ponce de León, Héctor Puppo Touriz, Felipe Gaione y Milton Rizzi Castro, por la Agrupación “Sindicalismo Auténtico”, en tanto los representantes estudiantiles eran los Dres. Gary Paulo, Horacio José Mirabal de la Llosa, José Luis Rodríguez Bossi y Homero Bagnulo Sacomandi.¹⁶⁵

165 TURNES, Antonio L.: Agrupaciones en el Sindicato Médico del Uruguay: 1920-2002. En: http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/agrupaciones_smu.pdf (Consulta el 25.06.2011).

Posteriormente se apartó de la actividad gremial, y cayó detenido en el año 1972, cuando se lo vinculó al aparato sanitario del MLN-Tupamaros en un sonado caso. Pasó años en prisión, y cuando salió volvió a ejercer su actividad clínica, donde siguió cosechando amigos y haciendo esa medicina que tantos recuerdos dejó en quienes fueron sus pacientes, en su consultorio de la Avenida Uruguay, que compartía con Atilio Morquio, Dante D'Ottone y otros destacados médicos y viejos gremialistas.

Tuvo un primer y largo matrimonio con la Q. F. Sara García, propietaria del Laboratorio ICU-Vita, con quien tuvo tres hijos: Jorge (médico de destacada actuación universitaria y gremial) y Sarah, ambos legítimos, y una adoptiva o hija del corazón, Rosita esposa del médico hemato-oncólogo pediátrico Ney Castillo, connotado dirigente deportivo.¹⁶⁶

Luego del fallecimiento de su primera esposa, contrajo nuevo matrimonio con la Obst. Mirta Romero Pereira, a quien conoció en el SMU y que fue luego durante muchos años secretaria de la Dirección Técnica de CRAMI, en Las Piedras, institución que contribuyó a engrandecer y donde falleció.

RICARDO ELENA

Ricardo José Pedro Elena Percovich nació en Montevideo el 7 de mayo de 1933, aunque vivió sus primeros años en Santa Rosa (Canelones). Concurrió a la Escuela y Liceo “Elbio Fernández” y a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, donde se graduó el 6 de mayo de 1961, obteniendo posteriormente los títulos de: Especialista en Medicina Interna por competencia notoria, el 30 de abril de 1968, convalidado en 1986; Especialista en Neumología, convalidado por competencia notoria el 1 de octubre de 1987;



¹⁶⁶ <http://www.elpais.com.uy/11/06/23/obituario.asp> (Consultada el 25.06.2011).

Especialista de Primer Grado en Medicina Interna, el 30 de agosto de 1985, en La Habana, Cuba; Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna, el 16 de diciembre de 1985, por competencia reconocida, también en La Habana, Cuba.

En 1953 se desempeñó como Ayudante honorario de Fisiología, y en 1954 como Ayudante honorario de Fisiopatología y Patología General. Desde 1961 a 1963 fue Ayudante de clases prácticas de la Cátedra de Medicina, por concurso de pruebas. Entre 1963 y 1966 se desempeñó como Adjunto (Grado II) de la Clínica Médica y Semiológica (Prof. Pablo Purriel), titular, por méritos y pruebas. Desde 1967 hasta 1971 se desempeñó como Asistente (grado II) del Laboratorio de Hemodinamia del Departamento de Cardiología de la Facultad de Medicina.

Entre 1971 y 1972 fue Profesor Asistente Clínico (Grado III) de la Clínica Médica “D” y Semiológica (Prof. Jorge Bouton), por concurso de méritos.

Grado IV en la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción (Chile), desde 1972 a 1973; y IV en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba (Facultad de Medicina II); y de 1974 a 1985. Grado V por pruebas, en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, en 1985.

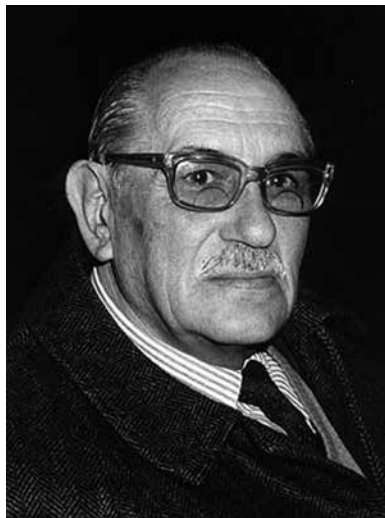
Desde 1987 fue Profesor Director titular de la Clínica Médica “2” de la Facultad de Medicina de Montevideo, en el Hospital Pasteur, y desde 1990 titular del mismo cargo en la Clínica Médica “B” en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Desde 1962 realizó más de cuarenta trabajos de investigación clínica y experimental como autor único o en colaboración, tanto en el país como en Cuba, y en publicaciones internacionales, sobre temas de Medicina Interna, Neumología, Cardiología, así como de educación médica.

OMAR ETORENA ONETTI (1923 – 2003)

ELBIO ÁLVAREZ AGUILAR

Nació en Montevideo en el Sanatorio Pacheco, pero no se sintió montevideano porque enseguida fue al medio rural, en Molles de Porrúa en el Departamento de Río Negro, donde su padre arrendaba una Estancia. Allí con los peones de campo aprendió a querer aquella tierra. Su vida escolar inició en la Escuela Rural. Retornó a la capital para completar su educación y realizó luego la carrera de Medicina en nuestra Facultad. Por 1939 su padre arrendó otra estancia en Treinta y Tres y allí pasó sus largas vacaciones veraniegas, siempre como “hombre de a caballo”, aprendiendo los oficios de la peonada y ayudando en las tareas.



Ingresó a la Facultad de Medicina en 1943, luego de ser Practicante Interno se inclinó por su especialidad en Medicina Interna y tuvo desde siempre una profunda vocación docente que desarrolló hasta llegar a Profesor Agregado (Grado 4), cuando su detención por la dictadura naciente, cortó una carrera que desarrolló casi permanentemente en el Hospital Pasteur. Inició la carrera docente como Adjunto de Clínica Médica (antes Jefe de Clínica). Primero concursó en el año 1953 y no entré; no me alcanzaron los puntos y quedó en el 4º lugar. Enseguida le designaron interino en la Clínica del Dr. Purriel, haciendo allí docencia de semiología hasta que realicé el Concurso de Jefe de Clínica nuevamente. Entonces eligió la Clínica del Prof. Juan Carlos Plá Verde, en el Hospital Pasteur, donde conoció a Atilio Morquio Yéregui.

Reconoció siempre que su maestro fue García Otero, en cuya Escuela se formó.

En la actividad gremial estudiantil, en la AEM, conoció y compartió su actividad con Pablo V. Carlevaro y con Dante D'Ottone y otros en aquella Convención del 51 y a Enrique Griñó. Desde mi ingreso a

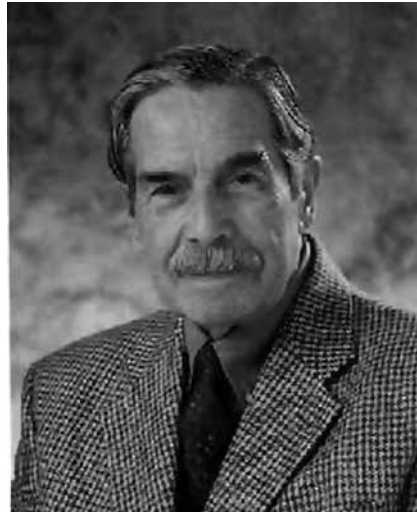
Facultad en el 43 viví un período muy especial. Era la época de la Segunda Guerra Mundial que los marcó a todos desde el punto de vista ideológico e incluso afectivo. Una vez graduado el 27 de marzo de 1953, fue a ejercer al pueblo de 25 de Agosto, en Florida. Allí asistía a la extensa población que abarcaba también Cardal e Isla Mala. Viajaba diariamente en el Ferrocarril Central para trabajar como Adjunto de Clínica y también en IMPASA, donde fue médico por largos años. Permaneció en aquella zona de Florida hasta 1962, durante nueve años, hasta que volvió a Montevideo para ejercer sus cargos, cuando ya era Asistente de Clínica Médica. En 1970 fue a trabajar con otros colegas más jóvenes a Juan L. Lacaze, actuando como consultante. Fue preso por varios años al Penal de Libertad, y cuando salió fue médico del Sindicato de Canillitas del Uruguay.

Pese al escaso tiempo que pasó por la clínica Semiológica, mantuvo permanente recuerdo de su contacto con Purriel. Etorena dejó a su vez honda huella, contribuyendo a formar estudiantes y ayudando a médicos que preparaban su concurso a entrenarse, como lo cuenta muchos años después Ricardo J.P. Elena.

Fue Presidente del Sindicato Médico del Uruguay en 1986-1987.

DR. ANUAR FADOL CESIN (1921 – 2008)

Nacido en Minas, el 10 de julio de 1921, se gradúa como médico el 1º de marzo de 1958. Fue Médico de Zona (en Sayago) exclusivo del Centro de Asistencia del SMU (CASMU) 1958 - 1976. Médico colaborador en la Clínica Semiológica del Prof. Dr. Pablo Purriel, entre los años 1958 a 1963. Entre 1959 y 1962, a pedido de los Sindicatos obreros Metalúrgico y del Transporte Marítimo, organiza el Seguro de Enfermedad para dichos grupos laborales. En 1960 interviene como médico en la marcha de obre-



ros del Frigorífico Anglo, desde Fray Bentos a Montevideo, durante 30 días.

En 1962 es designado Médico Tisiólogo, en el Ministerio de Salud Pública, por concurso de méritos y oposición, ejerciendo en el Hospital “G. Saint Bois” y en el Dispensario No. 5, del Paso del Molino.

Desde 1976 vive en el exilio primero en Cuba, luego en México. En 1977 retoma en México su formación psicoanalítica, iniciada en Montevideo, en 1972 con Mercedes Freire de Garbarino. Entre 1977 y 1985 concurre a los seminarios de Psicología profunda (Freud Lacan) a cargo de los Profs. Dres. Juan Carlos Plá y García Reynoso. En 1986 regresa definitivamente al País. Ha sido un destacado militante gremial del SMU y de la Asociación de los Estudiantes de Medicina.

JORGE FERNÁNDEZ REY **(1927 – 2014)**

Falleció el 16 de julio de 2014, a los 87 años, el Dr. Jorge Fernández Rey. Había nacido el 16 de enero de 1927, graduándose en enero de 1957. Se desempeñó como Jefe de Clínica junto al Prof. Pablo Purriel, donde también fue recordado instructor de Semiología, durante muchos años. Al mismo tiempo realizó la Jefatura de Clínica del Instituto de Neurología, especialidad a la que se dedicó en su vida profesional.

Formó parte de una generación de docentes ejemplares, que tomaron con amor su tarea de transmitir el conocimiento propedéutico a los futuros médicos, en momentos difíciles de transición, cuando se pasaba de las materias básicas a las clínicas. De aquella constelación de estrellas silenciosas él formó parte y dejó grabada a fuego en cientos de alumnos que pasaron por sus grupos, la esencia de la relación médico-paciente.

Hombre de rica cultura mantuvo una excelente relación con sus alumnos, colegas y profesores, en los que dejó una profunda huella. Particularmente por su bonhomía, sencillez y claridad. Su pasión por la enseñanza lo distingue como uno de los más recordados médicos con quienes se encontraban los jóvenes estudiantes que en los primeros años del 60 hacían sus primeros encuentros con la clínica médica y con el contacto con los pacientes.

La dedicación a sus pacientes fue proverbial, y era por ello respetado y querido por ellos y sus familiares, a quienes acompañaba explicando diagnósticos y evoluciones no siempre satisfactorias, por la naturaleza de la patología de que se tratara. Allí era donde brillaba la luz de su humanismo, enriquecido por su riqueza espiritual.

Una vez retirado se acercó a la Comisión del Reencuentro y la Amistad, donde participó en numerosas actividades de este grupo fermental de médicos retirados, que encierra tantos valores y cultiva la sabiduría sin límites.

Ac. EVA FOGEL de KORC (1928 – 2017)

La Dra. Eva Fogel Davidovici, viuda de Israel Korc, falleció en Montevideo el 4 de setiembre de 2017, a los 89 años. Había nacido en las montañas de los Cárpatos, y emigró con su familia a Uruguay siendo una niña, donde se destacó rápidamente por su inteligencia y capacidad de adaptación a realidades nuevas.

Graduada como Médica en mayo de 1955, realizó una continuada tarea asistencial, científica y docente, vinculada a la Clínica del Prof. Pablo Purriel, donde por muchos años se dedicó a la enseñanza de la Semiología y preparando aspirantes al Internado clásico francés, en aquel inolvidable Piso 8 del Hospital de Clínicas. Siempre por la vía de rigurosos concursos accedió a cargos de Médico Tisiólogo en el Hospital Fermín Ferreira, en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, del que fue Profesora Agregada junto al primer Director, el Prof. Guaymirán Ríos Bruno. Dirigió el Departamento de Emergencia de MUCAM, durante muchos años. Realizó múltiples publicaciones científicas, a lo largo de su trayectoria, promoviendo estudios multi-



céntricos y fomentando los vínculos con universidades de otros países, para ayudar a los más jóvenes en su crecimiento profesional.

Culminó su actuación en la actividad docente como primera Profesora Directora del Departamento de Toxicología, creando el CIAT (Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico) que daría un vuelco histórico en la atención de los intoxicados, estableciendo un mecanismo de rápida respuesta telefónica, disponible para cualquier médico o centro asistencial en todo el territorio nacional.

Con la Universidad de la República colaboró estrechamente con el Rectorado, asesorando en aspectos vinculados al Bienestar Estudiantil.

Fue la primera mujer incorporada a la Academia Nacional de Medicina, desde noviembre de 1999, reivindicando siempre el lugar de su género en la Medicina nacional.

Su energía creadora y organizativa se pusieron de manifiesto muchas veces, llevando adelante emprendimientos que contaron con respaldo nacional e internacional, para el estudio de las adicciones, con un Curso Internacional realizado en 1998, que fue la primera experiencia de gran nivel para encarar esta realidad de la sociedad contemporánea. La publicación de ese evento, realizada con la colaboración de la Presidencia de la República con la Universidad de la República, continúa hasta hoy siendo un texto de consulta. En 2013 participó y animó una Jornada sobre Vulnerabilidad a las Conductas Adictivas, 15 años después de aquella actividad pionera, también de honda repercusión, anticipando muchas de las dificultades que el País encontraría en la percepción compartida de una amenaza real.

La Facultad de Medicina le designó en 2014 Profesora Emérita.

Su lamentable fallecimiento nos priva de una mujer excepcional, culta y humana, con enorme capacidad para promover cambios.

JUAN DE DIOS GÓMEZ GOTUZZO

(1919 – 1989)

Hijo de inmigrante español, su padre Juan de Dios Gómez Gil, había nacido en Arcos de la Frontera, cercana a Cádiz, en Andalucía, y estudió Medicina en la Universidad de Sevilla, graduándose en 1908, yendo a ejercer en Artigas el 13 de julio de 1909, donde tenía un tío

médico radicado en ese pueblo desde 1881, el Dr. Manuel Gil Rivera, también español. El 7 de octubre de 1919 nace en la ciudad de Artigas Juan de Dios Gómez Gotuzzo (“Juanacho”), el segundo de siete hermanos.^{167 168}



Juan de Dios Gómez Gotuzzo se graduó el 9 de junio de 1952. Realizó una sólida formación clínica, primero como practicante interno, luego como Jefe de Clínica en el Servicio del Prof. Dr. Pablo Purriel, y enseguida hizo la especialización en Tisiología en el Hospital Fermín Ferreira. Trabajó en Montevideo en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), y en la Asociación Española (AEPSM), desempeñándose como médico de urgencia por concurso de oposición.

Juanacho había tenido una temprana vocación gremial, manifestada a través de su participación en la Asociación de los Estudiantes de Medicina y en la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay; más tarde en el Sindicato Médico, donde actuó en la Junta Directiva del CASMU y en diversas comisiones. Su vocación social, siendo estudiante, lo llevó desde 1945 a participar en las Misiones Socio Pedagógicas, una experiencia fermental que realizaron estudiantes de medicina y magisterio, para conocer directamente las formas de vida que se daban en el Uruguay profundo. Allí descubrió que “En el Interior hay gente que se muere de hambre”, como tituló *Marcha* uno de los artículos dedicados al análisis de esta primera Misión.

Terminada su etapa formativa, y particularmente luego de completar sus especializaciones, podría haberse quedado en Montevideo

167 TURNES, Antonio L.: Juan de Dios Gómez Gotuzzo (1919-1989). En: suhm.uy/sp/sp-content/uploads/2018/11/JUAN-DE-DIOS-GÓMEZ-GOTUZZO-1919-1989_V.4pdf (Consultada 1.10.1029).

168 TURNES, Antonio L.: Con dos nuevos premios la Revista Médica del Uruguay homenajea a Juan Gómez Gotuzzo y Roberto Avellanal. *Rev Med Urug* 2018; 34: 73-75.

para continuar la carrera docente, donde sin duda habría alcanzado destacada actuación. Sin embargo, su honda preocupación social y su amor por las raíces familiares lo llevaron al norte, para establecerse en Artigas. Allí desembarcaron él, su hermano Francisco (“Franco”, 1923-2006) cirujano general y neurocirujano y su esposa Esther Waszersteyn (1926-1989) la primera ginecóloga y obstetra del Departamento, llevando la Medicina moderna. Él iba con un cargo ganado por concurso como neumólogo de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa. Con grandes esfuerzos y uniéndose a la tarea otros colegas artiguenses, iniciaron la actualización del Hospital de Artigas, dotándolo de modernos equipos de cirugía, ginecología y obstetricia, medicina interna, radiología, laboratorio y banco de sangre, lo cual permitió ampliar las prestaciones para aquella población del norte uruguayo. Fundaron primero el Sanatorio “Artigas”, un emprendimiento privado que tuvo feliz desarrollo y evitó desplazar a los pacientes hacia Montevideo. Más tarde fundarían la Gremial Médica de Artigas (GREMEDA), que daría lugar al inicio de la asistencia médica colectiva en aquel departamento. Fue un cambio sustancial en la calidad de la atención médica del Departamento y de la región, ya que acudían a Artigas pobladores del noreste de Salto y del norte de Tacuarembó y Rivera, entre los cuales corrió rápidamente la noticia de ese polo de desarrollo de la atención de salud que tenía por centro la capital departamental del Cuareim. También llegaban allí los pobladores de la vecina Quaraí, en Río Grande do Sul, y los de otras ciudades brasileñas cercanas, atraídos por el creciente prestigio de ambos hermanos. Elevaron la calidad de la Medicina uruguaya en aquel rincón alejado del norte uruguayo, en tiempos donde llegar a Montevideo, por transporte terrestre (ferrocarril con trasbordo en Salto, ómnibus) suponía superar largas horas de viaje e ingentes gastos. Fue sembrador del progreso en salud, así como también en el ámbito cultural.

Gómez Gotuzzo tuvo, por su compromiso social, una actuación política importante en su departamento, siendo un referente, y desempeñándose como edil. Cuando llegó la dictadura lo llevan detenido el 15 de diciembre de 1976, no teniéndose noticia de él hasta pasados más de quince días. Luego fue procesado por la justicia militar, quedando detenido en el cuartel de Artigas. Sin embargo, era tan importante su actuación médica, que le permitían salir en una camioneta militar para atender pacientes e incluso para ayudar a su hermano Franco en



alguna neurocirugía, una de las cuales salvó providencialmente al hijo de un general que había tenido un hematoma extradural por caída del caballo. Resultó liberado el 18 de noviembre de 1980.

Fue un articulador de los médicos artiguenses, organizando más de dieciséis jornadas médicas de actualización. Pero nunca perdió su contacto con Montevideo. Disfrutaba en organizar esas jornadas y reunir a todos los colegas, tanto en actividades científicas como sociales, en unión de sus familias. Consolidó así un firme núcleo humano y profesional, que además de compartir el trabajo y la preocupación por el avance de la atención de salud, cimentó la unidad indispensable para el progreso de su comunidad. Continuó afiliado al Sindicato Médico y estuvo al tanto de sus actividades, participando muchas veces en los eventos que marcaron rumbos en la organización de las propuestas profesionales para mejorar la salud. Así evolucionó el desarrollo del sanatorio de GREMEDA, que, de una modesta casa antigua reformada, pero muy digna y con todas las prestaciones, inauguraría en 1987 un moderno sanatorio que hoy es orgullo del departamento.

Falleció en un trágico siniestro de tránsito, en una madrugada con espesa niebla, el 12 de noviembre de 1989, donde perdió la vida también su esposa Esther.

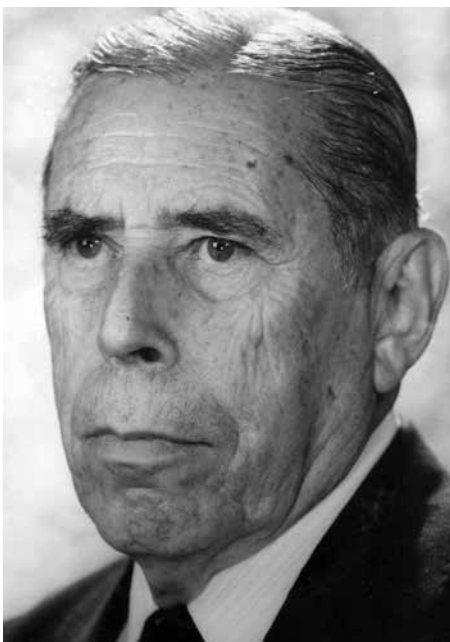
El sepelio fue una demostración del sentir popular, donde se paralizó la ciudad y el pueblo se volcó a la calle para acompañar los restos de ambos en medio de profundo dolor.

Hoy una calle de Artigas lleva su nombre, y por ley No. 19.599 promulgada el 16 de marzo de 2018 el Liceo N° 1 de la capital departamental, que ha cumplido 100 años, también lo llevará, como justo homenaje a una personalidad que tanto ha hecho por el bien del pueblo, en un ejemplo de dignidad, profesionalismo y ciudadano comprometido con la libertad.

Sin duda, debemos recordarlo como un referente de la Medicina nacional y una figura destacada en la relevancia social del buen médico.

JOSÉ PEDRO IBARRA-RUIZ **(1909 – 1994)**

José Pedro Ibarra-Ruiz nació en Río Negro, Departamento del mismo nombre, en el interior del Uruguay, el 27 de julio de 1909. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1932. Se graduó como médico cirujano el 29 de agosto de 1939. Falleció en la ciudad de Paysandú el 24 de marzo de 1994. Fueron sus padres Jesús Romualdo Ibarra y María Modesta Ruiz, orientales ambos, fallecidos el primero el 18 de mayo de 1963 en la 4ª. Sección Judicial de Río Negro y la segunda el 19 de setiembre de 1973 en la 5ª. Sección del mismo Departamento.¹⁶⁹



Tuvo una intensa y extensa actividad docente y asistencial, en Clínicas de la Facultad de Medicina de Montevideo y también en Venezuela, donde actuó como Profesor Contratado de Semiología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Carabobo entre el 15 de setiembre de 1960 y el 15 de setiembre de 1961.

169 TURNES, Antonio L.: José Pedro Ibarra Ruiz (1909-1994). En: https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/jose_pedro_ibarra.pdf

Obtuvo su formación como tisiólogo que finalizó en 1942, luego de realizar un curso de dos años en el Instituto de Tisiología y rendir las cuatro pruebas reglamentarias de la época: una sobre Patología y Epidemiología de la Tuberculosis; otra sobre Terapéutica de la Tuberculosis; otra de Clínica Tisiológica; la última sobre Clínica de una Afección de Tórax.

En la actividad docente: desde 1942 ocupó el cargo de Jefe de Clínica Médica en el Servicio del Prof. Juan Carlos Plá, en el Hospital Pasteur. Al mismo tiempo era Jefe de Clínica Tisiológica, por concurso de méritos y oposición, en el Instituto de Tisiología “Dr. Juan B. Morelli”, desde 1945 a 1948. Durante los cinco años siguientes colaboró en la Clínica Médica del Prof. Raúl Piaggio Blanco, obteniendo por concurso el cargo de Asistente Interino.

En la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel, fue Asistente Titular por concurso de méritos, desempeñándose entre 1948 y 1951. Por llamado a aspirantes fue designado Jefe de Sala en el mismo Servicio. Realizó entonces la Adscripción como Docente de Clínica Médica.

Actuó como Jefe del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” (Hospital Universitario) durante un año, por llamado aspirantes.

En la Cátedra de Patología Médica: Entre 1954 y 1962 dictó numerosas clases sobre diversos aspectos de la patología del Aparato Respiratorio, sobre Hematología, Afecciones cardiopulmonares, abarcando la mayor parte de los capítulos de la patología respiratoria.

En el Instituto de Neumología, desde 1959 hasta su retiro, dictó clases y dirigió Ateneos incluyendo clases clínicas para grupos de estudiantes de 4°. Año que hacían su estadía en ese Servicio en el viejo Hospital “Fermín Ferreira”.

Fue Adscripto de Medicina desde el 8 de octubre de 1955, luego de realizar un curso de cuatro años y rendir las pruebas de suficiencia: dos sobre Fisiopatología, cuatro sobre Patología, dos sobre Semiología, dos de Clínica Médica y presentar cuatro Tesis.

Más tarde, desde 1956 por concurso de méritos y oposición, alcanzó el grado de Profesor Adjunto de Medicina, en 1956. Desempeñó el cargo por un año e inmediatamente se le designó Jefe de Sala del

Instituto de Tisiología (en el Hospital “Fermín Ferreira”) por llamado a aspirantes.

Culminó como Profesor Director titular de Clínica Neumológica desde 1964 hasta 1975 cuando se retiró al alcanzar el límite reglamentario al cumplir los 65 años.

La propia Facultad de Medicina lo designó en diciembre de 1985 como Profesor Emérito, una vez recuperada la autonomía universitaria, tras la Dictadura Militar del período 1973-1985.

MARÍA DEL LUJÁN JAUREGUI MARIEYHARA (1925 – 2014)

Falleció en Montevideo el 2 de agosto de 2014. Nació en la ciudad de Colonia el 7 de marzo de 1925. Egresó de la Facultad de Medicina en octubre de 1955. Se especializó en Clínica Médica y en Nutrición y Gastroenterología. En el ámbito sindical, más conocida como “Lula” Jauregui, una mujer entrañable.

Aunque nació en la ciudad de Colonia del Sacramento, al mes la llevaron a Tarariras, donde vivían sus padres, que por diez generaciones anteriores, eran todos vascos. Su abuela llegó al Uruguay en 1848. Fue hija única. Se casó y tuvo tres hijos. No fue a la escuela,

porque sus padres vivían en el campo y ellos fueron sus primeros maestros. En los seis meses previos a rendir el examen de ingreso a Secundaria, le pusieron una maestra particular para que le ordenara los conocimientos, y así hizo un excelente examen. Vivía en el corazón del campo, haciendo una vida como los chicos del campo de la época: andar a caballo para ir al pueblo, correr carreras de caballos.

En la etapa liceal le gustaba la Biología, la Química, la Física, la Literatura, pero poco le importaban las Matemáticas.



Fue al liceo en “Las Alemanas”, en Montevideo, donde se trasladó con su familia. Su padre administraba el campo desde la capital y su madre era ama de casa. Pero durante las vacaciones pasaba tres meses en el campo.

En su casa había muchos libros y ella aprovechaba para la lectura, particularmente encantada por Emile Zola, que fue su ídolo. Otro ídolo fue su padre, con quien tenía una relación muy fuerte y fluida.

En su juventud tuvo grandes dudas sobre si hacer literatura en forma curricular, o continuar Medicina, cuando ya estaba cursando el tercer año de Facultad. Pero se definió por la última, aunque siempre cultivó su gusto por la lectura.

Se considera ante todo una médica internista, aunque por su interés en las afecciones hepáticas, ganó por concurso la Jefatura de Clínica de Gastroenterología, que desempeñó íntegramente. Su mayor dedicación fue a la Medicina Interna y a actuar en Servicios de Emergencia, sobre todo los de carácter docente, como en el Hospital de Clínicas.

Fue Ayudante de Clase de Bioquímica.

Su participación en el Sindicato Médico se destacó, inicialmente, en el campo de la atención médica de las Huelgas de Hambre. Pero luego se volcó a otros aspectos de la defensa de los Derechos Humanos, en el más amplio sentido. Así se ocupó de la salud en las cárceles; de la organización de los servicios sanitarios en esos establecimientos; de los derechos de las minorías. Durante más de 40 años orientó un grupo que fue referente internacional en la atención y seguimiento de las personas en huelga de hambre, junto a los Dres. Guillermo Mesa, Mario de Pena, Alicia Ceres y otros colegas. Ella lo contó así:

*“Yo trabajaba en la Clínica de Morquio (Atilio), era Profesora Adjunta, y Morquio me hizo el planteo y a mí me pareció bien (la atención de la huelga de hambre de los Bancarios). Fue allá en la Catedral – los huelguistas llenaban los pasillos – y allí hicimos un régimen que todavía el SMU apoya porque ha demostrado ser apropiado. Después hubo varias huelgas más y ya Morquio no podía ir; entonces el Sindicato me mandaba a mí y a mí me gustaba”.*¹⁷⁰

“En aquel momento no había legislación prácticamente por parte de instituciones jurídicas internacionales sobre el tema – ahora hay bastantes -. Por su-

170 SCARLATO, Silvia: Fuera de Consulta, SMU- Ediciones de la Banda Oriental, 1996. Tomo II, p. 95

puesto que es una gran contradicción; hacer huelga de hambre implica siempre un riesgo potencial de vida y el objetivo primero del médico es el de precisamente conservar la vida. Y este conflicto se salva haciendo una serie de acuerdos básicos, es decir, que el huelguista y el grupo de apoyo tienen que aprobar ciertas medidas tendientes a mantener el estado vegetativo del huelguista. El régimen que nosotros planteamos sólo permite controlar que el huelguista no se vaya a “desintegrar” – pero no más -. Y lo otro es el momento del retiro del huelguista; esa decisión pasa a ser privativa del médico y sólo se puede acatar. Lo que pasa es que en realidad nadie hace una huelga de hambre para morir. El huelguista no es un psicótico sino que es un individuo que toma una medida muy espectacular, con un fin. Entonces, en realidad, las contradicciones son mucho menores que en otras situaciones de la Medicina”. “Ha habido primero una larga conversación entre los huelguistas, el grupo de apoyo y el médico – que no tiene que verse como el protagonista de la cosa sino como poco más que la cama -. Y cada uno debe quedarse – creo yo – en sus funciones específicas. El médico que colabora en una huelga de hambre no puede ser un huelguista, sino solamente un médico. Uno de los peligros es confundirse y “ponerse la camiseta”. Aunque la tengas puesta, no se te tiene que ver nunca durante la huelga”.

Fue Jefe de Clínica Médica con el Profesor Héctor Franchi Padé. Trabajó con los Profesores Pablo Purriel, Julio Arzuaga, Atilio Morquio y Benigno Varela Fuentes, que considera sus máximos maestros.

Trabajó once años en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, que fue siempre su mayor aspiración.

En 1991 fue delegada del SMU al Grupo de Estudios del Sistema Carcelario del Uruguay, un trabajo complejo realizado con el Ministerio del Interior, que reunió a un grupo multi e interdisciplinario en el que había delegados de la Iglesia, de SERPAJ, de IELSUR, de SERSOC, del SMU, diputados y profesionales a título personal. Allí relevaron prácticamente el 80% de la población carcelaria de la época, en un trabajo duro y difícil. Trabajó por largos años. Concluyó en lo personal, que el sistema carcelario es ignominioso. Al respecto decía: “Uno tiene que acordarse de una cosa que parece que todos olvidamos: el preso es alguien que está privado de su libertad de desplazamiento y de voto. Pero tiene derecho a una buena alimentación, a una vivienda digna, a estar en contacto con su familia... El 58% de los presos uruguayos estaba en “Libertad”, en una cárcel hecha para destruir a la persona, pensada para presos políticos. Fue invivible durante la dicta-

dura y después también. ¿Y el derecho a la educación? En “Libertad” había tres maestros: uno para la censura, otro para evaluar penas y ¡un tercero que aparentemente cumpliría sus funciones de maestro! ¡No es posible! ¿Y las cárceles del interior? ¡Hay más de una que parece una mazmorra! La situación carcelaria es terrible.”¹⁷¹

Su militancia sindical fue emblemática. Una mujer que a pesar del paso de los años siguió defendiendo los derechos humanos y los derechos de los colegas, tanto del sistema público como privado, con la vitalidad de su juventud. Siempre se expresó con gran libertad y sin pelos en la lengua para cantar sus verdades. De profunda fe cristiana, llevó a la práctica, hasta el límite de sus fuerzas, las enseñanzas del Evangelio.

JUAN MEDOC (1903 – 1987)

DR. EDUARDO WILSON¹⁷²

DR. RAFAEL DE ARMAS

Juan Medoc nació el 16 de enero de 1903 en Montevideo en el seno de una familia de trabajadores vasco franceses. Su padre fue Pedro Medoc Aguer y su madre Isabel Eyherabarren. Vivió su infancia y juventud en plena Ciudad Vieja, en la calle Pérez Castellanos 1386. Es posible que mucho de su rico anecdotario se haya originado en las vivencias de esa época y ese vecindario.



En 1922, con 19 años recién cumplidos, ingresó a la Facultad de Medicina, trayendo el lastre de dos materias previas: Historia Natural y Química, poniendo de manifiesto una dedicación al estudio

171 SCARLATO, S.: op cit p. 97.

172 Resumido de Wilson, E., y De Armas, R.: Dr. Juan Medoc, neuropatólogo uruguayo. En: <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/medoc.htm> (Consultada el 4.10.2019).

escasa o poco disciplinada, o la necesidad de dedicar su tiempo a otras tareas para ayudar al sustento familiar. Le correspondió el plan de estudios de 1912. Curiosamente firmó “Juan Medoc Aguer”, o sea los apellidos de su padre, al llenar el formulario de inscripción en la Facultad.

Su desempeño como estudiante universitario fue sumamente desparejo, típico del estudiante crónico. Cursó los primeros 3 años regularmente, en 1922, 1923 y 1924. Los cursos de cuarto, quinto y sexto años le ocuparon dos años cada uno, culminando los cursos en 1930. Los exámenes fueron dados en forma sumamente irregular, completando los de primer año a mediados de 1923, los de segundo año en diciembre de 1926 y los de tercer año en 1928. En diciembre de 1930 aprobó “Patología Quirúrgica 2º” con Sobresaliente por unanimidad y desde entonces y por 9 años no dio más exámenes. Recién en diciembre de 1939 se decidió, y aprobó con la misma nota “Materia médica y Terapéutica”. Un año más tarde aprobaba “Medicina Legal” con la misma nota. Pero esos resultados brillantes no lo estimularon, pasó tres años antes de reiniciar sus exámenes, para luego, a una frecuencia de uno por año, continuar dando exámenes hasta el último, aprobado el 30 de mayo de 1949, con el cual egresó como médico, 27 años después de haber ingresado. Sin embargo, a pesar de esos enormes intervalos entre exámenes, los preparaba a conciencia, lo que se reflejaba en las elevadas calificaciones que obtuvo, siendo que en 20 de los 22 exámenes obtuvo calificaciones de muy bueno o superiores. Como resultado de esta atípica dedicación, al egresar alcanzó una alta escolaridad que le hizo acreedor a la exoneración del pago de los derechos del título por el Consejo Central Universitario, junto a los egresados Pedro Tost, Lorenzo Mérola Sónora y Alberto Ardao, por resolución del 10 de agosto de 1949.

Es evidente que Medoc se había decidido, muy precozmente, por la anatomía patológica y en especial por la neuropatología. Para él, las exigencias curriculares eran secundarias. Así fue que nunca ejerció como médico y que, a poco de recibido, solicitó y se le otorgó la dedicación completa como Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto de Neurología. Ese era su verdadero objetivo: dedicarse por entero al laboratorio y a la neuropatología.

Dos personajes tuvieron gran influencia en la decisión de Medoc de encaminarse hacia la neuropatología. Fueron Pío del Río Hortega y Moisés Polak.

Pío del Río Hortega (1882-1945), español, oriundo de Valladolid, discípulo directo de Nicolás Achúcarro, fue la máxima figura de la escuela neurohistológica española luego de Cajal.



Juan A. Purriel con Juan Medoc

Moisés Polak fue el discípulo argentino más destacado de Río Hortega. Continuator de su obra, dirigió los “Archivos” luego de la muerte de su fundador, y organizó el “Registro Latinoamericano de tumores del sistema nervioso”

Siguió ejerciendo su cargo, con régimen de dedicación total, hasta el 18 de abril de 1974, con autorización especial por haber sobrepasado la edad reglamentaria de cese. El 8 de agosto fue designado Profesor Ad Honorem de la Facultad de Medicina por el Decano Interventor y el Consejo Consultor y Asesor. Por algún tiempo continuó frecuentando el laboratorio, dirigido a partir de su retiro por su discípulo más destacado, Juan A. Purriel. Falleció en 1987.

Tal como lo narra Juan J. Ravera, Medoc fue el primer patólogo que asistió a la Clínica Semiológica de P. Purriel, desde los tiempos del Hospital Maciel (1947-1953).

ALBERTO CARLOS MORELLI MACKINNON

(1906 – 1988)

Alberto Carlos Morelli Mackinnon fue compañero de estudios de Pablo Purriel, y fue por él que llegó tempranamente a visitar el hogar de Juan B. Morelli, quien le aconsejó en algunos aspectos que tenían relación con su vocación, como lo revelaría el propio Purriel en el discurso de homenaje a su Maestro.

Alberto C. Morelli fue durante muchos años colaborador asiduo de la Clínica Semiológica, dictando periódicamente clases magistrales sobre temas vinculados al metabolismo de los lípidos, con especial énfasis en el ácido épsilon-amino-caproico, que intervenía en la fibrinólisis.

Fue el fundador en Uruguay de la especialidad de Geriatria y Gerontología. En noviembre de 2000 apareció en la revista



Dr. Alberto Carlos Morelli Mackinnon (Foto SMU, Noticias 107)

Noticias del SMU, la información de un homenaje que se le había tributado, organizado por su discípula la Dra. Delia Giudice.¹⁷³ Allí se leen algunas expresiones tales como:

“El acto médico debe estar rodeado de dignidad, caridad, igualdad, piedad cristiana, abnegación y renuncia pero, sobre todo, por honestidad. Este pensamiento, con sus directivas tan precisas, cabe perfectamente en la personalidad profesional del doctor Morelli, quien no ejerció solamente como científico sino también como ser humano, volcando solidaridad, comprensión y respeto en cada uno de sus pacientes”, dijo la doctora Hilda Martínez Camusso, de la Sociedad de Geriatria y Gerontología del Uruguay. Y agregó: *“Los que tuvimos el privilegio de ser sus alumnos, gracias a su dinamismo, pudimos captar todos los progresos de la materia que nos ocupaba a través de su ejemplo y de su palabra. Ejercía su maestría sin alharacas, con modestia; su trato con los pacientes era mesurado, amigable, cordial. Con su vida y con su obra se ha conquistado el respeto de todos nosotros. Esta semblanza es un recuerdo perenne de todo lo que significó para nosotros.”*

173 MACHADO, Melisa: Un hombre de vanguardia. Homenaje al gerontólogo Alberto C. Morelli. Revista Noticias del SMU, No. 107, noviembre 2000, p. 34. En: smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias107/art12.pdf (Consultada el 4.10.2019).

La Asistente Social María Esteban, quien lo conoció en 1975, cuando se creó la primera clínica geriátrica en el ámbito médico uruguayo, señaló: *“En un contexto donde la norma era la hegemonía del poder médico, el doctor Morelli fue el primero en considerar a la ancianidad como una unidad bio-psico-social. Él planteó el problema desde un punto de vista multidisciplinario, nos hizo entender que había aspectos médicos, aspectos psicológicos y aspectos sociales interdependientes. Este concepto no solamente lo implantó en Uruguay sino que la escuela que él fundó fue un ejemplo también para Argentina. Era un hombre con gran carisma y energía, siempre nos decía que “había que poner cara de jugador de póker”.*



Alberto Carlos Morelli Mackinnon.
(Foto de Mañé Garzón y Pou-Ferrari, p. 183)

A mí me costó bastante entender lo que nos quería decir, recién después fui entendiendo lo que significaba realmente su gran empuje y su estrategia. También nos decía que no importaba perder una batalla sino ganar la guerra. Él lo consiguió: fundó la Escuela de Geriátrica y de Gerontología del Uruguay y fue el creador de una especialidad que no existía como tal en nuestro país, a pesar de que sí existía en otros lugares del mundo”.

Alberto C. Morelli Mackinnon se graduó como médico en 1931 con una alta escolaridad. Se casó y formó una gran familia. A lo largo de su carrera se desempeñó como radiólogo y como cardiólogo. Fue también médico del Ministerio de Salud Pública pero, sobre todo, fue el fundador de la Geriátrica y de la Gerontología como especialidad médica. Fue un hombre sumamente inquieto que, en sus momentos de ocio, se dedicó a plantar caña de azúcar. La importó desde Argentina y estudió su adaptabilidad al clima de Uruguay. Lo hacía los domingos, único día que contaba para trabajar en temas que no fueran estricta-

mente los de su profesión. Sus trabajos dieron origen a las plantaciones de caña de azúcar que prosperaron en Bella Unión. Pero su mayor interés estuvo en la investigación del envejecimiento. Comenzó estudiando la arteriosclerosis y la trombosis y culminó especializándose en Geriatria. Viajó por diferentes países del mundo, conoció otras realidades y diversos métodos que luego adaptó a la realidad de Uruguay. Sus investigaciones lo llevaron a realizar numerosas publicaciones científicas que fueron muy exitosas tanto en el país como en el extranjero. Su trabajo se destacó especialmente en Nueva York y en Viena, donde se realizaron simposios sobre la ancianidad, en la década del 70.

La Dra. Delia Giúdice, una de las primeras profesionales en asistir a sus cursos, expresó: *Con el arma más poderosa que todos tenemos, la palabra, peleó por lo que entendía era un nuevo modo de entender el envejecimiento. Estuvo en todos los sitios que pudo explicando la importancia de su trabajo, hasta que la Facultad de Medicina entendió y se creó la especialidad”.*

Entre 1979 y 1985, año en que se retiró por problemas de salud, enseñó la nueva especialidad en el Hospital de Clínicas. Al terminar el primer curso, le propuso a los egresados fundar la Asociación de Médicos Geriatras y Gerontólogos del Uruguay, que inmediatamente se organizó. Desde 1979, esa asociación funciona con personería jurídica.

Agregó Giudice: *La ancianidad en Uruguay se transforma en un problema muy grande si no se acompaña de adecuadas condiciones socioeconómicas y culturales. Nos preocupa tanto el tema que después que falleció el doctor Morelli, conjuntamente con el doctor Antonio Ferrara y con la abogada María Inés Varela, realizamos un anteproyecto del Código del Anciano. En él reflejamos todo lo que el Dr. Morelli recogió en sus investigaciones en Norteamérica y Europa. El año pasado presentamos un informe sobre ese código en un simposio dedicado al tema que se realizó en el SMU y tenemos la esperanza que, en breve, el Parlamento se interese por él.*

OLGA MURAS

(1918 – 2008)

El lunes 4 de agosto de 2008 falleció en Montevideo la Dra. Olga María Muras Portas, que había nacido en esta ciudad el 16 de abril de 1918, egresando de la Facultad de Medicina en octubre de 1948. Luego de cumplir funciones como Practicante Interno entre 1944 y 1947, in-

gresó como Médica Tisióloga del Instituto de Enfermedades del Tórax, en 1949, iniciando así una larga carrera dedicada a las enfermedades respiratorias a lo largo de toda su vida profesional. Hija de gallegos venidos a Montevideo a principios del siglo XX, la sobrevive una hermana destacada arquitecta.



Se vinculó a la Clínica Semiología desde 1949, junto al Profesor Pablo Purriel, primero como Adjunta de Clínica, luego como Asistente, Jefe de Sala y Profesor Adjunto. Casi treinta años dedicó a la enseñanza para los estudiantes que hacían su primer contacto con el enfermo, actividad en la que brilló por su dedicación, claridad de conceptos y fundamentos éticos transmitidos con naturalidad.

En el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas actuó como Asistente de Medicina y como Jefe de Sala.

Una producción científica de más de 58 publicaciones en revistas nacionales y extranjeras y su colaboración en un libro fundamental, la Semiología del Aparato Respiratorio, elaborado por el equipo de la Clínica Semiología, bajo la dirección de Purriel, con la colaboración de Dante Tomalino y su presencia en todas las instancias de la edición, además de su protagonismo como co-autora. Participó en múltiples congresos, jornadas y mesas redondas sobre temas de las enfermedades del tórax y tuvo destacada y amplia participación en las sociedades científicas de nuestro país, fundamentalmente la Sociedad de Tisiología y Enfermedades del Tórax desde 1956, integrante de la redacción de la Revista *"El Tórax"*, y miembro correspondiente de las Sociedades Francesa y Argentina de la especialidad, a la vez que miembro fundadora de la Sociedad Americana de Quimioterapia de la Tuberculosis. De esa revista fue el "alma mater" durante décadas, secundando al Profesor Purriel en su abundante producción, tanto en la Clínica Semiología, como en el Instituto de Enfermedades del Tórax, de la Colonia

Sanatorial “Gustavo Saint Bois”. Actuó como miembro de Tribunales para la selección de Médicos Tisiólogos de la Colonia Saint Bois, del Centro Departamental de Salto y de su similar de San José. Ella misma, requerida por la Facultad de Medicina, destacó entre sus múltiples trabajos cinco fundamentales: 1) Semiología del Aparato Respiratorio; 2) Manifestaciones pulmonares del Lupus Eritematoso Sistémico (Premio Vestido); 3) Aneurismas arteriovenosos del pulmón; 4) Quiste hidático de ventrículo izquierdo. Quiste hidático de aurícula derecha. Equinococosis pericárdica secundaria; 5) Tratamiento de la meningitis tuberculosa en el adulto. Y también su Tesis de Adscripción sobre Cavidades tuberculosas curadas por Isoniacida, con conservación de su luz (“vasectomía química”) a través de siete años de observación.

Integró como Miembro la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, y participó en cursos de extensión universitaria de la Clínica Semiológica en varias ciudades del Interior del país. En 1959 tuvo participación en el Premio “Julio C. Lestido”, en el trabajo de la Clínica Semiológica sobre “*Lupus Eritematoso Sistémico*”, del que redactó el capítulo de “*Manifestaciones Pulmonares*”.

En su formación, además de la Clínica Semiológica del Prof. Purriel, que fue el eje central de su actividad docente, cabe reconocer el papel de diversos viajes de especialización cumplidos en misión oficial del Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Medicina, en las Clínicas de Jiménez Díaz (Madrid), Pedro Pons (Barcelona), Debré y de Vallery Radot (París), Wollgren, del Hospital Karolinska (Estocolmo) y Omodei Zorini, del Instituto Forlanini (Roma). Del mismo modo es digno destacar los cursos que dictó en Buenos Aires y Rosario (Argentina) dedicados a graduados, así como la Beca de la OPS para estudio de organización del control de la tuberculosis en las ciudades de Buenos Aires, Santa Fe, Maracaibo, Caracas y Bogotá, en el año 1973.

Seguramente todos quienes fueron sus alumnos le recuerdan por la calidad de su docencia clínica, unidas a su sencillez y sentido ético de la profesión, presidido por su gran modestia personal.

Fue Socia del SMU desde 1950, recibiendo en 1990 el título de Socia Honoraria. Pocos años más tarde, cuando le otorgaron la Distinción Sindical, no se presentó a recibirla, porque su inmensa, grandiosa modestia, se lo impidió. Debimos llevarle la condecoración a su casa, de la calle Mar Mediterráneo, en Punta Gorda, varios años más tarde,

tras insistentes pedidos de que fuera a recogerla. Cuando en la Facultad de Medicina le designaron Profesora Emérita, dijo de ella el Prof. Raúl C. Praderi: *“Lo característico de la personalidad de la Dra. Muras es su extraordinaria modestia. Y si alguien cumplió con el apostolado –aunque es un término muy generalizado pero, mal aplicado– de la Medicina, fue Muras, en la cual el interés personal y pecuniario siempre estuvo relegado a un último plano. Cumplió la trilogía del docente en su máxima profundidad: enseñanza, investigación y asistencia. Fue una personalidad que, por su modo natural, enseñaba otras cosas además de la medicina. Todas las funciones las cumplió con una fineza, un carisma y un respeto humano al enfermo y al educando. Es lo que más dominaba en su personalidad”*.

Al conocer la noticia de su fallecimiento, un destacado médico, que fue su alumno y también su paciente, expresó con sentidas palabras: *“Ante la irreparable pérdida de una de las grandes figuras de la Medicina del Uruguay, te comento que yo no sólo fui su alumno en Semiología, sino que también fui su paciente cuando contraí tuberculosis pulmonar a los 21 años de edad. Recurrí a ella por ser simplemente un estudiante de CICLIPA de la Quirúrgica del Clínicas. Me atendió con su gran sapiencia técnica, pero con una calidez humana incomparable. Vino a mi casa a verme varias veces y en todas ellas hablaba con mis padres y les daba confianza en la curación de mi enfermedad. Ello que puede parecer trivial, para mi padre fue de una enorme importancia, ya que había visto morir a dos hermanos en su juventud, en Rivera, previo a la era de los antibióticos. Su generosidad sin límites no permitió de ninguna forma que aceptara cobrar honorarios médicos a un estudiante de medicina y futuro colega. La humildad bien entendida que adornó su personalidad era otra característica primordial y que la hacía diferente ya en esa época. Esta infrecuente mezcla de médica con gran capacidad técnica, excelente docente, asociada a dotes humanas y generosas le valieron que muchas madres bautizaran a sus hijas en el Saint Bois con el nombre de Olga, como agradecimiento a sus cuidados. Yo siempre la recordaré con esa imagen de humildad, ternura y bondad infinita”*.

Otro colega, distinguido cirujano, manifestó: *“No voy a decirte qué clase de persona era Olga Muras. Ni lo que era la revista “El Tórax”. Otro Uruguay del que sólo conocí los estertores finales. Te agradezco en nombre de los ex practicantes internos del Instituto de Enfermedades del Tórax, que quedamos vivos y que no somos tantos.”*

Por consagrarse a la Medicina, a la Investigación y la Docencia, renunció a la vida personal y familiar. Vivió acompañada de sus hermanas, falleciendo luego de una larga y rica vida médica, entregada con generosidad a todos, a los 90 años.

EDUARDO NAVARRETE SALGADO **(1926 – 2017)**

Eduardo Luciano Navarrete Salgado nació en Florida el 1º de enero de 1926, graduándose el 29 de setiembre de 1953 y falleciendo el 27 de junio de 2017.

Fue Jefe de Clínica y Asistente en la Clínica Semiológica, desde 1955. En ese carácter fue instructor de semiología de numerosos grupos de estudiantes. Actuó como médico de Emergencia y Jefe de Sala del Servicio de Emergencia el Hospital de Clínicas. Alcanzó el grado de Profesor Agregado de Clínica Médica en 1968, actuando hasta 1976 en la Clínica Médica del Prof. Atilio Morquio, en el Hospital Pasteur. Fue Médico del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay y del Círculo Católico de Obreros de Montevideo.



Fue Asistente Académico del Decano Prof. Dr. Pablo V. Carlevaro.

Presidente del Sindicato Médico del Uruguay en 1967, integró diversas Comisiones y fue miembro del Comité Ejecutivo nuevamente en 1999-2000 y Presidente del Consejo Arbitral en igual período.

DR. JUAN CARLOS PECANTET **(1917 – 2008)**

El Dr. Juan Carlos Pecantet Pfaffly nació el 18 de diciembre de 1917. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1938. Graduado el 1º de diciembre de 1947. Falleció el 24 de setiembre de 2008.

Entre 1943 y 1947 actuó como Practicante interno. En 1947 se gradúa con exoneración de derechos del título por alta escolaridad.

En la Clínica Semiológica del Prof. Pablo Purriel actuó como Jefe de Clínica entre 1947 y 1950, trabajando al mismo tiempo en el Instituto de Enfermedades del Tórax del Hospital Saint Bois.

Entre 1950 y 1953 ocupa el cargo de médico radiólogo en la Clínica Electro-Radiológica del Dr. Federico García Capurro.

En 1953, junto al Dr. Dardo Vega funda la Clínica Médica y Radiológica, que se transforma en 1967 en la Clínica de Radiodiagnóstico de los Dres. Juan Carlos Pecantet y Ernesto Silva.

En 1956 Ingresa por concurso de méritos y oposición como médico radiólogo del Ministerio de Salud Pública, donde ocupa varios cargos, siendo el último el de jefe del Servicio de Radiología del Hospital Maciel. Al cumplir ochenta años de edad y cincuenta de ejercicio de la Medicina, se retira en 1997 de la actividad.



JUAN JORGE RAVERA **(1920 – 2015)**

Falleció en Montevideo el viernes 26 de junio de 2015, a los 94 años, el Prof. Em. Juan Jorge Ravera Cametti. Nacido en esta ciudad, el 28 de noviembre de 1920, graduándose como médico cirujano en julio de 1949.

De ascendencia italiana por ambas ramas, su bisabuelo vino del Piamonte como inmigrante en 1862, y se afincaron en el pueblo de “Los Pocitos”. Por entonces había un arroyo y los Pocitos era donde hacían uso de los pozos que manaban agua limpia



para lavar allí la ropa. Eran lavaderos, llevando las entregas al centro en carros de cuatro ruedas. Su abuelo casó con una hija de italianos que tenían quinta en 26 de Marzo y Larrañaga (hoy Avda. Dr. Luis A. de Herrera), y formaron una familia numerosa con hijos nacidos entre Buenos Aires y Montevideo. Su madre era maestra y su padre un modesto industrial fabricante de dulces. Ravera se inscribió en el segundo ciclo de Secundaria para hacer Abogacía, pero como su padre soñaba con que fuera médico, y él le guardaba mucho cariño, no tuvo problema en cambiar a Medicina. Había nacido en Pagola y Chucarro, en la zona pobre de Pocitos.

Fue un discípulo de Juan César Mussio Fournier, primer profesor de Endocrinología, y segundo Ministro de Salud Pública, que lo trató siempre con el afecto que se prodigaba a los hijos, de quien fue Practicante Interno en el Hospital Pasteur por dos rotaciones, y luego de graduado concursó como Jefe de Clínica ejerciendo su cargo en el Servicio del Prof. Pablo Purriel, que fue su otro maestro, al que estuvo unido muchos años y donde ejerció la mayor parte de su actividad docente. Fue de los primeros médicos que migraron al flamante Hospital de Clínicas, cuando se inauguró el 21 de setiembre de 1953 y quien llevó al primer paciente que allí se asistió: Radamés Piendibene, sobrino del famoso futbolista. Así narraba el hecho Ravera:

El reparto, como digo, lo hacía Rada, Radamés Piendibene, hijo de Carlos Piendibene el pintor, y por lo tanto sobrino de Domingo y de José "el maestro". Radamés, a quien también llamábamos "Radicha" era lo más parecido a un santo que pude haber conocido, mayor que nosotros, tenía una gran paciencia con toda la chiquilinada, y los domingos barría y preparaba bien el carro, cepillaba al caballo luego de bañarlo, que quedaba más cuidado que una persona y nos llevaba por el repecho de Pereyra hasta la Estación Pocitos, donde estaba el Latino. No puedo dejar de tributarle mi homenaje a Rada, un muchacho de poca salud, portador de una cardiopatía congénita, a quien atendí durante tantos años, y con quien se inauguró el Hospital de Clínicas en 1953. Yo que fui uno de los seis primeros médicos del servicio del Profesor Purriel que empezamos a atender y hacer guardias en el enorme hospital, llevé a mi viejo amigo para que allí recibiera los mejores cuidados. Si alguien investiga en el Archivo General de nuestro hospital encontrará que el Registro No. 000001 le corresponde a Radamés Piendibene. Noble y agradecido el viejo amigo me obsequió una linda volantita para pasear a mi primogénito el Dr. Jorge Ravera (jr.)

Fue el médico de la barriada, que tanto lo quería, donde había nacido y crecido y era el conocido de todos. Escribió por ello, en su retiro, un libro *Pocitos, de Pereyra p' abajo*, que describe lo que era la parte más modesta de este conocido barrio, en los años 30.

Inicialmente pensó dedicarse a la Cirugía, particularmente cuando estuvo como Interno en San José, trabajando junto al Dr. Germán Mernies. Pero luego se inclinó a la Medicina Interna y más tarde a la Endocrinología, desempeñando en ambas funciones docentes, que culminaron como Profesor Agregado, luego de recorrer el largo camino de la Adscripción, que era la forma de acceder a la carrera del profesorado, en un largo camino de muchos años de estudio de diversas disciplinas y presentación de distintas tesis.

Cuando se dedicó por entero a la especialidad de Endocrinología, mudó su consultorio al centro y allí varió su clientela, que era muy abundante. Fue el primer Andrólogo, dedicándose al estudio de la genitalidad en cuanto a reproducción y la función sexual, que es una actividad multidisciplinaria de la que participan también el urólogo y el psicólogo. Fue el Prof. Ciro Jaumandreu Valva quien le comenzó a enviar a los varones de las parejas que le consultaban por esterilidad y así fue el primero en concurrir a los congresos de Andrología, el Panamericano de Caracas y el Mundial de Tel Aviv en el año 1981, luego otro en Egipto y muchos en Sudamérica.

Su enseñanza era excepcional, por su carácter práctico y su solidez clínica. Insistía en el primer contacto con el paciente, cómo recibirlo y darle la mano, porque aseguraba que a veces con ese solo gesto, además de la cortesía elemental y de tener un contacto directo, podía hacerse diagnóstico en los hipertiroideos, por ejemplo.

Se presentaba a sus clases semanales de anfiteatro con el chaleco del traje bajo una impecable túnica abierta. Controlaba el tiempo de su exposición con un hermoso reloj de bolsillo que guardaba en su chaleco. Impecable en sus exposiciones y en la claridad de su lógica clínica para deducir diagnósticos y trazar planes terapéuticos. La visita a las salas era un momento para disfrutar su enseñanza con su riqueza semiológica a propósito de los más variados pacientes. Era sobrio y modesto, pero de una educación esmerada y una cordialidad que acortaba distancias, lo que enriquecía la relación con sus colegas y alumnos. Era apreciado por todos, especialmente por el Maestro Pablo Purriel, que lo distin-

guía con su amistad, y por quien siempre guardó un profundo afecto. A la muerte de éste publicó una magnífica semblanza que se encuentra en Internet, con recuerdos que patentizan ese afecto del discípulo que admira al Maestro, a quien tanto debía en su formación, por cuya Clínica Semiológica pasaron tantos cientos de futuros médicos.

Ganó un concurso de trabajos sobre Uruguayos Notables, con una biografía de Juan César Mussio Fournier, su admirado Maestro de Endocrinología. Esto fue lo publicado en la Revista *Noticias* No. 86. Reproducimos la entrevista:

Un trabajo del profesor Juan Jorge Ravera obtuvo el primer premio en el concurso de biografías y ensayos «Uruguayos notables» convocado por la Fundación Banco de Boston. Ravera recibió esta distinción por su ensayo: «Juan César Mussio Fournier, fundador de la endocrinología uruguaya»

El segundo premio fue para Ana Inés Larre Borges, por «Paco Espínola, el último escritor nacional»; el tercero correspondió a Franklin Morales, por «Obdulio Varela, negro, además jefe». El jurado estuvo integrado por el doctor Luciano Alvarez, y los historiadores Gerardo Caetano y José Rilla. En charla con *Noticias*, el profesor Ravera transmite sus emociones al recordar la figura de Mussio y comparte la alegría de esta distinción.

¿Cómo surgió, Dr. Ravera, la idea de presentar un trabajo sobre Mussio Fournier en un concurso tan exigente como el de la Fundación Banco de Boston?

Debo reconocer que comencé un poco tarde mi trayectoria como escritor. Recién después del retiro profesional me decidí a encarar el género literario... fue con el libro *Pocitos de Pereyra pa'bajo*. Las lindas repercusiones de ese trabajo me animaron, me entusiasmaron y me dieron ganas de seguir escribiendo. ¿Entre nosotros? (*Sonríe con picardía.*) Me he dado cuenta un poco tarde de que mi vocación no era la medicina, sino la literatura.

Respecto del trabajo concreto sobre Mussio Fournier, debo decir que fue un homenaje al gran amigo y profesor que significó para mí. Quienes me conocen saben que tengo muchas horas habladas sobre Mussio, tanto en ruedas de boliche como en reuniones docentes o profesionales de todos los niveles. Inclusive escribí varios artículos so-

bre su vida y hasta di algunas charlas para la Sociedad de Historia de la Medicina.

¿Cómo era el Dr. Mussio Fournier?

Era un verdadero desenfadado, un bohemio con gran sentido del humor. Un hombre que idealizaba el compañerismo. Hablé mucho con Mussio. Lo conocí cuando era Ministro, en 1943.

Desde un primer momento sentí una gran atracción hacia su trabajo. Desde un principio quise entrar en su servicio, que además funcionaba como clínica médica libre. Cuando llegué, en 1947, me pareció una especie de sueño cumplido. Primero fui practicante interno del Pasteur, trabajé dos semestres en la Sala 5. Luego fui colaborador honorario, jefe de Clínica y, finalmente, profesor adjunto de Endocrinología. Trabajamos juntos hasta 1961.

Tenía el don de dirigir a sus discípulos sin chocar con ellos, sin violencia, empleando su arma favorita, la insistencia suave y repentina.

Desde el punto de vista técnico era un verdadero maestro del diagnóstico, pero de una forma muy original. No lo recuerdo palpando pacientes o auscultando. Era un sedentario. Su interrogatorio era un arte admirable y, desde siempre, la base de su tarea clínica. Solía decir que había heredado los dones de curandero de su abuelo. Así justificaba el carácter empírico de su enseñanza y ejercicio profesional. Jamás se ponía túnica para trabajar, jamás tocaba a sus pacientes. Inclusive su chapa profesional decía muy graciosamente: «Juan César Mussio Fournier, especialista en diagnósticos».

¿Qué recuerda de su primer encuentro?

Le hablaba de mi admiración por el maestro. Lo que yo no sabía es que él también quería ser mi amigo. Y como buen psicólogo que era se las ingenió para acercase de la mejor manera. El primer día que ingresé como jefe de la Clínica, sin siquiera saludarme, me sometió a su primer interrogatorio. «¿Así que vos vivís en General Artigas?», me preguntó. No sabía qué contestarle. Finalmente le confesé temeroso: «No doctor, yo vivo en la calle 26 de Marzo, en Pocitos». Rápido como una luz, el maestro me retrucó sonriente: «Sí. Pero esa calle antes se llamaba General Artigas». Yo no lo sabía, por eso en seguida agregó: «Sí... esto... esto, cuando le cambiaron el nombre, sustituyeron el Artigas por la fecha que se enarboló por primera vez su bandera. Tengo casi la

certeza de que en esa misma casa donde vos vivís ahora, pasé yo parte de mi convalecencia por una enfermedad juvenil» [una tuberculosis pulmonar], fue su aclaración.

Pero no conforme con tanta sorpresa, en seguida me espetó su segunda interrogante: «¿Cómo está Martín el pajarero?» Ahí mi asombro ya superaba todo. Porque yo había conocido a ese personaje, que vivía enfrente de la casa de mi familia. Se llamaba Martín Márquez. Todas las mañanas, con el mate, la calderita y las redes se iba caminando lentamente para el arroyo de los Pocitos. Del otro lado, en los campos del Hormiguero tendía sus redes. Llevaba también muchas jaulitas colgando de su espalda en las cuales seleccionaba algunos cantores. Pero la mayor parte de la caza era para venderla como alimento, para la famosa polenta con pajaritos, plato clásico de los italianos del barrio, al igual que el guiso de caracoles del arroyo.

Así siguieron los recuerdos de ambos haciendo crecer mi cariño y admiración por ese hombre excepcional. Finalmente, confirmamos que su casa familiar quedaba al lado de la mía. Claro está que vivió allí 35 años antes que yo.

¿La admiración del joven médico por ese maestro tan original influyó en su opción por la endocrinología?

Sin dudas. Ese contacto me permitió conocer un mundo increíble, de publicaciones internacionales, de relacionamiento con los principales sabios del mundo y, en definitiva, de una disciplina que recién comenzaba a desarrollarse. Todo lo que sé se lo debo a Mussio.

Muchos lo recuerdan como un personaje algo excéntrico, inclusive a la hora de enseñar...

¡Más que excéntrico! Recuerdo que siempre me llamaba a eso de las once de la noche. «¿Qué estás haciendo?», me preguntaba. Como de costumbre yo estaba estudiando. «¡Ah desgraciado! Veníte así leemos juntos», era su cotidiana invitación.

Poco antes de la medianoche yo me iba para su casa, ubicada en un edificio de 18 de Julio al lado del cine Trocadero. Nos quedábamos hasta las dos, dos y media de la mañana. A esa hora el estudio se cortaba abruptamente: «Bueno, ahora andáte que están por llegar los brujos». Yo no preguntaba nada, siempre me iba callado.

¿Quiénes eran los brujos?

Aunque parezca increíble, un científico de su nivel intelectual era fanático del espiritismo. Quizá el dato parezca contradictorio, pero yo siempre digo que no es así. Su afición por lo sobrenatural estaba íntimamente ligada con su indeclinable curiosidad. Le encantaba lo sobrenatural, lo metafísico, lo parasicológico, el magnetismo.

Esa pasión por lo ignoto convocaba en su casa a quienes llamaba cariñosamente brujos. Era una cita de amigos, pero vean qué personajes de la época: Pedro Hormaeche, Velarde Pérez Fontana, José Luis Zorrilla de San Martín, Ovidio Fernández Ríos y hasta un famoso augur del momento conocido como Bernasconi. Asesor, llamémosle así, del presidente Gabriel Terra. Cuando debían hacer referencia a textos en lenguas muertas o muy complicadas requerían la presencia de mi antiguo profesor de alemán, Pedro Heller.

Se decía que era un afrancesado que vivía en su mundo, muy europeo...

Era una de las injustas críticas de sus detractores. Hay que situarse también en la época. Mussio nació en el Montevideo de 1890, en una familia profundamente intelectualizada. ¿Podía acaso salvarse de una cierta influencia francesa? La influencia francesa le llegaba de su madre, doña Pepita Fournier Reissig, prima de Julio Herrera y Reissig.

Doña Pepita quedó viuda a los 23 años y crió sola a sus hijos, Juan César y Rafael. Fue una gran maestra, descendiente directa de César Fournier, corsario de Artigas muerto en una tempestad del Mar de Antillas ocurrida en 1827, protagonista de gloriosas batallas navales entre Argentina y Brasil.

Por el lado paterno surge su fuerte personalidad italiana y marcada inclinación por la medicina. Su padre, Juan M. Mussio, había estudiado medicina, carrera que abandonó para realizar abogacía. Murió a las 28 años con el deseo inextinguido de ser médico.

Su abuelo, también llamado Juan Mussio, era un inmigrante genovés del siglo pasado, que llegó al país para trabajar como peluquero. De acuerdo con la costumbre de la época intervenía cotidianamente como colaborador del médico realizando sangrías. En los registros oficiales de Higiene Pública (lo que hoy sería el MSP) aparece su nombre revalidando el título de flebotomo en 1856. Inclusive, bajo la orientación del Dr. Fermín Ferreira realizó estudios de medicina, aunque no terminó.

Imaginamos a Mussio-Fournier como uno de esos grandes médicos de fines del siglo pasado y principios del actual: Ricaldoni, Soca, Morquío, Quintela, García Otero...

Su sabiduría solamente es comparable con la de esos otros notables colegas de la historia de la medicina uruguaya.

En 1917 obtuvo su título de médico-cirujano e inmediatamente fue designado para actuar en el Pasteur (antiguo Asilo de Mendigos), dedicado entonces a indigentes y crónicos. En 1920 pasó a ser jefe de la Clínica del profesor Américo Ricaldoni.

Ese mismo año emprendió un largo viaje de estudios de seis años que lo llevó a las principales clínicas de Europa, en principio para dedicarse a la pediatría. Junto con su permanente avidez de saber llevaba una carta de presentación del profesor Luis Morquío, dirigida a su amigo Víctor Hutinel, director del por entonces célebre Hospital des Enfants Malades de París. Hutinel era uno de los grandes pediatras de la época. Juntos descubrieron un caso de hemiplejía mixedematosa que cincuenta años después bautizamos en uno de nuestros trabajos: Síndrome Hutinel-Mussio Fournier.

¿Cómo explica que un joven médico uruguayo, en cierta forma un aventurero, se relacionara con personajes de primera línea mundial?

Muy sencillo. En la posguerra (1914-1918) Europa estaba en ruinas. La pobreza y el hambre arrasaban con todas las capas sociales. Los intelectuales sufrían penurias y no tenían más remedio que vender sus conocimientos a sudamericanos que se habían beneficiado indirectamente con aquella miseria. Mussio Fournier tomaba clases privadas en Alemania.

Pudo haber sido un gran neurólogo, pero circunstancias favorables lo inclinaron por una disciplina por entonces naciente, la endocrinología.

De ahí lo de fundador...

La figura de Mussio-Fournier solamente puede aceptar como antecesores a quienes estuvieron en la prehistoria de la disciplina: Gley, Levi, Hertzog, Zondek, Julius Bauer y Nicola Pende. De todos ellos recibió enseñanza directa y con ellos trabajó en favor de su desarrollo.

Hablemos del trabajo. ¿Cómo lo planificó? ¿Cómo lo concretó?

Lo concebí reconociendo mis limitaciones como biógrafo e historiador. En ese terreno no podría competir con especialistas como los

que también fueron premiados. Es sabido que los ensayos biográficos tienen sus códigos, sus directivas. No conozco el método. Por ese motivo ingresé al tema haciendo anécdotas, contando hechos que me unieron al gran maestro. Recién al final, hay una especie de biografía tradicional, con algunos datos concretos. Pero la considero una semblanza incompleta y técnicamente pobre.

¿No arriesgó demasiado al presentar un personaje muy poco conocido? La imagen del Dr. Mussio-Fournier compitió con otras muy atractivas como las de Obdulio Varela o Paco Espínola.

Finalmente, creo que la desventaja terminó siendo un beneficio. Mucho se ha escrito sobre Obdulio o Paco, y se lo merecen. Pero también se lo merece una personalidad como la de Mussio-Fournier. Fíjense que fue ministro, catedrático, investigador, descubridor, pionero y médico vocacional al servicio de la gente. Un hombre de su época.

El ministro distraído

En determinado momento, el maestro metido a político se detiene plácidamente a leer los pizarrones manuscritos con tiza que de tanto en tanto bajaban desde el interior de la redacción de *El Diario*, situada entonces en la acera norte de la concurrida arteria [la calle Sarandí, hoy peatonal] ajetreada por los peatones, los autos y el paso con campanillear de los tranvías.

–Ja, ja, fijáte vos. (*Le dice Mussio a uno de los amigos que lo rodeaban.*)

–¡Fijáte vos, se les escaparon los presos de Punta Carretas!

–No te rías Juan César –le dicen por lo bajo– que las cárceles dependen de tu Ministerio.

–No, lo mío son las escuelas.

–No, Juan César... Yo no viví este episodio, pero *vox populi vox dei*. (Pasaje de *Juan César Mussio Fournier, fundador de la endocrinología uruguayo*.)

«ORIGINAL, VIBRANTE Y FRESCO»

El Dr. Luciano Alvarez, uno de los tres integrantes del jurado, sostuvo que el premio otorgado a Ravera se fundamentó en tres aspectos básicos: «El primero fue que estaba muy bien escrito y con un tono sugestivamente creativo. El segundo fue el hecho de que puso de re-

levancia a un personaje interesante, desconocido para la mayoría de nosotros. El tercero fue el excelente nivel de investigación».

Alvarez explicó que «entre los trabajos hubo algunos que estaban bien escritos pero muy flojos en la parte de investigación, también se dio al revés, o por ejemplo que el propio personaje no era todo lo sólido que se exigía. En el caso del Dr. Mussio-Fournier, descubrimos a un ser humano excepcional que hizo mucho por la medicina, pero que también tuvo su costado muy humano».

El formato de redacción fue definido por el tribunal como «original y vibrante».

Publicó junto a la Dra. Irma Crotti de De Boni, un libro sobre Semiología del Sistema Endócrino, que hizo época y tuvo múltiples ediciones.

La Facultad de Medicina lo designó Profesor Emérito en 1984. La Academia Nacional de Medicina lo incorporó como Académico Honorario desde setiembre de 2008.

JULIO C. RIPA **(1922 – 1977)**

Julio César Ripa Barbieri nació en Salto el 25 de agosto de 1922. Se graduó como Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de Montevideo el 27 de marzo de 1953. Falleció en Quito (Ecuador) el 6 de setiembre de 1977.¹⁷⁴

Luego su formación en el pre-grado, realizó el Internado en diversos servicios del MSP desde 1949 hasta 1953, rotando por Otorrinolaringología y Policlínica Médica y servicio de Cirugía del Hospital Fermín Ferreira, Ginecología y Pediatría en el Hospital Pereira Rossell, y en el Asilo Luis Piñeyro del Campo. Fue Médico del



¹⁷⁴ TURNES, Antonio L.: Julio C. Ripa (1922-1977) en: smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/ripa.pdf (Consultada el 1.10.2019).

Servicio de Asistencia Externa y del Instituto de Enfermedades Infecciosas, donde fue médico adjunto de Guardia y Sala. En 1950 recibió una misión de estudios con motivo de su viaje a Europa sobre internados en los Hospitales de Francia, Italia, Suiza e Inglaterra.

En el Hospital Pasteur fue Asistente del Servicio del Prof. Dr. Juan Carlos Plá Verde. En el Hospital de Clínicas fue Médico Jefe de Clínica Médica en el Servicio del Prof. Pablo Purriel entre 1956 y 1959 y médico de la Oficina Universitaria de la Salud por concurso de méritos y oposición entre 1958 y 1965, actuando bajo la dirección del Dr. José Alberto Praderi.

Paralelamente desempeñó tareas docentes en la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva, donde fue Ayudante de Clase entre 1952 y 1955 y Jefe de Trabajos Prácticos, ambos por concursos de méritos y oposición, entre 1959 y 1965.

Entre 1964 y 1965 realizó la Maestría en Administración de Servicios de Salud y Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, con una beca de la OPS.

A su retorno a Uruguay fue designado Director Asistente en lo médico asistencial del Hospital de Clínicas, actuando junto al Director Dr. Hugo Villar y al Director Asistente en lo Administrativo Dr. Aron Nowinski, hasta 1974.

Entre 1970 y 1971 fue Presidente del Sindicato Médico del Uruguay. Entre 1972 y 1973 trabajó junto a otros profesionales en colaboración con Pablo Purriel como asesor en el MSP, en la elaboración de su Anteproyecto de Seguro Nacional de Salud.

Han sido fundamentales sus aportes en la elaboración de estudios y propuestas doctrinarias sobre la organización de servicios de salud articulados con la seguridad social, lo que fue uno de los ejes fundamentales de sus aportes.

A partir de ese año fue contratado por la Organización Panamericana de la Salud para trabajar en Quito, Ecuador, en la planificación de una red de hospitales públicos, donde le sorprendió la muerte en 1977.

RUTH SÁNCHEZ CESTAU

(1921 – 1989)

María Ruth Sánchez-Cestau nació el 25 de julio de 1921. Graduada el 29 de diciembre de 1950, fue docente en la Clínica Semiológica, colaborando con Purriel en diversos trabajos. Dedicó especial atención a los temas vinculados a la nefrología, en un tiempo en que los nuevos conocimientos fisiológicos y fisiopatológicos hicieron cambios importantes en el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades renales. Fue por muchos años instructora de Semiología en la mencionada Clínica, formándose con



Ruth Sánchez Cestau c. 1963, en una Mesa Redonda sobre Falla Renal Aguda en el SMU

su guía numerosas generaciones de jóvenes estudiantes. Acompañó a Purriel, transitando por el Hospital Maciel y luego por el Hospital de Clínicas, así como acompañando a sus sucesores Bouton y Tomalino en la Cátedra hasta su retiro. Falleció el 13 de abril de 1989.

DANTE TOMALINO

(1916 – 2001)

Profesor Emérito Doctor Dante Tomalino ¹⁷⁵

Es estímulo de alta motivación afectiva el dedicar estas líneas a la figura del Profesor Emérito Doctor Dante Tomalino.

Académico de trayectoria ejemplar, ha sido y es pilar fundamental en la formación de numerosas generaciones de Médicos en el ámbito nacional.

¹⁷⁵ Tomado de *Salud Militar*, D.N.S.F.F.AA. – Vol.21 N° 1 – Julio 1999

En nombre de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas debemos resaltar el invaluable aporte que el Profesor Tomalino ha brindado a la Institución en la esfera asistencial y en el desarrollo del espíritu científico de nuestros técnicos.

Promotor de cursos y publicaciones, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas constituye una figura de referencia permanente, ejemplo de conducta ética y de dedicación vocacional, que enaltece a la profesión médica.



Nacido en 1916 se gradúa como Doctor en Medicina el 7 de julio de 1948.

En el año 1956 recibe el Título de especialista en Tisiología, siendo el primer Post-graduado de dicha especialidad.

En 1973 se gradúa como especialista en Medicina Interna.

Se destaca en su vasta actuación curricular, la autoría de 26 libros y más de 70 trabajos publicados.

En el año 1976 accede al cargo de Profesor Director de la Clínica Semiológica, en el mismo asume la responsabilidad de formación del Pre-graduado en Medicina, al inicio de su experiencia Clínica.

Fue el Director de la revista "El Tórax" Órgano Oficial de las Sociedades de Tisiología y Enfermedades del Tórax y de Cardiología a partir de 1975.

En 1981 es galardonado con el Gran Premio Nacional de Medicina por su trabajo sobre "Patología Respiratoria y Reflujo Gastroesofágico".

En 1982 ingresa al Hospital Central de las Fuerzas Armadas asumiendo el cargo de Jefe del Departamento de Medicina, siendo en la actualidad consultante del mismo. Responsable de los cursos de actualización médica continua, ha participado desde entonces en más de 300 conferencias y ateneos.

En 1983 es reconocido como Académico Titular integrando la Academia Nacional de Medicina en su carácter de Profesor Emérito.

Nuestra Institución a través de esta, su Publicación Científica, reconoce y agradece la generosa dedicación asistencial y docente brindada por el “Gran Maestro” Profesor Emérito Doctor Dante Tomalino, manifestando a su vez el orgullo que significa contar con tan eminente personalidad como integrante de la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Falleció el 22 de noviembre de 2001.

JORGE EDUARDO TORRES CALVETE **(1937 – 2018)**

Con Jorge Torres Calvete habíamos pactado realizar una entrevista larga, en enero de 2019, para recordar a Purriel y su Clínica, donde él hizo la mayor parte de su carrera docente. Esa intención la manifestamos ambos cuando nos saludamos por las fiestas tradicionales. Lamentablemente falleció en Montevideo el 21 de diciembre de 2018, a los 81 años. Había tomado con mucho cariño revivir esos recuerdos de la Clínica Semiológica y de su maestro, pero no alcanzamos a concretar el propósito. Jorge Torres dirigió la misma Clínica que Purriel, algún tiempo más que él, superando los veinte años de ejercicio a su frente.



Había nacido el 6 de marzo de 1937, se graduó de Doctor en Medicina en el año 1965.

Entre 1981 y 2002, se desempeñó como Profesor Director de la Clínica Médica y, entre 2002 y 2006 como Profesor Director de la Escuela de Graduados. Fue Consejero de la Facultad de Medicina y Presidente del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas.

En el Hospital de Clínicas tuvo a su cargo iniciar el espacio de Cuidados Intermedios, dedicando mucho tiempo a la organización de esa nueva unidad, hace más de 30 años.

Ocupó el cargo de Director de la Revista *Archivos de Medicina Interna del Uruguay* entre 1994 y 2007.

Fue Secretario de Redacción para América Latina de la Revista Española Clínica e Investigación en Aterosclerosis.

Obtuvo la Distinción Especial Rudolph Virchow a la Actividad Científica (Cuba), en el año 1998.

Fue distinguido como Profesor Invitado de Honor por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana en Cuba, en el año 2000.

En el 2001, la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay lo designó Maestro de la Medicina Nacional.

Fue Integrante de la Junta Directiva de la Sociedad Iberoamericana de Aterosclerosis.

Fue Presidente, Integrante y Miembro de Honor de Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales, y de Tribunales Internacionales.

En 2005, obtuvo la Distinción de la Asociación Médica Mundial como uno de los 68 médicos distinguidos del mundo en el primer listado de la organización.

Autor y coautor de 41 capítulos y libros, ha publicado su Tesis de Doctorado y dos Monografías Docentes, 81 relatos y conferencias nacionales e internacionales, y 137 trabajos en revistas, congresos y sociedades científicas.

El Sindicato Médico del Uruguay le confirió en 2007 la Distinción Sindical al mérito docente, científico y en el ejercicio profesional.

Fue Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, realizando importantes avances en la educación médica continua, vinculando a destacados profesionales del exterior para transmitir su experiencia.

Cuando inició sus actividades el Colegio Médico del Uruguay fue electo Presidente del primer Consejo Nacional, teniendo a su cargo la dirección de un duro proceso en el cual debió organizar de la nada una institución naciente, lo que hizo con señalado éxito con la cola-

boración de destacados colegas de todo el país. En ese período debió lograrse por mandato legal la redacción del Código de Ética Médica, que sometido a plebiscito entre todos los médicos del país logró una aprobación abrumadora.

En 2014 fue designado Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina. Continuó en una vida activa, en lo profesional y académico, realizando publicaciones y participando en reuniones sin darse descanso. Falleció súbitamente cuando se aprestaba a reunirse con un conjunto de colegas amigos de una de las instituciones del interior con las que había colaborado como internista consultante.

Jorge Torres fue un maestro de más de veinte generaciones de médicos, en la Clínica Médica “D” (luego Médica “C”), la Clínica Semiológica donde sucedió a Pablo Purriel, Jorge Bouton y Dante Tomalino.

En este mismo año 2018 fue convocado para presidir un Tribunal de Concurso para seleccionar a los Directores de Hospitales de ASSE, lo que por primera vez se hacía en este siglo, cumpliendo cabalmente con su difícil cometido, lo que fue señalado públicamente.

En la tarea asistencial se caracterizó por su calidad profesional y humana en el trato con sus pacientes, destacándose como internista consultante en numerosas instituciones de Montevideo e interior. Fue un consejero y maestro de muchos profesionales que encontraron en él al guía generoso en dedicar tiempo y ayuda para superar dificultades.

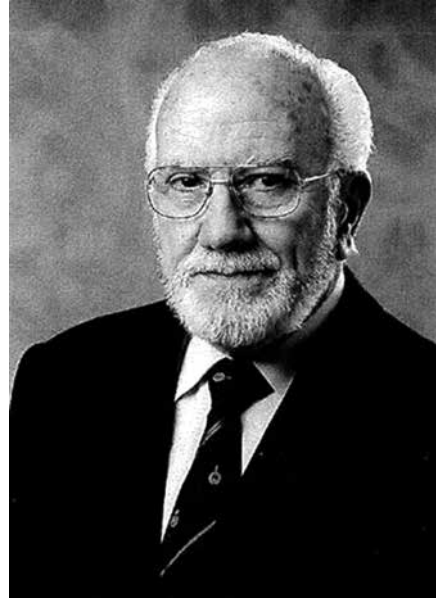
Deja un recuerdo imborrable por su tenacidad en emprender tareas ciclópeas, con ánimo alegre impulsando a sus colaboradores para cumplir las metas planeadas. Fue un gran organizador y un enorme respaldo ético con su entusiasmo vital de siempre.

EDUARDO YANNICELLI PRADERI **(1922 – 2007)**

Hijo de inmigrantes, nació en Montevideo y fue el más joven de tres hermanos socios del Sindicato Médico, que dieron lo mejor de su labor a la tarea sindical. Los hermanos fueron Silio, destacado laboratorista y hemoterapeuta fallecido hace muchos años, y Ricardo, que fue Profesor de Clínica Quirúrgica Infantil. Los tres, desde su juven-

tud, abrazaron con fervor, la tarea gremial en la AEM primero, y luego en el SMU.

Nació el 15 de julio de 1922. Desde que se graduó en enero de 1951 desarrolló su actividad hospitalaria en los Hospitales Maciel, de Clínicas e Italiano. En el Maciel concurrió al Servicio de Electrocardiografía del Prof. Roberto Velasco Lombardini y a la Clínica del Prof. Pablo Purriel, con quien seguiría casi 20 años en el Hospital de Clínicas como Adjunto, Asistente y Médico Colaborador honorario, publicando numerosos trabajos de investigación original. Con el Prof. Purriel obtuvieron el Premio Soca en 1958 y el Premio Lestido en 1961. En el Hospital de Clínicas también fue Médico de Guardia del Servicio de Emergencia y Encargado Honorario del Departamento de Cardiología en 1953 hasta su provisión titular que fuera ocupada por el Prof. Jorge Dighiero, en 1955. Continuó colaborando en la Sección Hemodinamia hasta la década el 70.



Integró honorariamente el equipo Médico-Quirúrgico del Hospital Italiano con el Prof. Roglia, realizando primero cirugía experimental y luego en las primeras intervenciones con circulación extracorpórea.

Fue en los Estados Unidos, Fellow en Cardiología en los años 1956 y 57, en el Hospital del Condado de Los Ángeles y la Clínica Mayo en la que publicó un método original de medición del “shunt” intracardíaco de izquierda a derecha, catalogado por el Prof. H. J. Swan, en 1959, como de “fácil aplicación y eficacia práctica”.

En el Banco de Seguros del Estado, integró durante 40 años a Sección de Medicina y Enfermedades Profesionales, publicando diversos trabajos de campo, con visitas a fábricas y exámenes a cientos y cientos de trabajadores; representó a esta institución en diversos eventos, integrando entre otros la Comisión de Industrias insalubres.

En 1972, durante el Ministerio del Prof. Pablo Purriel al frente de la Cartera de Salud Pública, integró el grupo de estudio y redacción de un proyecto de Seguro Nacional de Salud, frustrado por la dictadura.

En los Sanatorios de Asignaciones Familiares, fue Cardiólogo de Urgencia por concurso de méritos, en 1971, dejado cesante por la dictadura en 1973.

Fue Jefe del Departamento Médico del Seguro de Enfermedad para los Trabajadores de la Aguja, creado por Ley, por concurso de méritos, desde 1967.

Cuando pasó a la órbita estatal (Banco de Previsión Social) fue degradado al último grado del escalafón, por la dictadura; en 1981, hasta su jubilación en 1992.

Alcanzó los títulos de Médico Cirujano y más tarde los de Cardiólogo, Médico Internista, Médico Laboralista, realizando el primer curso completo de Geriatria y Gerontología con el Prof. Dr. Alberto Morelli, en 1977, no obteniendo el título por no retirarlo en fecha.

En su actuación gremial, se destaca como Delegado al Claustro en 1959, delegado de los profesionales al Consejo de la Facultad de 1963 a 1964 y de 1966 a 1967, integrando entre otras la Comisión Mixta Facultad - Ministerio de Salud Pública.

Tuvo un breve pasaje por la Comisión Asesora y de Contralor de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios, y el Consejo Directivo de la Agrupación Universitaria del Uruguay.

En el SMU fue Médico de la Oficina de Certificaciones Médicas (por méritos) en 1955 y después primer Presidente del Centro de Medicina Laboral (CEMELA), en 1965.

Fue electo integrante del Comité Ejecutivo en diversas oportunidades; Secretario General bajo la presidencia del Prof. José Pedro Ibarra. Delegado del Comité Ejecutivo a la Junta Directiva del CASMU. Fue Presidente y Vice-Presidente del Consejo Arbitral. Miembro de la Comisión Fiscal en 1995.

Se destaca su actuación en las Comisiones asesoras para la designación de Directores Asistentes y Adjuntos de Administración Médica del CASMU, en 1986, la Comisión de Auditoría Médica del CASMU en el mismo año.

En la VI Convención Médica Nacional -realizada en 1984 mientras el SMU se hallaba intervenido- integró como Secretario, la Comisión relatora sobre Colegiación y Ética Médica, correspondiéndole por enfermedad del Presidente de la Comisión, Prof. Dr. Wáshington Buño, presidir la borrascosa sesión plenaria sobre ética y tortura.

Fue integrante de la Comisión de Colegiación y Ética Médica surgida de la VI Convención Médica Nacional, integrada por médicos y abogados, con el fin de elaborar un proyecto de Colegiación Médica presentado al Parlamento en 1988. Dicha Comisión también redactó un proyecto de Código de Ética, que, mejorado en años sucesivos por otros colegas, rige hoy para la totalidad de los médicos del país.

Finalmente debemos destacar el trabajo encomendado por el SMU en 1972, mediante llamado a aspirantes, sobre “Estructura Sanitaria y Seguros de Salud en el Uruguay”, para poner en conocimiento de un experto del gobierno de Gran Bretaña, Sir John Anthony Oddie, para realizar un Seminario multidisciplinario y multi-institucional en Uruguay. De dicho trabajo, que resultó uno de los principales exponentes del tema, el Ministerio de Salud Pública solicitó permiso al SMU para editar 100 copias, en 1973, distribuyendo por su parte el propio Sindicato Médico 300 ejemplares más en 1974. Resultó ser un libro de consulta indispensable en los cursos de Administración Hospitalaria y de Administración de Servicio de Salud, por muchos años.

Falleció el 2 de mayo de 2007 en Montevideo, a los 84 años.

LUIS YARZÁBAL TERRA

Luis Alberto Yarzabal-Terra nació en Melo, Uruguay, el 1º de febrero de 1938. Es un médico, investigador y educador uruguayo. Desempeñó las funciones de Director del Instituto de Higiene, Director Nacional de Educación y Presidente del Consejo Directivo Central, órgano rector de la Administración Nacional de Educación Pública del Uruguay.¹⁷⁶

Yarzabal se graduó como doctor en medicina en la Universidad de la República (Uruguay) en 1964 y desde 1965 hasta 1970 realizó tareas docentes y asistenciales en la Clínica Semiológica del Prof. Dr. Pablo

176 TURNES, Antonio L. Echinococcosis 2016 La Echinococcosis desde el Río de la Plata al Mundo. Comisión Zoonosis, octubre 2016, p. 41.

Purriel. En Francia hizo luego el postdoctorado en Inmunoparasitología de la Universidad de Lille. Entre 1974 y 1976 fue investigador visitante del Instituto Pasteur de Lille. Entre 1978 y 2000 se desempeñó como profesor de inmunoparasitología en la Universidad Central de Venezuela. Fundó en Venezuela el Centro Amazónico para la Investigación y el Control de las Enfermedades Tropicales, también conocido como CAICET, ejerciendo su dirección entre los años 1982 y 1988.



Formado en micología y parasitología médicas junto al Prof. Juan E. Mackinnon en la Facultad de Medicina de Montevideo, posteriormente hará una estancia de especialización en el Servicio de Parasitología y Micología de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Lille, Francia, junto a los Profesores Jean Biguet y André Capron. A su retorno a Uruguay crea el Laboratorio de Inmunología Parasitaria (LIP) en el Hospital Saint Bois de Montevideo, en el Servicio del Prof. Pablo Purriel, con ayuda de la cooperación francesa. En dicho laboratorio se van a desarrollar, de forma pionera en Uruguay, las modernas técnicas de diagnóstico inmunológico de la hidatidosis así como de micosis sistémicas. Resultado del prestigio del LIP, el laboratorio participará en un estudio conjunto internacional con la Unidad de Inmunología del Centro Panamericano de Zoonosis, OPS/OMS, de Ramos Mejía, Argentina, que dirigía en esos tiempos el Dr. Víctor Varela Díaz. Consecuencia de dicho estudio cooperativo se publicará el primer **manual internacional sobre técnicas estandarizadas para el diagnóstico de la hidatidosis** (*Hidatidosis humana. Técnicas para el diagnóstico inmunológico*, CPZ/OPS/OMS, 1974. Versión inglesa en 1976) en el que participaron por parte uruguaya el Dr. Luis Yarzabal, la Dra. María del Huerto López-Lemes y el Dr. Jorge A. Guisantes.

Ha publicado 12 libros y más de 120 artículos científicos sobre biología parasitaria, inmunoparasitología, microbiología y educación superior. En esas publicaciones comunicó contribuciones al estudio de las micosis pulmonares, investigaciones sobre diagnóstico inmunológico de la hidatidosis, avances en el conocimiento de diversos antígenos parasitarios e investigaciones multidisciplinarias sobre la oncocercosis en América. Además, Yarzabal tiene numerosas comunicaciones científicas, tanto en revistas científicas como en libros, en el área de la inmunología de las micosis (especialmente en paracoccidioidomicosis y en aspergilosis) así como en otras parasitosis humanas.

ANEXO 6

LAS ÉPOCAS QUE VIVIÓ PURRIEL

EN QUÉ MOMENTO LLEGA A URUGUAY

Cuando arribó Pablo Purriel al Puerto de Montevideo, en 1909, Uruguay tenía 79 años de vida independiente, desde 1830, superando un siglo de sangrientas revoluciones, que le habían ganado el calificativo de *Tierra Purpúrea*. Presidía el país el Dr. (abogado) Claudio Williman González (1863-1934), abogado, docente de Física en Enseñanza Secundaria, Rector de la Universidad y político uruguayo del Partido Colorado que ejerció la Presidencia de la República desde 1907 a 1911, sucediendo a José Batlle y Ordóñez (1856-1929) quien a su vez recibió la presidencia para ejercerla entre 1911 y 1915. La pena de muerte se había eliminado en el país por Ley No. 3238 del 23 de setiembre de 2007. El puerto de Montevideo se estaba inaugurando el 25 de agosto de 1909, luego de una larga obra que se había iniciado bajo el mandato de Juan Idiarte Borda (1844-1897) también perteneciente como los anteriores al Partido Colorado que había muerto bruscamente el 25 de agosto de 1897, a la salida del Te Deum, ocasión de la que se cuenta que pronunció sus últimas palabras: “*Estoy muerto*”.

El año anterior a su llegada, el 31 de diciembre de 1908, se había promulgado la Ley No. 3.425 Orgánica de la Universidad, llamada ley Williman, que daba autonomía a la Universidad.

El Rector de la Universidad de Montevideo (actual UDELAR) era el abogado Dr. Pablo de María. El Decano de la Facultad de Medicina es el Dr. Augusto Turenne, que años más tarde será profesor de Purriel.

Durante el mandato de Claudio Williman se había promulgado el 23 de setiembre de 1907 la Ley No. 3.238 que abolió la pena de muerte, promovida por el abogado, legislador y pintor Dr. Pedro Figari; se crearon los ministerios de Obras Públicas e Industria y se consiguió acordar con Argentina los límites del Río de la Plata y con Brasil los límites de la Laguna Merín.

En el departamento de Soriano, donde se radicaría su familia, en julio de 1910 se anunciaba estaba por terminar el Muelle de los Treinta y Tres, y se construía la Rambla de Mercedes. En agosto se producía el incendio de la Confitería Viale, teniendo la población que soportar una seca pertinaz y plaga de langosta “contra la que nada podían entonces los ruidos de latas y las humaredas estratégicas”, según recogió Washington Lockhart.¹⁷⁷

El 3 de noviembre de 1910 se produce la Revolución de Basilio Muñoz, que se levantó contra el gobierno de Williman, con repercusión en el departamento de Soriano.

En 1911 accedería a la presidencia de la República José Batlle y Ordóñez, que había tenido su primer mandato entre 1903 y 1907. Fue así que se produjo la estatización del Banco de la República Oriental del Uruguay, 1911 y 1913, la del Banco Hipotecario del Uruguay, en 1912, y la de los seguros, que pasaron de manos privadas a manos estatales con la creación en 1911 del Banco de Seguros del Estado, donde Pablo Purriel trabajaría en el ámbito de la Medicina del Trabajo en los años 40 y 50. Se creó a su vez, en 1915 la Administración de Ferrocarriles del Estado y se produjo la secularización de actos públicos.

Como jefe del Ejecutivo aseguró la unidad nacional acabando con diversas rebeliones departamentales, estableció la jornada laboral de ocho horas, la indemnización laboral y promulgó la primera ley del divorcio en Latinoamérica, que reconocía los derechos de las mujeres; también creó institutos de enseñanza media en todas las ciudades departamentales. Durante su presidencia, se crearon empresas públicas que competían con las privadas, proporcionando servicios más baratos.

177 LOCKHART, W.: Revista Histórica de Soriano, No. 1, 31.08.1960, p. 41-42.

Durante su segundo mandato, sentó las bases para la futura reforma constitucional. Es decir, que produjo en todos los ámbitos la modernización del Estado. Su filosofía, aún sigue presente en la mentalidad de los uruguayos, independientemente de partidos políticos.

El Dr. Claudio Williman será Rector de la Universidad por segunda vez entre 1912 y 1916. En la Facultad de Medicina se suceden los Decanos Manuel Quintela (1912-1915) y Américo Ricaldoni (1915-1921).

El 2 de marzo de 1915 el salteño Feliciano Viera (1872-1927) es elegido presidente.

El 17 de noviembre de 1915 se aprueba la Ley No. 5.350, que fija en ocho horas la jornada diaria de trabajo y 48 semanales, para obreros y empleados.

El 27 de diciembre de 1915 se funda la Asociación de los Estudiantes de Medicina, con un conjunto de jóvenes entre los que se encontraban José Alberto Praderi, Conrado Terra Urioste, Justino Menéndez, Bartolomé Vignale, José María Estapé, Plinio Galdós, Arturo Rodríguez, Cisneros Pereda Valdez, José Parietti, Federico Demartini Morales, Walter Martínez, Rodríguez Guerrero, Salvador García Pintos, Carlos A. Semblat y César Seoane.

El 30 de julio de 1916 se realiza la elección de una Convención Nacional Constituyente, que reformaría la Constitución de 1830, para incorporar un Poder Ejecutivo bicéfalo, con un Presidente de la República que tendría bajo su égida a cuatro ministros, y un Consejo Nacional de Administración integrado por nueve miembros, que tendría potestad sobre los restantes. Se incorporaba así parcialmente, la aspiración del gobierno colegiado que había promovido José Batlle y Ordóñez, influido por la experiencia de gobierno suizo.

El Movimiento de la Reforma Universitaria de los estudiantes de la Universidad de Córdoba en 1918 llegó a Uruguay entre 1920 y 1930 y generó la aparición de Asambleas de Claustro con participación estudiantil y carácter reglamentario en distintas facultades.

La Ley No. 5.657, aprobada el 15 de abril de 1918 suprimía las corridas de toros, entre otras manifestaciones de hostilidad y maltrato animal, ya que en su Ar. 1º disponía: Prohíbese en todo el territorio de la República los recursos o torneos, las parodias de corridas de toros, cualquiera que sea su forma o denominación, el tiro de la paloma, las

riñas de gallos y todo otro juego o entretenimiento a campo abierto o en locales cerrados que puedan constituir una causa de mortificación para el hombre o animales (...)

El 1 de marzo de 1919 el artiguense (nacido en las costas del Arroyo Catalán) Baltasar Brum (1883-1933) abogado y diplomático, que había sido antes Ministro de Relaciones Exteriores, es elegido Presidente de la República.

El 17 de diciembre de 1919 Uruguay firma la Convención de Buenos Aires sobre propiedad literaria y artística.

El 11 de agosto de 1920 se funda el Sindicato Médico del Uruguay y en 1921 se instala el primer Consejo Arbitral (tribunal de ética médica) integrado por Joaquín de Salterain, Luis Morquio, Augusto Turenne, Arturo Lussich, Elías Regules y Manuel Quintela. Los médicos habilitados para ejercer en el país son 700.

En setiembre de 1920 se funda la Sociedad de Cirugía del Uruguay en el Hospital Italiano, a impulsos de los jóvenes cirujanos Carlos V. Stajano y Manuel Albo.

En setiembre de 1921 el abogado, legislador y literato Dr. Emilio Frugoni Queirolo (1880-1969) funda el Partido Socialista del Uruguay, separándose del Partido Comunista del Uruguay que se plegó al llamamiento de Vladimir Ilich Ulianov (Lenin) y la Revolución Rusa, aceptando las 21 condiciones de la Tercera Internacional Socialista.

Benito Amilcare Andrea Mussolini (1883-1945) fue un político, militar y periodista italiano Presidente del Consejo de Ministros Reales, que siendo de origen afiliado al Partido Socialista Italiano en 1914 fue expulsado por sus posturas totalitarias. Fundó en 1922 el Partido Nacional Fascista, luego de la Marcha sobre Roma, y ante la nula resistencia del Rey Vittorio Emanuel III se hizo con plenos poderes al disolver el Parlamento. Llevó a su partido al Gobierno luego denominado Partido Fascista Republicano y encabezó un gobierno totalitario e imperialista, que promovió la invasión de Abisinia y otros planes para Europa y África. Transformó el Reino de Italia en el Segundo Imperio Colonial Italiano y gobernó con un partido único basado en el totalitarismo y la autocracia fascista.

El médico y poeta Elías Regules, oriundo de Sarandí del Yi (Durazno) es designado Rector de la Universidad de Montevideo entre

1922 y 1928. Será la autoridad universitaria cuando Purriel ingresa a la Facultad de Medicina en 1925.

El 1 de marzo de 1923 accede a la Presidencia de la República el Ing. José Serrato (1868-1960), que antes había sido Canciller.

El 7 de febrero de 1924 en Uruguay se aprueba un proyecto de ley que impone el trabajo individual colectivo obligatorio.

Entre el 25 de mayo y el 9 de junio de 1924 se disputaron en Colombes (París) los Juegos Olímpicos, alcanzando Uruguay el triunfo en fútbol.

El 2 de octubre de 1924 en Buenos Aires (Argentina), en un partido de fútbol, entre Argentina y Uruguay, el futbolista Cesáreo Onzari convierte el primer gol olímpico.

INGRESA A LA FACULTAD DE MEDICINA

En marzo de 1925 se produce el ingreso de Pablo Purriel a la Facultad de Medicina. Transcurre el segundo Decanato del Dr. Manuel Quintela (1865-1928).

En 1925 se publica el Libro del Centenario, para conmemorar la declaratoria de la independencia del 25 de agosto de 1925, constituyendo una referencia ineludible para conocer la evolución de la sociedad oriental en sus diversas facetas: sociales, económicas, administrativas, políticas y sanitarias.

En abril de 1925 Albert Einstein visita Uruguay, dictando memorables conferencias.

El 18 de febrero de 1927 Juan Campisteguy (1859-1937), militar, abogado y político, es proclamado presidente de la república de Uruguay.

El 3 de julio de 1927 en la localidad de Cerro Chato (Uruguay), en un plebiscito sufragán las mujeres por vez primera en América del Sur.

Entre el 27 de mayo y el 13 de junio de 1928 se disputaron en Amsterdam, Holanda, los Juegos Olímpicos, triunfando en fútbol otra vez Uruguay, alcanzando el primer lugar.

En 1928 el microbiólogo escocés Alexander Fleming descubre la penicilina, que no sería utilizada hasta 1940, donde se emprenderá su producción industrial.

Desde 1928 hasta 1933 el Decano de la Facultad de Medicina es Alfredo Navarro Benítez (1868-1951).

El 22 de junio de 1928 en Chile se inaugura la primera línea telefónica internacional. Comunicaba Santiago con Mendoza (Argentina), y por lo tanto con Buenos Aires (Argentina) y Montevideo (Uruguay).

El 8 de septiembre de 1928 la FIFA decide que el primer mundial se lleve a cabo en Uruguay.

El 18 de noviembre de 1928 en Montevideo (Uruguay) se inaugura el Hospital Saint Bois.

En abril de 1929 se crea la Federación de Estudiantes Universitarios del Uruguay.

Entre el 13 y el 30 de julio de 1930 tiene lugar el Primer Campeonato Mundial de Fútbol, realizado en Montevideo, donde Uruguay se corona campeón. El Estadio Centenario donde se disputó la final del campeonato, había sido construido seis meses antes, en un predio vecino a donde se colocaría al finalizar el año, el 24 de diciembre de 1930, la piedra fundamental del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, donde transcurriría la mayor parte de la actividad de Purriel al frente de su cátedra.

El 1 de marzo de 1931 accede a la Presidencia de la República el abogado Dr. José Luis Gabriel Terra Leivas (1873-1942), que el 31 de marzo de 1933 disolvería el Parlamento declarándose dictador. Reformaría la Constitución adoptando la que regiría desde 1934, cuando él volvería a ser Presidente Constitucional hasta 1938. Esta Constitución eliminaba el Consejo Nacional de Administración, que había traído dificultades en la conducción del gobierno, al desempeñarse como Poder Ejecutivo bicéfalo. Se volvía al régimen presidencialista, con un Parlamento compartido entre las dos fuerzas políticas mayoritarias, aunque con la abstención de los opositores.

GRADUACIÓN COMO MÉDICO CIRUJANO

Cuando Purriel se gradúa como médico cirujano en setiembre de 1932 (a los 27 años) es Decano de la Facultad de Medicina Alfredo M. Navarro Benítez.

El 31 de marzo de 1933 se produce el golpe de estado de Gabriel Terra y se dicta la Ley Orgánica del 2 de marzo de 1934, que vulnera una vez más la autonomía universitaria. Esto provoca un fuerte rechazo a través de huelgas estudiantiles y manifestaciones callejeras. Hay un movimiento de resistencia en la Universidad, donde el Decano de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Dr. Emilio Frugoni, se niega a abandonar el local, acompañado, entre otros, por Pablo Purriel.

Es decano de la Facultad de Medicina, desde 1933 Héctor J. Rosello, a quien deberá dirigirse Purriel para solicitar se le deje en suspenso la expedición del título, situación que se prolongará hasta 1938.

El 23 de diciembre de 1933 en Uruguay se clausura la Conferencia Panamericana, a la que han asistido miembros de la Sociedad de Naciones.

En 1933 sube al poder en Alemania Adolf Hitler (nacido en el imperio austro-húngaro en 1889 y muerto en Berlín en mayo de 1945). Fue nombrado canciller imperial (Reichskanzler) en enero de 1933 y un año después a la muerte del presidente Paul von Hindenburg, se autoproclamó líder y canciller imperial (Führer und Reichskanzler), asumiendo así el mando supremo del Estado alemán. Transformó la República de Weimar, (emergida del Tratado de Versalles que había puesto término a la Primera Guerra Mundial imponiéndole a Alemania duras condiciones económicas) en el Tercer Reich y gobernó con el partido único Nacional Socialista (Nazi) que mediante el totalitarismo, el terror y la autocracia impuso su visión de pureza racial y dominio del mundo con un ejército fortalecido con la cooperación de las principales empresas alemanas.

El 21 de febrero de 1934 muere asesinado por la dictadura nicaragüense Augusto Nicolás Calderón Sandino (1895-1934), conocido como Augusto Sandino, líder de la resistencia de su país contra el ejército de ocupación estadounidense. Su lucha guerrillera logró que las tropas de los Estados Unidos salieran de Nicaragua, no sin antes crear la Guardia Nacional y poner al frente al general Anastasio Somoza García, primero de una dinastía que gobernaría el país hasta 1979. A Sandino se lo considera el héroe nacional de Nicaragua y se le llama "General de Hombres Libres". Purriel que a la muerte de Sandino tenía 29 años, sintió el llamado de esa rebeldía. No sabemos si fue entonces que se vinculó al Partido Socialista que conducía Emilio Frugoni. Su

defensa de Sandino la reivindicaría cerca de 40 años más tarde, en una alusión lateral, en carta dirigida al Director del semanario *Marcha*, a propósito de una controversia con su discípulo Luis Yarzabal Terra.

Abril de 1934: Joaquín Torres García retorna a Montevideo con su familia, instalándose en esta ciudad.

En 1935 Gerhard Domagk publica su descubrimiento y ensayos sobre las sulfamidas, un antibiótico bacteriostático que significaría un gran progreso en la lucha contra las infecciones bacterianas.

El 18 de julio de 1936 se produce en España el levantamiento del General Francisco Franco contra el Gobierno de la República, abriendo la Guerra Civil Española que culminaría en abril de 1939, dejando un saldo de más de un millón de muertos, cientos de miles de desaparecidos y de exiliados. En esa Guerra Franco obtuvo el apoyo de Adolf Hitler y Benito Mussolini, con aportes de finanzas y fuerzas armadas y armamento.

El 20 de noviembre de 1936 en Uruguay se funda la compañía aérea PLUNA, "Primeras Líneas Uruguayas de Navegación Aérea".

En 1938 es Rector de la Universidad el Dr. Carlos Vaz Ferreira y Decano de la Facultad de Medicina Héctor J. Rossello. Purriel retira el título de Médico Cirujano, previo pago de los derechos como Bachiller y como egresado universitario.

Desde el 19 de junio de 1938 accede a la Presidencia de la República el sanducero Arq. General Alfredo Baldomir (1884-1948), que el 21 de febrero de 1942 se produce un golpe de estado que supone la continuación en la presidencia del general Alfredo Baldomir. Será entonces que se aprueba la Constitución de 1942, la que funcionaría por diez años.

La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se inicia con la invasión alemana de Polonia el 1 de setiembre de 1939. El régimen nazi alemán invadiría diversos países de Europa del Este y los Balcanes. Se caracterizó por instalar los Campos de Concentración y Exterminio para someter a la población judía, gitana y de diversas minorías políticas y sexuales.

El 13 de diciembre de 1939 se produce la batalla naval del Río de la Plata, frente a las costas de Uruguay, frente a Punta del Este, entre el Graf Spee, al mando de Hans Langsdorff y tres buques británicos: Ajax, Achilles y Exeter, al mando del almirante Henry Harwood. Los

británicos le producen graves daños y el alemán se refugia en el Puerto de Montevideo; es obligado a salir luego de largas negociaciones, terminándose con el hundimiento del acorazado alemán frente a la bahía de Montevideo, rescatándose más de 1.000 tripulantes, que se distribuyeron entre esta capital y Buenos Aires.

6 al 12 de abril Alemania invade Yugoslavia y Grecia, ocupando Zagreb y Belgrado.

10 de mayo de 1940 Alemania invade Bélgica, Holanda y Luxemburgo.

18 de junio de 1940, la Unión Soviética invade los países bálticos.

El 22 de junio de 1940 se produce la ocupación alemana de Francia.

El 22 de junio de 1940 Alemania invade la Unión Soviética.

El 24 de agosto de 1940 los nazis bombardean aeródromos británicos y desde el 7 de setiembre de 1940 se inicia el bombardeo alemán a las ciudades británicas que hasta el 21 de mayo de 1941 atacará dieciséis ciudades.

El 13 de setiembre de 1940 Italia invade Egipto; el 28 de octubre invade Grecia.

7 de diciembre 1941 Japón ataca la base estadounidense de Pearl Harbor en el Pacífico y declara la guerra a Estados Unidos.

31 de enero de 1943 se produce la capitulación alemana en Stalingrado (URSS).

25 de agosto de 1944 los Aliados entran en París.

Entre 1944 y 1946 Emilio Frugoni es designado Ministro plenipotenciario del Uruguay en la URSS. Allí escribe “La Esfinge Roja” con un diagnóstico de la situación soviética de esa época, renunciando en 1946 y retornando a Montevideo, muy crítico de la realidad de la URSS.

Desde el 8 de setiembre de 1944 hasta el 27 de marzo de 1945 Inglaterra es atacada con los cohetes teledirigidos “V-2”. En ese tiempo está en Londres el cirujano uruguayo Héctor A. Ardao (1907-1979) que luego hará una reseña de lo ocurrido.

Del 4 al 11 de febrero de 1945 se produce la Conferencia de Yalta (URSS) entre Stalin, Churchill y Roosevelt. Comienza la Guerra Fría.

23 de abril 1945: los soviéticos entran en Berlín.

28 de abril 1945: Mussolini es capturado por partisanos y posteriormente ejecutado.

30 de abril 1945: Hitler se suicida en el búnker de la Cancillería del Reich en Berlín.

6 de agosto 1945: Estados Unidos lanza la primera bomba atómica de la historia sobre la ciudad japonesa de Hiroshima. El 9 de agosto lanza la segunda bomba atómica sobre Nagasaki. El 14 de agosto se produce la capitulación de Japón y el 2 de septiembre Japón firma la Paz sin condiciones, y es el fin de la Guerra.

La Guerra Mundial II produce decenas de millones de muertos y el Holocausto que puso término a la vida de más de seis millones de judíos, culmina con la caída de Berlín en mayo de 1945. En agosto de 1945 capituló Japón, que era el otro integrante del Eje Alemania-Italia-Japón.

En 1940 se reinicia la investigación para producir penicilina, que por causa de la Guerra Mundial II, debe trasladarse desde Inglaterra a los Estados Unidos, lográndose en 1941 una fabricación industrial todavía de alto costo.

El 29 de noviembre de 1942 Uruguay retoma la senda constitucional, cuando se celebran elecciones generales. Resulta vencedora la fórmula integrada por el abogado Juan José de Amézaga (1881-1956) – jurista, diplomático y político Alberto Guani (1877-1946). También son electas las primeras cuatro parlamentarias mujeres en la historia del Uruguay: Sofía Álvarez Vignoli (Partido Colorado), Julia Arévalo de Roche (Partido Comunista), Magdalena Antonelli Moreno (Partido Colorado Batllismo).

El 1 de marzo de 1943 el general Alfredo Baldomir entrega la presidencia de la República del Uruguay a Juan José de Amézaga, y entra en vigor la nueva Constitución, aprobada en plebiscito el 29 de noviembre de 1942.

La estreptomicina, un antibiótico muy útil para tratar la tuberculosis, fue descubierta un 19 de octubre de 1943 por el estudiante de postgrado Albert Schatz, cuando cursaba su doctorado en la Universidad de Rutgers (EE.UU.) en Agricultura, en el laboratorio del famoso Dr.

Selman A Waksman, a quién hasta la década de los años noventa, le fue atribuido este descubrimiento.

El 29 de mayo de 1944, a invitación de Purriel (39 años) Joaquín Torres García y sus alumnos del Taller inician el trazado de sus murales en el Pabellón Martirené de la Colonia Sanatorial “Gustavo Saint Bois”. Tarea que finaliza el 29 de julio.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) entró en vigor al aprobar su Carta el 24 de octubre de 1945, la que había sido suscrita el 25 de junio del mismo año en San Francisco por 51 países, pocos meses antes de finalizar la Segunda Guerra Mundial, mencionado explícitamente en su Preámbulo las dos Guerras Mundiales. De estas actividades formaría parte Uruguay, que tendría importante papel en el funcionamiento de los primeros quince años.

En 1945 Alexander Fleming, junto a Ernst Boris Chain y Howard Walter Florey obtienen el Premio Nobel de Fisiología y Medicina por su descubrimiento y producción industrial de penicilina, el primer antibiótico bactericida, que permitió el combate efectivo contra la sífilis y otras enfermedades bacterianas.

El 24 de noviembre de 1946 en Uruguay se celebran elecciones generales. Vence la fórmula el chacarero, intendente y jefe de policía, oriundo de Canelones don Tomás Berreta (1875-1947) – y el ciudadano Luis Conrado Batlle Berres (1897-1964), sobrino de José Batlle y Ordóñez; al fallecer Berreta asumió por el resto del período Luis Batlle Berres, formando una nueva corriente mayoritaria dentro del Partido Colorado.

PROFESOR DE CLÍNICA SEMIOLÓGICA

En 1947 Purriel (con 42 años) accede luego de un concurso de oposición, a la Cátedra de Clínica Semiológica, siendo Rector el Dr. José Pedro Varela y Decano de la Facultad de Medicina el mercedario Dr. Abel Chifflet (1904-1969).

Ese mismo año le es asignado al fisiólogo argentino Bernardo A. Houssay el Premio Nobel de Fisiología y Medicina 1947.

El 10 de junio de 1947 Hermógenes Álvarez realiza el primer registro mundial de presión intrauterina durante el embarazo en el Hospital

Pereira Rossell de Montevideo. Asociado luego con Roberto Caldeyro Barcia sus investigaciones tendrían repercusión universal.

El 31 de diciembre de 1947 fallece Juan B. Morelli, maestro en la Clínica Médica, la Tisiología y la vida, de Pablo Purriel. Circunstancia en la que éste pronuncia un memorable discurso en su despedida.

El 21 de mayo de 1948 Uruguay reconoce al Estado de Israel, siendo Enrique Rodríguez Fabregat el Embajador en Naciones Unidas.

En 1949 fue electo Decano de la Facultad de Medicina el también mercedario Dr. Mario Alcides Cassinoni Rodríguez (1907-1965), que actuaría en tal función hasta 1954, siendo electo Rector entre 1956 y 1964.

8 de agosto de 1949: Fallece a los 75 años Joaquín Torres García en Montevideo.

El 27 de junio de 1950 el Parlamento dispone que el Hospital de Clínicas, que se había terminado de construir, pasaría a ser una dependencia de la Universidad de la República, administrado por la Facultad de Medicina. Se abría así un nuevo desafío universitario, donde no había en el país personas formadas en administración hospitalaria. El Rector de la Universidad era el Arq. Leopoldo Agorio, que actuó en el período 1948-1956.

Del 24 de junio al 16 de julio de 1950 se disputó en Río de Janeiro, Brasil, el Campeonato Mundial de Fútbol, donde Uruguay alcanzó nuevamente el primer lugar obteniendo la copa Jules Rimet, trofeo entregado por la Federación Internacional del Fútbol Amateur (FIFA).

En el Decanato de Mario A. Cassinoni fue que el Hospital de Clínicas pasó a depender de la Facultad de Medicina, debiendo desplegar múltiples esfuerzos para obtener el concurso de prestigiosos directores extranjeros para dicho establecimiento: el brasileño Odair Pacheco Pedroso, el chileno Hugo Enríquez Frodden y el peruano Guillermo Almenara Irigoyen.

El 1 de marzo de 1951 accede como Presidente constitucional el floridense Q. F. Andrés Martínez Trueba (1884-1959). Éste promovería una nueva Reforma Constitucional, dando lugar a la denominada "Constitución de 1952" que incorporaría un Poder Ejecutivo a cargo de un Consejo Nacional de Gobierno, integrado por nueve miembros, con representación proporcional, seis cargos para la mayoría y tres para la minoría.

En 1952 la Academia de Ciencias sueca le otorga el Premio Nobel de Fisiología y Medicina a Selman Waksman, por el supuesto descubrimiento de la estreptomycin, que se reivindicaría muchos años más tarde que había sido realizado por un alumno suyo, Albert Schatz.

INAUGURA EL HOSPITAL DE CLÍNICAS

El 21 de septiembre de 1953 en Uruguay se inaugura el Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela», siendo justamente el Servicio de la Clínica Semiológica de Pablo Purriel (47 años), el primero en “mudarse” al nuevo hospital universitario, dirigido por la Facultad de Medicina.

El 28 de noviembre de 1954 en Uruguay se celebran elecciones generales. Nuevamente gana el Partido Colorado, que obtiene la mayoría en el Consejo Nacional de Gobierno, con una presidencia rotatoria anual, siendo su primer Presidente Luis Batlle Berres, siendo sucedido por Arturo Lezama, Alberto Zubiría y Carlos Fischer a partir de 1958.

En esas elecciones de 1954 Pablo Purriel integró la lista del Partido Socialista al Consejo Nacional de Gobierno, en una integración que tenía como miembros a Emilio Frugoni, Roberto Ibáñez (escritor y poeta, luego Director de la Biblioteca Nacional), Líber Troitiño (legislador socialista, hijo del líder del Sindicato de Canillitas, Adrián Troitiño), Adolfo Montiel Ballesteros (escritor, poeta, dramaturgo y político sanducero), Pablo Purriel y Constancio Castells (médico neurólogo, Integrante destacado del Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”, discípulo de Julio C. García Otero, que había trabajado con Pablo Scremini, Fernando Herrera Ramos y Héctor Franchi Padé, dirigente del Sindicato Médico del Uruguay), en ese orden.

En el Decanato de la Facultad de Medicina se suceden Juan Carlos del Campo (1896-1978) y Julio C. García Otero (1895-1966).

El 4 de octubre de 1957 es lanzado el “Sputnik 1” primer satélite artificial de la historia por la Unión Soviética. El 3 de noviembre de 1957 es lanzada la perra Laika en el “Sputnik 2”.

El 16 de octubre de 1958 se promulga la Ley No. 12.549, Orgánica de la Universidad, que instituye el cogobierno entre los tres órdenes: docentes, egresados y estudiantes, teniendo éstos representación directa en el Consejo Directivo Central y en los Consejos Directivos de las Facultades.

Accede al Decanato de la Facultad de Medicina el fraybentino Juan J. Crottogini (1908-1996).

El 30 de noviembre de 1958 en Uruguay se celebran elecciones generales. En un hecho histórico, resulta amplio vencedor el Partido Nacional, que había estado en la oposición por más de 9 décadas; se renuevan los cargos del Consejo Nacional de Gobierno, que pasa a ser presidido por el maestro, abogado, escribano Dr. Martín Ricardo Echegoyen, en un organismo integrado por el periodista y líder ruralista Benito Nardone, Eduardo Víctor Haedo, el escribano Faustino Harrison, el médico otorrinolaringólogo Justo Marcelo Alonso y el Abogado y Escribano Pedro Zabalza Arrospide, en representación de la mayoría del Partido Nacional y tres más por la minoría colorada, dos de ellos pertenecientes a la Lista 15, Manuel Rodríguez Correa (sucedido por Héctor Grauert) y Ledo Arroyo Torres y uno por la Lista 14, César Batlle Pacheco, hijo de José Batlle y Ordóñez.

El 1 de enero de 1959 triunfa la Revolución Cubana, encabezada por Fidel Castro y es derrocado el dictador Fulgencio Batista. Este hecho tendrá profunda repercusión en los movimientos políticos y revolucionarios en América Latina en las décadas siguientes.

En octubre de 1959 es designado Director de la Organización Panamericana de la Salud el chileno Abraham Horwitz.

El 18 de febrero de 1960 en Uruguay, se firma del Tratado de Montevideo, que crea la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio.

12 de abril de 1961 a bordo del “Vostok 1” circunda la tierra Yuri Gagarin.

A invitación del gobierno de Uruguay (Eduardo Víctor Haedo) se celebra en Punta del Este del 5 al 17 de agosto de 1961 la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), al que concurre Ernesto “Che” Guevara. Allí se promueve la “Alianza para el Progreso”, un programa de ayuda económica, política y social de los EE.UU. para América Latina, en base a una propuesta del presidente John F. Kennedy, que se desarrollaría por diez años con una inversión de 20.000 millones de dólares. El 17 de agosto pronuncia un discurso en el Paraninfo de la Universidad de la República.

El 22 de enero de 1962 en Punta del Este (Uruguay) la conferencia de Cancilleres de la OEA acuerda la expulsión de Cuba del seno de esa organización, debido a las fuertes presiones de Estados Unidos.

Washington Buño (1909-1990) accede al Decanato de la Facultad de Medicina en 1962.

El 25 de noviembre de 1962 en Uruguay se celebran elecciones generales. Se renuevan los 9 cargos del Consejo Nacional de Gobierno, cuya mayoría sigue en manos del Partido Nacional. A partir del 1 de marzo de 1963 se integraría con: una mayoría blanca de seis Consejeros pertenecientes a la Unión Blanca Democrática: Daniel Fernández Crespo (quien fallece en 1964 siendo sustituido por Alfredo Puig Spangenberg), Luis Giannattasio (quien fallece en 1965 siendo sustituido por Alejandro Zorrilla de San Martín) Washington Beltrán Mullin, Alberto Héber Usher, Carlos María Penadés y Héctor Lorenzo y Losada. y tres más por la minoría del Partido Colorado: dos de ellos pertenecientes a la Lista 15: Alberto Abdala (en sustitución del renunciante Luis Batlle Berres) y Amílcar Vasconcellos, y uno por la Unión Colorada y Batllista, General Óscar Diego Gestido.

El 13 de enero de 1964 fallece en el Hospital de Clínicas, en el Servicio del Prof. Pablo Purriel, el escritor y pianista uruguayo Felisberto Hernández, afectado de una leucemia aguda, que fue asistido por el Prof. Jorge Bouton Martínez.

El 2 de abril de 1964 en Brasil, tras ser derrocado por el Ejército de la oligarquía, el presidente João Goulart, encuentra asilo político en Uruguay.

Entre 1964 y 1966 actúa como Rector de la Universidad Juan J. Crottogini, que antes había sido Decano de la Facultad de Medicina.

Hermógenes Álvarez (1905-1984) es elegido Decano de la Facultad de Medicina en 1966.

El Ing. Oscar Maggiolo será Rector de la Universidad por el agitado período 1966-1972.

El 27 de noviembre de 1966 en Uruguay se celebran elecciones generales. Simultáneamente se realiza un plebiscito constitucional, en el mismo la ciudadanía decide terminar con el ejecutivo colegiado y volver a la presidencia unipersonal. Así las cosas, resulta vencedora la fórmula el General Óscar Diego Gestido (1901-1967) que accede el 1

de marzo de 1967 y fallece el 6 de diciembre del mismo año, siendo sucedido por Jorge Pacheco Areco (1920-1998).

Pacheco Areco presidió un Gobierno que utilizó las medidas prontas de seguridad para reprimir las agitaciones sociales, circunstancias en las que fallecieron el mencionado Líber Arce y otros estudiantes. La guerrilla urbana del Movimiento de Liberación Nacional – Tupamaros (MLN-T) activa desde 1963 cuando había asaltado el Club del Tiro Suizo en Nueva Helvecia (Departamento de Colonia), hizo crecientes demostraciones de fuerza, a través de asaltos a instituciones bancarias y financieras, proclamas en fábricas, y secuestro de funcionarios y diplomático. Bajo su presidencia fueron censurados diversos medios de prensa escrita y declarada la ilegalidad de algunos partidos políticos de izquierda, entre ellos el Partido Socialista del Uruguay, cuya conducción había perdido hacía años el líder Dr. Emilio Frugoni.

El 10 de julio de 1967 Uruguay se convierte en miembro del Convenio de Berna para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas.

El 8 de octubre de 1967 es herido y apresado en La Higuera (Bolivia, al sur-oeste de Santa Cruz y al nor-este de Sucre) el médico y guerrillero argentino Ernesto “Che” Guevara de la Serna, que encabezaba una guerrilla en la sierra boliviana. Sería ejecutado al día siguiente. Había peleado junto a Fidel Castro en la Sierra Maestra, desde el comienzo de la revolución cubana, ocupando diversos cargos como Presidente del Banco Central y Ministro de Industrias. También dejó sus cargos oficiales para promover la guerrilla en otros países, primero en África (República Democrática del Congo) y luego en Bolivia. Sus restos permanecerían ocultos por treinta años, hallándose recién en 1997 y siendo trasladados con honores a Cuba, donde recibieron sepultura en Santa Clara.

7 de agosto de 1968: Secuestro del presidente de UTE, Dr. Ulysses Pereyra Reverbel.

El 14 de agosto de 1968 fallece en el Hospital de Clínicas el estudiante Líber Arce, a consecuencia de las heridas recibidas en la represión policial de una manifestación estudiantil. Se producirá en los próximos meses, una secuencia de muerte de estudiantes en circunstancias similares, generando cada una de ellas una demostración multitudinaria en el acto de sepelio.

En marzo de 1968 se inicia el Nuevo Plan de Estudios aprobado por el Claustro de la Facultad de Medicina luego de diez años de elaboración. Se introduce el Ciclo Básico, que comprende métodos cuantitativos, sociología, inglés y trabajo en la comunidad, el Ciclo Estructuras y Funciones Normales, Estructuras y Funciones Alteradas, Ciclo Clínico Patológico, Ciclo Materno Infantil y el Internado Obligatorio como último peldaño para la graduación.

El 8 de octubre de 1969 el MLN-Tupamaros intenta infructuosamente dominar la ciudad de Pando, cuando toman por asalto la comisaría, el cuartel de bomberos, la central telefónica y varios bancos de esa ciudad ubicada a 32 km de Montevideo. Es lo que se denomina la “Toma de Pando” o el “Copamiento de Pando”. En el enfrentamiento caen muertos el policía Enrique Fernández Díaz y los guerrilleros Jorge Salerno, Alfredo Cultelli y Ricardo Zabalza. Algunos logran escapar, como Raúl Sendic, y 20 son apresados. Fallece también un civil que estaba en un bar, Carlos Burgueño.

La Ley No. 13.720 del 16 de diciembre de 1968, promovida por el Poder Ejecutivo encabezado por Jorge Pacheco Areco, crea la Comisión de Productividad, Precios e Ingresos (COPRIN), con el objeto de articular medidas para controlar la alta inflación, promover niveles óptimos de producción y lograr una distribución equitativa del ingreso. Esta disposición generará un enorme retraso en la adecuación de la infraestructura de salud particularmente en el sector privado, al fijar administrativamente el valor de las cuotas mensuales.

Pablo V. Carlevaro Bottero (1927-2015) es electo por vez primera Decano de la Facultad de Medicina en 1969.

El 21 de enero de 1969 en Uruguay se produce un violento choque entre funcionarios en huelga y policía, con el balance de 1 muerto y 50 heridos.

10 de setiembre de 1969: Secuestro del periodista (director de “El Diario” y “La Mañana”) y banquero (Banco Francés e Italiano) Dr. Gaetano Pellegrini Giampietro.

16 de julio de 1969 se envía al espacio el Apolo 11, una misión espacial tripulada de Estados Unidos que llega a la luna el 20 de julio, logrando que dos astronautas caminen por la superficie lunar al día siguiente: Neil A. Armstrong y Edwin E. Aldrin Jr., acompañados por

Michael Collins. Regresan exitosamente a la tierra, produciéndose el amerizaje el 24 de julio.

El 12 de febrero de 1970 el Poder Ejecutivo interviene Enseñanza Secundaria y UTU. El 5 de marzo la Comisión Permanente del Poder Legislativo levanta las Medidas Prontas de Seguridad que venían renovándose desde 1968. El Poder Ejecutivo las ratifica.

16 de abril: asesinato político del comisario H. Morán Charquero. El mismo día se produce la clausura del diario De Frente. 17 de abril: Wilson Ferreira Aldunate interpela al Ministro del Interior Pedro W. Cersósimo; se produce la renuncia de éste y del Jefe de Policía de Montevideo.

29 de mayo: Robo de armas del Centro de Instrucción de la Marina.

8 de junio: La Comisión del Senado que investigó los procedimientos policiales da por probada la existencia de torturas.

Junio: Ataque al liceo Bauzá protagonizado por grupos de derecha.

28 de julio: Secuestro del juez penal Daniel Pereira Manelli por integrantes del MLN.

31 de julio: Secuestro del asesor norteamericano Dan Anthony Mitrione y del cónsul brasileño Aloisio Días Gomide; se propone su canje por 150 presos del MLN.

7 de agosto: Secuestro del agrónomo norteamericano Claude Fly.

8 de agosto: Detención de la dirigencia del MLN.

10 de agosto: Aparición del cadáver de Dan Anthony Mitrione. Ley declarando Duelo Nacional por el asesinato de Mitrione; suspensión de cursos por 10 días. Suspensión de garantías constitucionales.

11 de agosto: se conmemoran 50 años de la fundación del Sindicato Médico del Uruguay; las celebraciones programadas en el Teatro Solís se suspenden.

En setiembre de 1970 se funda el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP), dependiente de la Organización Panamericana de la Salud, en ceremonia donde concurren su Director, Dr. Abraham Horwitz, el Premio Nobel argentino Dr. Bernardo A. Houssay y el uruguayo Prof. Dr. Roberto Caldeyro Barcia. El mismo funcionará por décadas en el ala oeste del Piso 16 del Hospital de Clínicas, vecino a la

Clínica Ginecotocológica “B”, entonces dirigida por el Prof. Dr. Juan J. Crottogini.

El 6 de octubre el Senador Z. Michelini lee en el Senado un manifiesto del MLN cumpliendo una de las condiciones exigidas para la liberación de Claude Fly.

El 13 de diciembre de 1970, al cumplir 65 años, Pablo Purriel cesa en su cargo como Profesor de Clínica Semiológica y Clínica Médica “D”.

En 1970 le otorgan el Premio Nobel de Química al científico argentino Luis Federico Leloir.

8 de enero de 1971: Secuestro del embajador británico Geoffrey Jackson.

11 de enero: La Comisión Permanente autoriza nueva suspensión de las garantías constitucionales.

5 de febrero: Fundación del Frente Amplio.

16 de febrero: Clausura del diario ¡Ya!

21 de febrero: Liberación del Cónsul Dias Gomide previo pago de rescate.

7 de marzo: Liberación del Dr. Claude Fly.

10 de marzo: Secuestro del Fiscal de Corte y Procurador General de la Nación Dr. Guido Berro Oribe.

30 de marzo: Segundo secuestro del Presidente de UTE, Dr. Ulysses Pereyra Reverbel.

14 de julio: levantamiento de las Medidas Prontas de Seguridad por la Asamblea General y reimplantación por el Poder Ejecutivo el 15 de julio.

25 de agosto: Jorge Pacheco Areco acepta su postulación a la reelección, si triunfa la reforma constitucional reeleccionista que es promovida por la Unión Colorada y Batllista.

5 de setiembre: Fuga de 111 reclusos del penal de Punta Carretas a través de un túnel conectado con el sistema cloacal.

9 de setiembre: Se encarga a las FF.AA. la dirección de la lucha antsubversiva, que hasta entonces había estado a cargo de la Policía.

1 de octubre: Clausura del diario La Idea.

22 de octubre: Secuestro del co-Director de El Día, L. Pereira González.

28 de noviembre: Elecciones nacionales. Triunfa el Partido Colorado con fracción encabezada por Juan María Bordaberry. La reforma constitucional reeleccionista no reúne el número de votos necesarios.

El 14 de noviembre de 1971 frente a la Rambla de Pocitos (en Montevideo, Uruguay), se produce un luctuoso accidente durante una exhibición de maniobras de dos helicópteros.

El 28 de noviembre de 1971 en Uruguay se celebran elecciones generales. En simultánea se realiza un plebiscito por la reelección presidencial de Jorge Pacheco Areco, que fracasa. Resulta electo su candidato «suplente» Juan María Bordaberry, en medio de acusaciones de fraude por parte de Wilson Ferreira Aldunate, candidato del Partido Nacional.

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

El 1 de marzo de 1972 en Uruguay, Juan María Bordaberry asume la presidencia de la República. Purriel (con 66 años) asume como Ministro de Salud Pública, con el propósito de llevar a la práctica la “socialización de la medicina” a través de una legislación que establezca un Servicio Nacional de Salud. Ejercen en el país 4.100 médicos.

El 14 de abril se producen asesinatos políticos: efectivos de las Fuerzas Conjuntas y del ex ministro Armando Acosta y Lara y de varios integrantes del MLN. Al día siguiente se produce la Declaración de “Estado de guerra interno” y suspensión de garantías individuales.

El 21 de abril se produce el asesinato de ocho militantes del Partido Comunistas en un local partidario, por integrantes de las Fuerzas Conjuntas.

En junio se registra un acuerdo político del gobierno con sectores de la minoría del Partido Nacional.

El 10 de julio se aprueba la Ley de seguridad del Estado.

El 30 de julio un informe del Senador Zelmar Michelini sobre la existencia de una “tregua” entre las Fuerzas Armadas y el MLN.

El 3 de agosto la Cámara de Diputados aprueba el desafuero del Diputado Ferrer, requerido por las Fuerzas Conjuntas.

Recrudece el enfrentamiento entre el MLN y las FF.AA.

Al finalizar el año se anuncia la desarticulación del MLN y la detención o muerte de casi todos sus integrantes. Paralelamente se denuncia la muerte por torturas de personas detenidas en establecimientos militares entre abril y noviembre.

El 30 de setiembre se produce la ocupación del edificio central de la Universidad por integrantes de un grupo de extrema derecha.

El 26 de octubre ocurre la detención del Dr. Jorge Batlle Ibáñez y su reclusión en la Región Militar No. 1.

El 1 de noviembre el Senador Amílcar Vasconcellos da lectura a un documento militar que plantea acciones contra los partidos políticos.

El 20 de junio de 1972 en Uruguay, exhuman a Pascasio Báez (n. 1925), peón rural asesinado por los Tupamaros el 21 de diciembre de 1971.

El 4 de enero de 1963 se aprueba la Ley de Educación General.

El 31 de enero el Senador A. Vasconcellos denuncia planes de golpe militar.

Los días 9 y 10 de febrero se difunden los Comunicados 4 y 7 de las FF.AA., que habían ocupado las emisoras de radio propalando marchas militares desde el inicio de la jornada.

El 9 de febrero se conoce la ocupación de la Ciudad Vieja por fuerzas de la Marina.

El 13 de febrero, mediante el “Pacto de Boiso Lanza” Bordaberry acepta la creación del Consejo de Seguridad Nacional (COSENA).

El 23 de marzo la Junta de Comandantes de las FF.AA. acusa de corrupción a los políticos.

La Convención Nacional de Trabajadores (CNT) emite un comunicado en el que reclama la renuncia de Bordaberry y valora positivamente los comunicados 4 y 7.

El 31 de marzo hay entrevista de la dirigencia de la CNT con la Junta de Comandantes.

El 1 de abril un comunicado de la Junta de Comandantes proclama el carácter irreconciliable de sus diferencias con la CNT.

El 30 de abril hay una solicitud de desafuero contra el Senador Enrique R. Erro.

El 27 de junio hay un rechazo del pedido por la Cámara de Representantes. Ese mismo día el Presidente dicta un decreto de disolución del Poder Legislativo y la prohibición de mencionar en los medios de comunicación el término "Dictadura".

El 27 de junio de 1973 se consagra el Golpe de Estado en Uruguay: el presidente de la República, Juan María Bordaberry disuelve el Parlamento con el apoyo de las Fuerzas Armadas (Ejército y Fuerza Aérea) y la oposición de la Armada, que realiza barricadas en la Ciudad Vieja. Tiene lugar el Paro General hasta el 9 de julio de 1973. Purriel renuncia el mismo 27 de junio junto a otros Ministros.

El 30 de junio un Decreto dispone la disolución de la CNT.

El 1 de julio se producen declaraciones de Wilson Ferreira Aldunate desde Buenos Aires.

El 3 de julio por decreto se dispone la creación de las Juntas de Vecinos en cada departamento, en sustitución de las Juntas Departamentales. En la misma fecha se expropia la Compañía del Gas.

El 5 de julio se produce un documento conjunto del Partido Nacional y el Frente Amplio, denominado "Bases para la salida de la actual situación".

El 9 de julio: una manifestación contra el golpe de Estado convocada a las 5 en punto de la tarde, es respondida con fuerte represión. Ese mismo día se produce la detención del Gral. Líber Seregni.

Del 26 al 30 de agosto se reúne el Cónclave gubernamental en San Miguel, donde se fijan lineamientos de política económica.

El 6 de setiembre se produce el secuestro de los jefes del MLN detenidos en el Penal de Libertad por parte de las FF.AA.

En setiembre se realizan las primeras elecciones universitarias con voto secreto y obligatorio, con amplio triunfo de las listas gremiales.

El 28 de octubre un decreto dispone la intervención de la Universidad de la República y la detención del Rector y los Decanos.

El 19 de noviembre el Gral. Juan Domingo Perón, presidente constitucional argentino, visita el país y se firma el tratado de límites del Río de la Plata, que desde la década del 40 estaba pendiente.

El 19 de diciembre un decreto dispone la disolución de la FEUU y de los partidos marxistas y clausura sus órganos de prensa.

El 16 de enero de 1974 se dispone la exigencia del Certificado de Fe Democrática a los funcionarios públicos, siendo cesados los funcionarios docentes de la Universidad que no cedieron a la arbitrariedad.

El 21 de febrero se aprueba la Ley Orgánica Militar.

El 28 de marzo se aprueba la ley de promoción industrial y ley de inversiones extranjeras.

El 30 de marzo en Roma se producen las denuncias de Zelmar Michelini ante el Tribunal Bertrand Russell.

25 de abril se dispone la clausura definitiva del diario opositor Ahora.

7 de mayo Prohibición de las manifestaciones públicas de la asociación "Tradición, Familia y Propiedad".

15 de mayo las FF.AA. aprueban el documento "Política general de la República" referente a los partidos políticos y al sistema electoral.

27 de junio, al cumplirse el primer aniversario del golpe de Estado, Bordaberry alude a la "restauración de la base política del poder civil" sobre fundamentos distintos de los que regían antes de 1973.

El 11 de julio el Ministerio de Vivienda y Promoción Social es creado.

El 11 de julio también se suprime el Ministerio de Transportes, Comunicaciones y Turismo.

El 16 de julio se establece la "información de conducta" en sustitución del "Certificado de conducta" para la gestión del pasaporte.

18 de julio el Ing. Alejandro Vegh Villegas es designado Ministro de Economía y Finanzas.

El 2 de noviembre se conoce la liberación provisional del Gral. Líber Seregni.

El 26 de noviembre se dispone la clausura definitiva del semanario Marcha.

En diciembre en París, se conoce el asesinato del Cnel. Ramón Trabajo (Agregado Militar en Francia y Gran Bretaña, y ex jefe de Inteligencia del Ejército).

El 20 de diciembre se registra el hallazgo de cinco cadáveres con signos de violencia en el Departamento de Canelones.

El 4 de febrero de 1975 un decreto designa a 1975 “Año de la Orientalidad” lo que en la correspondencia oficial, en todo trámite público inclusive en los títulos expedidos por la Universidad de la República.

La ONU expresa su desaprobación al gobierno uruguayo por sus relaciones con el régimen de Sudáfrica, que continúa con el “apartheid”, su política de discriminación racial.

El 16 de abril se dispone por el P.E. la disolución de la Federación de Profesores de Enseñanza Secundaria.

19 de abril en un discurso Juan M. Bordaberry expone lineamientos de un “nuevo Estado” sin partidos políticos.

30 de abril se producen manifestaciones relámpago en Montevideo con fuerte represión.

En el mismo mes renuncia el Supremo Tribunal Militar.

El 2 de mayo se dispone la clausura del diario El Día por una edición.

El 13 de mayo, por decreto ley se dispone la confiscación de bienes a personas detenidas por delitos políticos.

El 22 de mayo se produce un enfrentamiento entre Bordaberry y los jefes militares, por la remoción del Presidente del INAC, lo que culmina con un compromiso el 25 de mayo.

El 6 de junio se autoriza a la Dirección Nacional de Correos para confiscar la correspondencia considerada subversiva.

El 12 de junio en Rivera se entrevistan Bordaberry y Geisel, el militar dictador del Brasil.

En el mismo mes se proyecta la venta de dos fábricas de cemento de ANCAP y de la planta de “El Espinillar” a capitales sudafricanos.

El 26 de julio de 1975 los presidentes de facto de Bolivia, Hugo Banzer, y de Uruguay, Juan María Bordaberry, firman el acta de entendimiento bilateral.

8 de agosto se presenta por parte del Ing. A. Vegh Villegas la renuncia al cargo de Ministro de Economía y Finanzas, que le es rechazada.

El 21 de agosto se conoce una declaración de condena del Senado venezolano contra el régimen uruguayo.

En setiembre se registra un incidente diplomático por la presencia del Gral. Seregni en una recepción en la Embajada de México. La Intendencia de Montevideo privatiza AMDET.

La Cámara de Representantes de los EE.UU. manifiesta su preocupación por los Derechos Humanos en Uruguay.

20 de setiembre, visita de Bordaberry a Chile.

23 de setiembre, el Gral. Amauri Prantl denuncia en un acto patriótico una campaña de desprestigio contra el régimen en el extranjero.

30 de setiembre, el Poder Ejecutivo dispone la intervención del Sindicato Médico del Uruguay.

11 de octubre se prohíbe la lectura de una Carta Pastoral de la Conferencia Episcopal.

Entre octubre y noviembre se produce la detención por razones políticas de 520 personas. También la detención de dirigentes y militantes del Partido Comunista, la clausura de la Editorial Pueblos Unidos y del Instituto Cultural Uruguayo-Soviético. Tiene lugar la XI Conferencia de Ejércitos Americanos en Montevideo.

El 25 de octubre de 1975 fallece en Montevideo Pablo Purriel.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A		ALMIRATI, Juan	273
ABASCAL, Manuel	44, 45, 59	ALONSO, Justo Marcelo	498
ABDALA JORGE,		ALONSO LEGUÍSAMO,	
José Miguel	275	Justo María	416
ABDALA, Alberto	499	ALPUY, Julio Uruguay	27, 92, 95, 98
ABREU, Manuel	44, 51, 128, 231	ALTERWAIN, Paulo	422
ACEVEDO		ÁLVAREZ de	
de MENDILAHARSU,		DEMICHELLI, Sofia	229, 494
Sélika	296, 413, 434	ÁLVAREZ de SILVA	
ACHARD ABARACÓN,		LEDESMA, Aurora	417
Arturo	53	ÁLVAREZ, C.	410
ACHÚCARRO, Nicolás	455	ÁLVAREZ, Hermógenes	415, 495, 499
ACOSTA FERREIRA,		ÁLVAREZ MARTÍNEZ,	
Walter	296, 340, 341,	José	126, 195, 196,
	342, 415, 416		294, 296, 297,
ACOSTA y LARA,			340
Armando	504	AMARAL, Mauricio	132
ADAMI, Ángel	47	AMARGÓS, Rodolfo	30
AGÓS de PASTORE, G.	338	AMAYA, Alfredo	274
AGUIAR JAUREGUITO,		AMÉNDOLA, M. A.	341
Alberto	418	AMENGUAL DUPETIT,	
AGUIRRE BROUCHOU		Hugo	430
César V.	115, 201, 296	AMÉZAGA, Juan José de	494
AJURIAGUERRA		AMONDARAIN, Hugo	418
OCHANDIANO, Julián	414	AMONDARAIN	
ALBO, Manuel	343	MENDOZA, Jorge	418
ALDRIN, Edwin E. (jr.)	501	AMORÓS de LEÓN de	
ALFONZO PEIRANO,		DUTRA, Blanca	417
Ruben	319, 322	ANAVITARTE, Eduardo	258, 259
ALGORTA		ANDRADA, Elsa	27, 93, 98
PONCE de LEÓN,		ANDRADE OCHOA,	
Luis Felipe	430, 437	María Ruth	418
ALLENDE GOSSENS,		ANTONELLI MORENO,	
Salvador	288, 302, 430	Magdalena	494
ALMENARA IRIGOYEN,		ANTÚNEZ, Day Man	27, 91
Guillermo	245, 255, 297,	ANTÚNEZ, Gladys	106
	496	ARCE, Líber	437, 500

ARCOS PÉREZ, Mario	10, 84, 85, 115, 125, 126, 127,		
	200, 274, 294, 196, 297, 338, 339, 340, 341, 416, 417, 418		
ARDAO, Rómulo	337, 338		
ARDAO JAUREGUITO, Alberto Ruben	454		
ARDAO JAUREGUITO, Arturo	236		
ARDAO JAUREGUITO, Héctor A.:	333, 334, 336, 493		
ARECHAVALETA, José	402		
ARENA, Domingo	289		
ARENAS GAMBOA, A.M.	66		
ARETEO de CAPADOCIA	369, 381, 382, 392, 394		
ARÉVALO de ROCHE, Julia	494		
ARIGÓN, Nerys	201		
ARMAND UGÓN, Víctor	28, 128, 266, 275, 279, 293		
ARMELINO VILABONA, Ema Rosa:	26		
ARMSTRONG, Neil A.	501		
ARNAU de VILANOVA	385		
AROCENA OLIVERA, Enrique	418		
ARRAMBIDE (Farmacéutico)	46		
ARROYO TORRES, Ledo	498		
ARTEAGA, Jorge	100		
ARTEAGA, Margarita de	96		
ARTECONA; Héctor Mario	251, 253, 296		
ARZADUN, Carmelo de	27, 107, 111		
ARZUAGA SOTO, Julio	452		
ASSUNÇÃO, Fernando	418		
ASTIAZARÁN, Pantaleón	324		
ATTLEE, Clement	171		
AVELLANAL MIGLIARO, Carlos A.	276, 296, 418		
AVELLANAL MIGLIARO, Roberto	432, 445		
AVERROES	369		
AVICENA	395		
AYESTARÁN, Lauro	236		
AZAMBUJA, Néstor	434		
B			
BABINSKI, Joseph Jules			
François Félix	57, 115		
BACHINI BERRUTTI, Ofelia Rosa	10, 143, 175, 179, 181, 257,		
	420, 422, 423		
BACHINI, Antonio	418		
BADO, José Luis	188, 189		
BÁEZ, Pascasio	505		
BAGNULO SACOMANDI, Homero	430, 432, 438		
BAGURSKAS, Vitautas	277		
BAILLIE, Matthew	194		
BALDOMIR, Alfredo	492, 494		
BANG, Bernhard	69, 71, 75		
BANZER SUÁREZ, Hugo	508		
BARBA, Raquel	370		
BARBÉ SARAVIA, Mario	186		
BARBEROT, Roger	284		
BARIDON, nurse	189		
BARQUET BASIL, Alberto	275		
BARRA, Ruben	96		
BARRAGUÉ, A.D.	410		
BARRÁN, Bernardo	418		
BARREIRO, Daniel	418		
BARRIOS de MARTÍN, Esther	27, 93		
BARTABURU BAGALCIAGUE, Armando	418		
BARTHOLIN, Thomas	395		
BASTARRICÁ RAMÍREZ, Ernesto Ezequiel	295		
BATALLA, Hugo	356, 360		
BATISTA, Fulgencio	498		
BATISTA, Vladimiro	116		
BATLLE BERRES, Luis Conrado	279, 324, 495, 497, 499		
BATLLE IBÁÑEZ, Jorge	505		
BATLLE PACHECO, Ana Amalia	385		
BATLLE PACHECO, César	498		
BATLLE y ORDÓÑEZ, José	82, 385, 485, 486, 487, 495, 498		
BAUER, Julius	470		
BAZZANO, J. J.	334		
BÉCQUER, Gustavo Adolfo	387		
BEISSO, Américo	229, 326		
BELMONT PARKER, William	239		
BELTRÁN MULLIN, Washington	236, 499		
BELVISI, Walter	417		
BENDAHAN, Raúl	418		
BENTANCUR, Ariel	296		
BEOVIDE, Héctor	294, 296		
BERCIANOS CIVELLI,			

Carlos H.	276	BOUILLAUD,	
BERGALLI, Luis	46	Jean Baptiste	13, 190, 191, 192, 193, 194
BERGÉS, Pedro	403	BOUTON MARTÍNEZ,	
BERLAD, Samuel	319	Jorge	115, 126, 201, 247, 253, 265, 278, 280, 281, 282, 289, 294, 296, 297, 298, 299, 301, 302, 309, 311, 317, 318, 319, 339, 340, 427, 429, 430, 439, 474, 478, 499
BERMÚDEZ MARTINELLI, Oscar ("El Gaucho")	275	BRASELLI, Adelina	126, 296, 297, 341, 424
BERNACHIN, Norberto	417	BREHMER, Hermann	386
BERNARD, Claude	146	BRENA, Tomás Justo	
BERNASCONI	469	Germán Justino	354
BERRETA, Tomás	495	BRIDGE, Edward	414
BERRO ORIBE, Guido	503	BROCA, Paul	13
BERTA, Antonio	228	BRUCE, David	69, 70, 71, 72, 73
BERTA, Mario	47, 48, 49, 50, 423	BRUM, Baltasar	488
BESANÇON	57	BRUN CARDOSO,	
BEVAN, Aneurin	171	José Carlos	417
BEVERIDGE,		BRUNEL, M.	46
William Henry	171	BRUSS, Bertrand	417
BIGUET, Jean	482	BUGALLO, Marcial	417
BIRNFELD, Samuel	96	BULANTI, María Laura	91, 95, 96, 101, 107
BISSIO de TORRES,		BUÑO VÁZQUEZ,	
Cecilia	87, 94, 95, 96, 107	Washington	236, 415, 481, 499
BLANCO ACEVEDO,		BUONARROTI,	
Eduardo	29, 276, 279, 403	Miguel Ángel	63
BLAU LIMA, Luis	14, 27, 95, 107, 109, 345	BURGOS, Juan José	418
BLEWJAS de NUDELMAN,		BURGUEÑO, Carlos	501
Lola	294, 296	BURGUEÑO MIGUEL,	
BLIXEN, Samuel	47	Domingo	418
BOADA, M.	360	BURGUES ROCA, Sandra	32
BOFFI, H. J.	190		
BOGACZ, Jaime	434		
BOGLIACCINI de LODRÓN,			
Gustavo	290		
BOLENTINI, Néstor	417, 418		
BORDABERRY,			
Juan María	118, 149, 174, 175, 228, 283, 294, 323, 328, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 289		
BORDOLI, Miguel			
BORDONI POSSE,			
César	51, 52, 126, 334		
BORLANDELLI, Jorge	418		
BOROVICH, Bernardo	434		
BORRÁS, Antonio	342		
BOSCH del MARCO, Luis	337		
BOTTARO, Luis Pedro	403		
BOTTERO MORTARA,			
Virgilio	45, 59, 289		
BOTTINELLI, Eduardo	324		
BOTTINELLI, María Delia	276, 434		
BOTTO, Juvenal	278		
BOTTOM, Paul	303		

C

CÁCERES, Alfredo M.	27, 87, 111
CÁCERES, Esther	
CORRECH de	27, 48, 87, 107, 111
CAETANO, Gerardo	466
CAGNOLI, Hebert	337
CAGNONE, Gilber	418
CALDEYRO BARCIA,	
Roberto	267, 496, 502
CALMETTE, Albert	233, 386
CAMPALANS, Luis	251
CAMPIGLIA, Mario	318, 319
CAMPIGLIA, William	319, 320
CAMPISTEGUY, Juan	489

CANDAU, Alberto	401	CASTRO RUZ,	
CANEL, Josefina	27, 92	Fidel Alejandro	498, 500
CANOSO ARDIGÓ,		CASTRO, Andrés	44
Juan J.	126, 270, 296,	CASTRO, E.	333, 336
	297, 341, 426	CATALINA II (Rusia)	397
CANTOU, Francisco	418	CAT MONSEGUR,	
CANZANI, Raúl	204	Juan Miguel	280
CAÑELLAS, Antonio	417	CATTIVELLI, D.	410
CAORSI ARMELINO,		CAUBARRÈRE, Nicolás	245
Antonio	26	CAYO PLINIO SEGUNDO	394
CAORSI ARMELINO,		CAZES LAGEARD,	
Eduardo	26	Milton Quinto	296, 427
CAORSI CELAYA,		CELA TRULOCK,	
Amanda Isabel	24, 26, 31, 32	Camilo José	387
CAORSI PICASSO,		CENDÁN ALFONZO,	
Giovanni Marco (Juan)	26	Juan	245
CAPILLAS, Coralio	46	CERES, Alicia	451
CAPRA, Juan A.	229, 325	CERSÓSIMO, Pedro W.	356
CAPRON, André	283, 342, 482	CERVIERI, Álvaro	319, 320
CAPUTI, Tabaré	296, 359	CESIO, Laura	98
CARDOSO, José Pedro	355	CETRANGOLO, Antonio	291
CARDOZO ARRARTE,		CHAIN, Ernst Boris	495
Alfredo	417	CHARCOT, Jean Martin	13
CARLEVARO BOTTERO,		CHARLONE, César	46
Pablo Virgilio	289, 301, 430,	CHÉJOV, Antón	387
	440, 462, 501	CHELLE, Zoilo	324
CARLOTTA, Dora	28, 115, 254,	CHERRO AGUERRE,	
	264, 277, 294,	Miguel Ángel	295
	296, 337, 340,	CHEVALLOT, Marc	284
	341	CHIFFLET, Abel	10, 147, 148,
CARRERA HUGHES,			326, 334, 495
Eduardo	418	CHOPIN, Frédéric	387
CARRIQUIRY LECOUR,		CHOUZA, Carlos	434
Luis	290	CHURCHILL, Winston	493
CASAMAYOU, Eduardo	338, 339	CICAO, Practicante	46
CASAROTTI, Humberto	10, 49, 423	CIGANDA, Rodolfo	418
CASAS del RÍO, Dardo	418	CIRILLO APOLITO,	
CASSAMAGNAGHI,		José Pedro	246, 254, 270,
Antonio	74		277, 279, 280,
CASSINELLI,			294, 296, 305,
Juan Francisco	336		428
CASSINONI RODRÍGUEZ,		CLARK	215
Mario Alcides	245, 496	CLAVEAUX, Enrique	50, 325
CASTELAZZI, Diego	115	CLERC, Raúl	417
CASTELLANOS, Alfredo	329	CLIVIO, Susana	342
CASTELLS, Constancio E.	276, 324, 434,	COCCO, Miguel	430
	497	COHEN, Henry	10, 127, 417
CASTELLS, Horacio	96	COLLINS, Michael	502
CASTEX, Mariano Rafael	212	COLUNGA, O.P. Alberto	370
CASTILLO, Cátulo	389	COOLIGHAN SANGUINETTI,	
CASTILLO, Guido	28, 91, 107, 111	María Luisa	126, 417
CASTILLO, Luis A. (Ney)	438	COOMBS, Carey	194
CASTRO BIANCHINO,		COPPETTI, Mario Jorge	417
Edin Raúl	228	CORDERO del CAMPILLO,	
CASTRO BIANCHINO,		Miguel	393
Omar	228, 270, 294,	CORREA RIVERO,	
	296, 341		

Humberto	266, 295	de los SANTOS, Milton	418
CORRECH de CÁCERES,		De LUCCA, Adriana	342
Esther	27, 48, 87, 107, 111	de MARÍA, Pablo	486
CORVISART, Jean-Nicolas	194	de PENA, Mario	451
COUSIN, N.	360	de SALTERAIN, Joaquín	235, 238, 239, 488
COUZIS, A.	392	de SALTERAIN, Patricio	239
CRAFOORD, Clarence	436	DEBRÉ	460
CRAVIOTTO, Wilson	418	DECEDO, Hilda	294
CRAVOTTO, Mauricio	103	DEFFÉMINIS ROSPIDE,	
CRESTANELLO,		Héctor	434
Francisco A.	10, 147, 148	DÉJERINE, Jules-Joseph	57
CRISCI, Luis A.	418	del CAMPO, Estanislao	321
CRISPO AYALA, Eduardo	417	del CAMPO, Juan Carlos	305, 308, 497
CROSA DORADO,		DEL PINO BORALLO,	
Valentín	28, 266, 293	Alberto	418
CROSA, J.	342	del RÍO HORTEGA, Pío	455
CROTTI de DE BONI,		DELFINO, Heriberto	270
Irma	472	DELGADO, Eduardo	105
CROTTOGINI, Juan J.	202, 498, 499, 503	DELGADO, Honorio	424
CUADRI, Waldemar	418	DELGADO CORREA,	
CUENCA ESTRELLA,		Bolívar	430
Manuel	370	DELGADO CORREA,	
CULTELLI, Alfredo	501	Hugo	430
CURA, I.	357	DEMAESTRI, Pedro	39, 40
CURI-SAFI, Gabriel	274, 297	DEMARTINI MORALES,	
CUSANO, Ángel María	46	Federico	487
		DEMICHEL, Alberto	417
D		DEPAUL, Joseph	13
D'OTTONE, Dante	289	DETTWEILWER, Peter	386
D'OTTONE, Walter	296, 338, 339	DÉVÉ, Félix	405
DA COSTA	422	DEVINCENZI, Fernando	322
DA SILVA RODIO, Fredy	10, 420	DI LORENZO, Jorge	115, 296
DALÍ, Salvador	421	DÍAS GOMIDE, Aloisio	278, 502, 503
DALMÁS, Fernando	342, 434	DÍAZ POSE, Barrett	277, 295
DAMASCO, Hugo	174, 178, 182, 186	DÍAZ CASTRO, Héctor	73
DARDER, Ventura	423	DICANCRO INELLA,	
DAVISON, Francis Vardy	70	Miguel Isabelino	359, 360
de ARCO, Juana	240	DIGHIERO URIOSTE,	
DE ARMAS, Rafael	10, 453	Jorge	278, 436, 437, 479
DE BONI, Antonio	73, 433	DINI, Luis O.	418
DE BONI BADO,		DOLORES, (secretaria)	28
Juan Antonio	10, 73, 270, 276, 294, 296, 433, 434, 435	DOMAGK, Gerhard	492
de BOUILLON,		DOMINGO, Walter	235
Godofredo	240	DONATO, Edgardo	389
DE CASTRO, Alfredo	418	DRETS, Máximo	342
de CASTRO, Sergio	27, 92	DUBRA TAFERNABERRY,	
DE ESPADA, Roberto	105	Jorge	281, 338, 435, 436
DE FERRARI, Francisco	353	DUBRA, Arturo	355
De GAULLE, Charles	240	DUBRA GARCÍA, Jorge	438
DE GUISA	240	DUBRA GARCÍA, Sarah	438
de los SANTOS, Daniel	27, 89, 90, 92	DUJARDIN, Félix	399
		DUKES, Cuthbert Esquire	143
		DUMAS (hijo) Alejandro	387

DUNDAS, David	194	FAGET-PURRIEL, Luis E.	10, 23, 28, 30, 32, 144, 151, 323
DUPIT, Pablo	10, 151	FARAONE, Roque	236
E		FARAT	319
ECHEGOYEN,		FASCIOLI, Ángel A.	423
Martín Ricardo	417	FERNÁNDEZ CASELLA,	
ECHEVERRY STIRLING,		Godofredo	304
José Enrique	417	FERNÁNDEZ (ingeniero)	286
ELENA, Andrés	298	FERNÁNDEZ CRESPO,	
ELENA PERCOVICH,		Daniel	308, 499
Ricardo J.P.	9, 126, 270, 273, 280, 291, 296, 297, 298, 437, 438, 441	FERNÁNDEZ DÍAZ,	
ELENA, (Contador)	287	Enrique	501
ELICHIRIGOITY, Fernando	358	FERNÁNDEZ FABRELLAS,	
ENCISO, Ricardo	296, 335, 336	Estrella	132
ENGELS, Federico	304	FERNÁNDEZ MARANA,	
ENRÍQUEZ FRODDEN,		Gonzalo	252, 254, 258, 290, 425
Hugo	245, 255, 496	FERNÁNDEZ ORIA,	
ENRÍQUEZ	194	Walter	289, 293, 304
ENRÍQUEZ, Miguel	424	FERNÁNDEZ REY,	
EPIFANIO, Cleopatra	26, 44, 51, 53, 296, 336, 337	Jorge	270, 294, 296, 442
ERRO, Enrique R.	355, 506	FERNÁNDEZ RÍOS,	
ESPALTER, José	279	Ovidio	469
ESPASANDÍN, Joaquín V.	65, 66, 296, 334, 335, 336, 337, 338, 339	FERNÁNDEZ SALDAÑA,	
ESPASANDÍN, Walter	115	José María	236
ESPERÓN RODRÍGUEZ,		FERNÁNDEZ, Guillermo	150
Rubens G.	281	FERNÁNDEZ, Lidia	342
ESPINO, Matilde	282	FERNÁNDEZ, Lidia	342
ESPÍNOLA, Julio César	417	FERREIRA ALDUNATE,	
ESPÍNOLA, Paco	471, 466	Wilson	228, 283, 502, 504, 506
ESTABLE FALLOBELLA,		FERREIRA BERRUTTI,	
Clemente	415, 428	Pedro	245, 335, 415
ESTABLE PARODI,		FERREIRA MÁRQUEZ,	
José Jesús	44, 51, 53	Ciro Marco	229, 409, 410
ESTAPÉ, José María	487	FERREIRA, Fermín	12, 47, 168, 233, 256, 329, 427, 434, 443, 445, 449, 450, 469, 472
ESTEBAN, María	457	FERREIRA, Juan P.	418
ESTEVA, Eduardo	418	FERRER, Arturo	326
ETCHEGORRY, Fernando	334	FIANDRA CUCULIC,	
ETCHEVERRY,		Orestes	436
Gonzalo "Bubby"	322	FIELITZ, Carlos	297
ETORENA ONETTI,		FIGARI, Pedro	486
Omar	251, 277, 289, 296, 432, 440, 441	FISCHER, Carlos	497
EY, Henri	421, 423, 424	FISCHER,	
EYRE, J.W.H.	66	Tabaré Mario "Tito"	84, 86, 107, 121, 126, 195, 197, 199, 251, 270, 277, 278, 294, 296, 297, 330
F		FLEMING, Alexander	489
FABIUS FELDMAN,			
Adolfo Wolf	254, 294, 296		
FADOL CESIN, Anuar	296, 441		

FLOREY, Howard Walter	495	GARCÍA COSTA,	
FLY, Claude	502	Guillermo	360
FOGEL de KORC, Eva	9, 126, 249, 258, 294, 296, 297, 341, 443	GARCÍA FONTES,	
FOLLE RICHARD,		Walter	246, 254, 255, 305, 429
Juan E.	434	GARCÍA GABARROT, G.	189
FOLLE RICHARD,		GARCÍA LARRIERA,	
Luis E.	268	(enfermeros)	189
FONSECA, Gonzalo	27, 92, 95, 96	GARCÍA NOVALES, Jorge	189
FONSECA PIAGGIO,		GARCÍA OTERO,	
Daniel C.	201	Julio César	52, 128, 244, 252, 254, 275, 290, 300, 303, 305, 306, 308, 309, 324, 325, 429, 440, 470, 497
FONTANA, Emilio	266	GARCÍA PINTOS,	
FORLANINI, Carlo	384	Salvador	487
FOSALBA, Carlos María	289	GARCÍA REYNOSO	442
FOSSEMALE DE LA FUENTE,		GARCÍA, Sara	438
José R.	266, 296	GARDEL, Carlos	389
FOURCADE, Miguel	39	GARY VENDITTI, Ruben	289
FOURNIER REISSIG,		GASPARY, Fernando V.	427
Pepita	469	GASTELUMENDI,	
FRANÇA, José Francisco	417	Manuel	418
FRANCHI PADÉ, Héctor	125, 126, 129, 200, 265, 273, 419, 452, 497	GATTI, Gerardo	273
FRANCO BAHAMONDE,		GAUTIER, Margarita	387
Francisco	492	GAYOSO, Manuel	289
FREGEIRO, Oswaldo	434	GELPI, Carlos A.	418
FREIJEIRO, Roberto J.	28	GEMMEL, M.A.	402
FREIRE de ADDIEGO,		GENINAZZI, Héctor	410
Gladys	417	GENTIEU, Luis A.	27, 92
FREIRE de GARBARINO,		GERSTLE de PASQUET,	
Mercedes	442	Judith	434
FRIEDRICH, María	21	GESTIDO, Óscar Diego	499
FRUGONI QUEIROLO,		GIACOIA, Andrés	407
Emilio	283, 323, 488, 491, 493, 497, 500	GIANNATTASIO, Luis	499
FULQUET, Eugenio	296	GIANNI, Julieta	296
G		GIAUDRONE, Carlos	94, 102
GABITO BARRIOS,		GIBSON, A.G.	194
Antonio	418	GIL RIVERA, Manuel	445
GAGGERO, Mario	417	GIL y PÉREZ, Juan Ignacio	9, 14, 15, 27, 28, 95, 106, 107, 108, 109, 151, 345
GAIONE, Felipe	437	GIMÉNEZ, Elbio	266
GALAGORRI BRUCHE,		GINÉS ÁLVAREZ,	
Eduardo	418	Ángel Manuel	28
GALDÓS, Plinio	487	GINÉS ZELADA,	
GALENO de PÉRGAMO	369, 385, 392, 393, 394	Ángel Ramón	53
GALLINAL, Alejandro	402	GIORDANO VICENTE,	
GANDINI, Raúl	319	Álvaro	10
GANZ, William	269	GIUDICE, Delia	456, 458
GARCÍA BRUNEL,		GIURIA, Cristina	96
María Elena	27, 92	GIURIA, Juan	236
GARCÍA CAPURRO,			
Federico	324, 417, 463		

GLE Y	470	GUTIÉRREZ RUIZ,	
GOEZE, Johannes		Héctor	360
August Ephraim	397	GUTIÉRREZ, A.	357
GOLGI, Camilo	385	GUTIÉRREZ, Adolfo	417
GOMENSORO CABEZUDO,		GUTIÉRREZ, Alejandra	14, 27, 95, 107,
José Bernardino	275, 276, 423,		109, 345
	434	GUZMÁN, Leonardo	49
GÓMEZ GAVAZZO,		GUZMÁN, Walter	274, 297
Carlos	103		
GÓMEZ GIL,		H	
Juan de Dios	444	HABER, Alicia	93
GÓMEZ GOTUZZO,		HAEDO, Eduardo Víctor	498
Francisco ("Franco")	275	HAMELIN, Frères	31
GÓMEZ GOTUZZO,		HARRISON, Faustino	498
Juan de Dios	275, 296, 304,	HARTMANN,	
	342, 444, 445,	Philipp Jakob	395
	446	HARWOOD, Henry	492
GÓMEZ HAEDO,		HEBER USHER, Alberto	499
Carlos Alberto	289, 305, 429,	HEBER, Mario	360
	432, 437	HÉCAEN, Henri	
GÓMEZ,		Hyacinthe Octave	414
Fernando Domingo	51, 128, 229,	HEGEL, George	
	326	Wilhelm Friedrich	304
GONZÁLEZ, Bari	357	HELLER, Pedro	469
GONZÁLEZ, Gabriela	10	HERNÁNDEZ, Felisberto	499
GONZÁLEZ, Gervasio	417	HERNÁNDEZ GILABERT,	
GONZÁLEZ, M.	342	Miguel	387
GONZÁLEZ, Yolanda	340	HEROPITO	68
GONZÁLEZ IBARGOYEN,		HERRERA RAMOS,	
Víctor	418	Fernando	125, 126, 129,
GONZÁLEZ MASEDA,			200, 265, 273,
Manuel	28		497
GONZÁLEZ PUIG, Raúl	115, 200, 201,	HERRERA y REISSIG,	
	294, 296, 340	Julio	469
GORLERO ARMAS, A.	336, 337	HERRERO, M.	334
GORSKY, Martin	172	HERTZOG	470
GRASSO, Rafael	228	HIGLER	194
GRAUERT, Héctor	355, 498	HINDENBURG, Paul von	491
GREFFET, Philippe	284	HIPÓCRATES de COS	66, 209, 217,
GREISSING, Alfonso	418		369, 373, 375,
GRILLE GONZÁLEZ,			385, 391, 392,
Alberto Rosendo	115, 296, 304		394
GRINÓ, Enrique	440	HITLER, Adolf	491, 492, 494
GRIOT, Ulises	423	HORMAECHE, Estenio	73, 75
GROSSO, Osvaldo	334	HORMAECHE, Pedro	469
GUANI, Alberto	494	HORROCKS, William	72
GUBLER, Adolphe-Marie	13	HORTAL PALMA,	
GÜELFI, Manuel	229	María Haydée	189
GUÉRIN, Camille	386	HORWITZ, Abraham	185, 498
GUERRA, Antonio	418	HOUSSAY, Bernardo A.	495, 502
GUEVARA de la SERNA,		HUGHES, Matthew Louis	72
Ernesto ("Che")	498, 500	HUMBOLDT,	
GUISANTES del BARCO,		Alexander von	386
Jorge A.	482	HUTCHINSON, Jonathan	132
GUTIÉRREZ BLANCO,		HUTINEL, Victor	470
Horacio	113, 121, 143		

I			
IBÁÑEZ, Roberto	323, 497	LAMANNA, Irma	418
IBARRA, Jesús Romualdo	448	LAMAS DELGADO, Alfonso	45, 46, 60, 293
IBARRA RUIZ, José Pedro	28, 126, 245, 254, 274, 296, 297, 448, 480	LAMAS DELGADO, Eduardo	46
IDIARTE BORDA, Juan	485	LANGSDORFF, Hans	492
INVERNIZZI, Dinor	244, 245	LANNE, María Eloísa	296
IRISARRY, Eduardo	93, 96	LANZA SERÉ, Aquiles Ricardo	356
ISOLA DUPONT, Washington	245	LAPIDO DÍAZ, Gonzalo	259, 290
J		LARGHERO YBARZ, Pedro	24, 28, 205, 219, 220, 221, 222, 224, 225
JACCOUD, Segismund	13	LATORRE, C.	338
JACKSON, Geoffrey	503	LAUBRY, Charles	194
JAMES, G.	340	LAUGIER, Stanislas	13
JAUMANDREU VALVA, Ciro	465	LAUNY, Stella	32
JAUREGUI MARIEYHARA, María del Luján	450	LAVAL, R.E.	66
JEANNERET GRIS, Charles Edouard	104	LAZARTE, Juan	289
JENNER, Edward	194	LE CORBUSIER	104
JIMÉNEZ DÍAZ, Carlos	460	LEBORGNE, Ernesto	94, 102
JIMÉNEZ DÍAZ, Carlos	212	LEBORGNE PUEYREDÓN, Félix	254
JOHSTONE, Ralph	72	LEIBNER, León	437
JONES BROWN, Alfredo	21, 235	LELOIR, Luis Federico	503
JUNG, Carl Gustav	421	LEMA, (Practicante)	46
JUNÉN, Irene.	338	LEMES, "Lindo"	275
K		LENGUAS, Luis Pedro	402
KACEVAS, David	296	LEZAMA, Arturo	497
KAFKA, Franz	387	LIBERMAN LERNER, Isaac	296
KALENBERG, Ángel	94	LIBEROFF, Manuel	151, 430
KEATS, John	387	LINNÉ, Karl von (Linneo)	396
KENNEDY, John Fitzgerald	498	LIVNI, José Luis	96
KIPLING, Rudyard	316	LOCKHART, Guillermo	228, 287
KLEMPERT, H.	342	LOCKHART, Jorge	53
KOCH, Robert	101, 335, 386, 388	LOCKHART, Washington	486
KORC, Israel	443	LOMBARDO, Ruben	286
KORITNICKY, Luis	296	LÓPEZ de AYALA, Pedro	395
KÜCHENMEISTER, Gottlieb Friedrich H.	400	LÓPEZ LEMES, María del Huerto	482
L		LORENZO OTERO, Jorge	434
LABAT, Marcelo	430	LORENZO y LOSADA, Héctor	499
LABORDE BERCIANOS, Jorge	417	LOUSTAU, César J.	88, 102, 103, 236
LABORDE, D.	342	LOZANO, Winston	285
LACAN, Jacques	421	LUCCHINI, Aurelio	236
LACROIX, R.	335	LUKSENBURG TUB, Jaime	295
LAENNEC, René		LUSSICH, Arturo	46, 60, 202, 324, 326, 488
Théophile Hyacinthe	192, 386, 398	LYFORD PIKE, Víctor	228
LAMAISSON, Alfredo	417		
LAMAISSON, Enrique	418		

M		
MACADAR CIRILLO,		102, 103, 107,
Omar	428	108, 109, 110,
MACAYA, Luis	406	122, 128, 229,
MACCAS, M.	392	496
MACHADO INCHAUSPE,		MARTOY, José
Neiby	32	326
MACHADO, Melisa	456	MARX, Carlos
MACKINNON	402	304
MACKINNON, Juan E.	482	MASLENIKOV, Valentina
MAESO, C. M.	236	434
MAGGI, Rodolfo	437	MASLÍAH, Roberto
MAGGIOLO CAMPOS,		115
Oscar Julio	499	MATTIAUDA, Luis
MAGURNO SOUTO,		27, 88, 91, 229,
Oscar	281, 290	230, 325
MAIMÓNIDES	369	MAURIZIO, E.
MAIO, Vicente	266	66
MALOSETTI, Hugo	334	MAZZUCHELLI, Hércules
MALPIGHI, Marcello	396	281
MANINI RÍOS, Hugo	418	MEDINA, Julio
MANN, Thomas	387, 388	150
MAÑÉ, Alberto	44, 385	MEDINA, Mario
MAÑÉ GARZÓN,		251
Fernando	9, 13, 30, 43, 45,	MEDOC AGUER, Juan
	47, 48, 49, 50,	454
	51, 52, 55, 132,	MEDOC, Juan
	291, 385, 402,	10, 120, 296,
	457	434, 453,
MARGOLIS ROM, Efraín	151, 289	454, 455
MARIÁTEGUI, Javier	424	MEERHOFF, Walter
MARINO PERCIANTE,		341
Uruguay	38, 44, 53	MELLER, K.F.
MARIZCURRENA, S.	334	73
MÁRQUEZ, Elsa	341	MELLO AGUERRE,
MARSTON, Jeffery Allen	69, 71	Miguel A.
MARTÍNEZ BARRIOS,		278, 279
Lilian	266	MENA SEGARRA,
MARTÍNEZ CAMUSSO,		Antonio
Hilda	456	329
MARTÍNEZ PESQUERA,		MENCHACA, Juan R.
Guzmán	423, 424	27, 107, 111
MARTÍNEZ TRUEBA,		MENCHACA, Juan
Andrés	496	27, 107, 111
MARTÍNEZ VISCA,		MENDILAHARSU,
José Pedro	180	Carlos
MARTÍNEZ, Claudio	282	414
MARTÍNEZ, Enrique	115	MENDOZA, Daoiz
MARTÍNEZ, Martín C.	417	296, 334, 338
MARTÍNEZ, Walter	487	MENDOZA, Gloria
MARTÍNEZ, Werther	418	296, 342, 294
MARTIRENÉ, Alberto	186	MENÉNDEZ, Justino
MARTIRENÉ, José René	22, 27, 29, 30,	487
	81, 82, 83, 84,	MERNIES, Germán
	86, 88, 89, 91,	465
	96, 98, 100, 101,	MÉROLA SÓNORA,
		Lorenzo
		454
		MESA, Guillermo
		451
		MESCIA, C.
		341
		MESÍAS, L.
		342
		MESTER, Roberto
		266
		MICHELINI COSTA,
		Luis
		276
		MICHELINI GUARCH,
		Zelmar Raúl
		503, 504, 507
		MICHELLI, Julio César
		418
		MICLOUD, Julio
		101
		MIERES GÓMEZ,
		Gustavo
		347
		MIGLIARO BOSCH,
		José Pedro
		125, 126, 129,
		200, 265, 273,
		309
		MILESSI, Ricardo
		418
		MILLOR, Pablo
		418
		MINKOWSKY, Eugène
		421
		MIQUELARENA, Héctor
		115
		MIRA y LÓPEZ, Emilio
		424
		MIRABAL de la LLOSA,

Horacio José	438	MURGUÍA, J. L.	73
MITRIONE, Dan Anthony	502	MURIALDO, Sara	27, 29, 81, 83, 109
MODIGLIANI, Amedeo	387	MUSSIO, Juan M.	469
MONET, Jean-Baptiste de (LAMARCK)	397	MUSSIO, Lorenzo	359
MONTERO, José María	400	MUSSIO FOURNIER, Juan César	50, 126, 254, 308, 464, 466, 467, 469, 471, 472, 470
MONTERO, José María	400	MUSSIO FOURNIER, Rafael	469
MONTERO, Sergio	96	MUSSOLINI, Benito Amilcare Andrea	488, 492, 494
MONTES PAREJA, Justo	44	MUXÍ FRECCERO, Fernando	290, 427
MONTEVERDE, Felipe L.	229, 326	N	
MONTI, Jaime	410	NÁCAR FUSTER, Eloíno	370
MONTIEL BALLESTEROS, Adolfo	323, 324, 497	NARANCIO, Atilio	229
MORALES LESA, Ademar I.	289	NARANCIO, Edmundo	425
MORÁN CHARQUERO, H.	502	NARDONE, Benito	498
MORELLI, Juan Bautista	9, 13, 26, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 150, 336, 342, 343, 384, 385, 449, 455, 496 342	NAUNYN, Bernhard	400
MORELLI, R.	342	NAVARRETE SALGADO, Eduardo	131, 133, 135, 294, 296, 340, 341, 462
MORELLI MACKINNON, Alberto Carlos	54, 296, 297, 455, 456, 457, 458, 480	NAVARRO BENÍTEZ, Alfredo Mónico	38, 46, 60, 221, 222, 223, 299, 490
MORQUIO BÉLINZON, Luis	38, 50, 470, 488	NAVARRO, F.	66, 74
MORQUIO YÉREGUI, Atilio Fermín	277, 427, 435, 438, 440, 451, 452, 462	NESPAHERAN	371
MOSKOVICS, Andrés	27, 92, 105	NIETO, Verónica	188
MUNILLA, Alberto	245	NIN y SILVA, Julio	73, 75
MUNTHE, Axel	387	NISKI de RYDEL, Rosa	126, 294, 296, 297, 342
MUÑOZ MONTEAVARO, Cándido	127, 343	NOWINSKI, Aron	116, 243, 249, 359, 473
MUÑOZ, Basilio	486	NOZAR NÚÑEZ, José	275
MUÑOZ, José	46	NÚÑEZ ARRÚA, Mario	14, 27, 95, 107, 109, 345
MURAS PORTAS, Olga María	28, 115, 139, 200, 201, 236, 251, 253, 266, 274, 275, 277, 278, 280, 294, 296, 297, 306, 334, 338, 339, 340, 341, 342, 458, 461	NÚÑEZ, Ramón J. "Negro"	274, 297
MURGER, Henri	387	O	
MURGUÍA, C. N.	73	ODDIE, Sir John Anthony	481
		ODDONE, Juan	236
		OEHNINGER RIBEIRO, Carlos	259, 306
		OLASCUAGA, Teresa	27, 93
		OLIVEIRA-BOTELLO	384
		OLIVER, Carlos	289
		OLIVERA, Félix Ángel	46
		ORCOYEN, Ramona	18, 22, 33
		ORCOYEN, Vicente	20
		ORDÓÑEZ, Daniel	418

ORTIZ, Dardo	360	PEREYRA-REVERBEL,	
ORTIZ, Víctor	418	Ulysses	500, 503
OSIMANI, Juan J.	228	PÉREZ BETVEDER, Sergio	178
OSLER, Sir William	142, 207, 212, 213, 341	PÉREZ FONTANA,	
		Velarde	108, 291, 338, 404, 406, 407, 469
OTERO, Alejandro		PÉREZ MOLINA,	
(Comisario)	178	Miguel E.	381, 382
OTT, Carlos	111	PÉREZ ROSSEL,	
		Guillermo	183
P		PÉREZ VILLAREJO, Luis	319, 320
PACHECO-ARECO, Jorge	160, 169, 283, 500, 501, 503, 504	PERINETTI GARCÍA,	
PAIS, Tito	277	Genaro	418
PALLAS, Peter Simon	397	PERNIN, Alfredo	245
PALMA, Eduardo C.	276	PERÓN, Juan Domingo	507
PANGAS, Julio César	291	PERONI, Roberto	115, 201, 296, 334, 339, 340
PANIZZA BLANCO,		PHILLIPS	274
Ángel	325	PIAGGIO BLANCO,	
PARADA, José	410	Raúl A.	125, 126, 129, 343, 429, 449
PARADA, Ricardo	410	PIAGGIO, Aristeo	28, 44, 51, 53, 61, 65, 128, 131, 133, 135, 296, 333, 334, 335, 336, 337, 341
PARDO, Juan	27, 92	PICASSO, Pablo	87
PAREJA PIÑEYRO,		PICHON RIVIÈRE,	
Mario César	366	Enrique	424
PARIETTI, José		PIENDIBENE, Carlos	244, 464
PARIS, Blanca	236	PIENDIBENE, Domingo	244
PARNÁS, Judith	281, 298	PIENDIBENE, Radamés	116, 244, 245, 464
PASCALE, E.	342	PIETROPINTO, Javier	24
PASEYRO, Pedro	334	PINTOS RISSO, Walter	175, 181, 186
PASTEUR, Louis	386	PIÑA de TORRES GARCÍA,	
PASTORINO, Juan	326	Manolita	94
PATOCCHI, Willy	417	PIÑEYRO del CAMPO,	
PAULO, Gary	438	Luis	473
PAZOS, Juan Francisco	324	PIÑEYRO, José A.	126, 294, 296, 297, 339
PECANTET PFAFFLY,		PIÑEYRÚA, J. P.	339
Juan Carlos	296, 462, 463	PIOVANO, Sélika	28, 338, 339
PEDROSO,		PIROTTO, Jorge	189
Odair PACHECO	255, 496	PITCAIRN, David	194
PEDROZA	89	PIVEL DEVOTO, Juan E.	94, 100, 228
PEIRANO, Miguel	418	PLÁ IRIBARNE,	
PELLEGRINI GIAMPIETRO,		Juan Carlos	442
Gaetano	501	PLÁ VERDE, Juan Carlos	440, 449, 473
PENA, Antonio	338	POLAK, Moisés	455
PENADES, Carlos María	499	POLUX (seudónimo)	101
PENDE, Nicola	470	POMI, Jorge	290
PEPPER, William	206	POMMERENCK,	
PERDOMO, Roberto	291, 409, 410	Juan Carlos	28, 266, 280, 281, 282, 289,
PEREDA VALDEZ,			
Cisneros	487		
PEREIRA GONZÁLEZ, L.	504		
PEREIRA MANELLI,			
}Daniel	502		
PEREIRA SERRA, Miguel	418		
PEREIRA VILLANUEVA,			
Orlando Manuel	430		
PEREYRA FONSECA	75		

	296, 340, 342	65, 66, 73, 74,
PONCE de LEÓN, Joaquín	46	75, 78, 81, 84,
PONS SIERRA, Nora	10, 17, 28, 30,	85, 86, 87, 88,
32, 114, 151		89, 91, 94, 102,
PONS, Pedro	460	107, 110, 111,
PONS, Pedro	460	113, 114, 115,
POQUELIN (Molière),		116, 118, 119,
Jean Baptiste	387	120, 121, 123,
PORZECANSKI, Bernardo	228	124, 125, 126,
POSADA ALPUY, Octavio	10, 151	127, 128, 131,
POTAIN, Pierre-Charles	13	133, 135, 137,
POU ORFILA, Juan	38	139, 143, 147,
POU ORFILA, Juan	38	148, 149, 150,
POUEY, Enrique	403	151, 152, 153,
POU-FERRARI, Ricardo	9, 43, 45, 47, 48,	155, 156, 159,
	50, 51, 52, 55,	167, 168, 169,
	384, 385, 403,	170, 171, 173,
	457	174, 175, 176,
POZZI, Samuel	13	179, 186, 188,
PRADERI GONZÁLEZ,		189, 190, 195,
Eduardo	417	197, 198, 199,
PRADERI GONZÁLEZ,		200, 201, 202,
Raúl Carlos	32, 46, 309, 461	204, 219, 227,
PRADERI, José Alberto	473, 487	228, 244, 245,
PRADINES-BRAZIL, N.:	65, 66, 296, 335,	247, 249, 250,
	337, 338, 339	251, 252, 253,
PRANTL, Amauri	509	254, 263, 264,
PRANTL, M.L.	341	265, 266, 267,
PRAT, Domingo	405	268, 269, 270,
PRIARIO CESCHI;		271, 273, 274,
Julio C.	188, 189	275, 277, 278,
PROTO, Abel	115, 245, 255,	279, 280, 281,
296		282, 283, 288,
PUCCINI, Giacomo	387	289, 290, 291,
PUIG-SPANGENBERG,		292, 293, 294,
Alfredo	499	295, 296, 298,
PUPPO TOURIZ, Héctor	176, 423, 437	299, 300, 301,
PURCALLAS SERRA,		305, 306, 308,
Joaquín	115, 201, 296,	309, 311, 312,
	355, 359	313, 315, 316,
PURRIEL ORCOYEN,		317, 318, 319,
Antonio	18, 20, 21, 25,	320, 321, 323,
	114	324, 326, 328,
PURRIEL ORCOYEN,		329, 330, 333,
Dolores ("Lola")	18, 20, 21, 23	343, 344, 345,
PURRIEL ORCOYEN,		347, 359, 407,
Manuela	18	408, 409, 411,
PURRIEL ORCOYEN,		413, 416, 419,
Pablo	3, 5, 6, 9, 10, 11,	420, 421, 422,
	12, 13, 15, 17,	426, 427, 429,
	18, 21, 22, 23,	431, 433, 434,
	25, 26, 27, 28,	439, 440, 441,
	29, 30, 31, 32,	442, 443, 445,
	33, 34, 43, 44,	449, 452, 455,
	45, 47, 48, 50,	459, 460, 463,
	51, 52, 53, 61,	464, 465, 473,

	474, 495, 496, 497, 499, 503, 504, 506, 509	RICALDONI, Américo	43, 50, 414, 433, 470, 487, 497
PURRIEL, Juan A.	333, 455	RILLA, José	466
PURRIEL, Juan	18, 19, 33	RÍOS BRUNO, Guaymirán	255, 258, 443
Q		RIPA BARBIERI, Julio César	151, 296, 359, 366, 472
QUAGLIOTTI, Juan N.	38, 44	RISSO, Juan Ignacio	96, 107
QUEIROLO, Héctor	229, 326	RISSO, Rogelio	65, 66, 74, 128, 296, 334, 335, 336, 337
QUINTELA, Manuel	12, 29, 61, 264, 295, 429, 439, 449, 470, 487, 488, 489, 490, 497	RIUS, Juan Antonio	29, 30, 103
R		RIVERO, E.	410
RADAELLI, Mario	406	RIVERO, Pedro P.	417
RÁDICE, José Antonio	294	RIVERO, Vladimir	289
RAFFO, H.	341	RIZZI CASTRO, Milton	26, 73, 274, 297, 437
RAGNI, Héctor	6, 27, 91, 96	ROBERTS, E.N.	190
RAGNI, Joaquín	93, 96	RODÓ PIÑEYRO, José Enrique	99, 106
RAMBAUD, Elisa	239	RODRIGO GORINA, Carlos	281
RAMÍREZ, Baltasar Francisco	397	RODRÍGUEZ BARRIOS, Raúl	336
RAMÍREZ, Fortunato	423	RODRÍGUEZ BOSSI, José Luis	438
RAMOS, M.	342	RODRÍGUEZ CAMUSSO, A. Francisco	228, 288, 324
RAVENNA, Walter	280	RODRÍGUEZ CARRASCO, H.	356, 360
RAVERA CAMETTI, Juan Jorge	113, 115, 116, 195, 200, 201, 244, 245, 270, 294, 296, 455, 463, 464, 466, 471	RODRÍGUEZ CARRASCO, Hugo	356
RAVERA GIURIA, Rafael	417	RODRÍGUEZ CORREA, Manuel	498
RAVERA VERDESIO, Jorge Eduardo (Jr.)	464	RODRÍGUEZ de VECCHI, Victoriano	289
RAY, John	396	RODRÍGUEZ FABREGAT, Enrique	496
REAL de AZÚA, Carlos	236	RODRÍGUEZ GUERRERO	487
REBOLLO, María Antonieta	434	RODRÍGUEZ LARRETA, Daniel	417
REDI, Francesco	395	RODRÍGUEZ LÓPEZ, Juan	417
REGULES, Dardo	354	RODRÍGUEZ LÓPEZ, Manuel	88, 111
REGULES, Elías	488	RODRÍGUEZ MARGHIERI, Alberto	417
REILLY SALAVERRY, Ricardo	418	RODRÍGUEZ QUEREILHAC, Ariel	10
REY, Amadeo Joaquín	291	RODRÍGUEZ SILVA, Heber	270, 289, 324
REY TOSAR, Juan Carlos	415, 422, 423, 424	RODRÍGUEZ, Arturo	487
REYES, Hamlet	417	RODRÍGUEZ, Arturo	487
REYES TERRA, José María	176, 423	RODRÍGUEZ, Bernardino	276, 434
RHOADS, P.S.	206		
RIANI, Ruben	418		
RIBEIRO, Alceu	89, 92, 98, 106		
RIBEIRO, Edgardo	89		

ROGLIA, José Luis	436, 479	SALGADO, Susana	236
ROITMAN, David	297	SALSAMENDI, M.J.	342
ROLDÁN, Alberto	324	SALVERAGLIO,	
ROLLESTON, J.D.	192, 194	Federico José	203, 338
ROMERO LARRECHEA,		SAN JULIÁN, Jorge	434
Carlos E.	295	SAN NICOLÁS, M.	66
ROMERO PEREIRA,		SAN VICENTE,	
Mirta	438	Julián Luis	27, 92
ROOSEVELT,		SANARELLI, José	55
Franklin Delano	493	SÁNCHEZ CESTAU,	
ROSSELLO, Héctor J.	37	Ruth	254, 294, 296,
ROSSETTI, C.A.	66		317, 318, 319,
ROUTIER	194		320, 339, 342,
ROVIRA, Alejandro	357		474
ROVIRA, María Celia	27, 92	SÁNCHEZ PUÑALES,	
ROYO, M.	66	Soledad	116, 243, 249
ROYOL, José	366	SÁNCHEZ, Florencio	383, 384
RUBINO, Miguel	276	SANDINO, Augusto	
RUBIO, Antonio	355	Nicolás Calderón	287, 491, 492
RUDOLPHI, Karl Asmund	398	SANGUINETTI,	
RUGGIA, Raúl	434	Carlos M.	300
RUGGIERO, C.	338	SANGUINETTI,	
RUIBAL, (administrador)	275	Julio María	96, 97
RUIZ, María Modesta	448	SANJINÉS BROS,	
RUIZ-LIARD, Alfredo	28, 293	Aníbal Ulises	228, 339
RUSSELL, Bertrand	507	SANTANA ECHEVERRITO,	
		Juan	418
		SANTERO, Ernesto	266
		SANTOS PARADA, Rafael	10
		SANTURIO, Mariángela	9
		SAPRIZA VIDAL	335
		SARALEGUI BUELA,	
		José Pedro	437
		SARAVIA, Aparicio	45, 202, 267
		SARKISIÁN, Milton	277
		SARNO, Armando	326
		SAVIO, María A.	334, 339
		SAYAGO, Gumersindo	44
		SAZBÓN, Clemente	180
		SCARLATO, Silvia	302, 432, 451,
			453
		SCARONE, Arturo	102
		SCASSO, Juan A.	103
		SCHANTZ, P.M.	342
		SCHATZ, Albert	386
		SCHELOTTO, Felipe	430
		SCHISTER, Mauricio	274
		SCHORR	266
		SCOSERIA, José	55, 82
		SCREMINI, Pablo	38, 39, 299, 497
		SCUDAMORE, Charles	194
		SEE, German	13
		SEMBLAT, Carlos A.	487
		SENDIC ANTONACCIO,	
		Raúl	501
		SEOANE, César	487
S			
SACCHI-PEDETTI,			
Hugo Carlos	304		
SACCONI, Rodolfo	417		
SADER, Emilio	418		
SÁENZ, Abelardo	44, 326		
SÁENZ, Gilberto	38, 44		
SAGRERA, Daniel	229, 325		
SAINT-BOIS, Gustavo	6, 10, 11, 12, 14,		
22, 27, 29, 30,			
	81, 82, 83, 89,		
	90, 93, 95, 98,		
	99, 100, 101,		
	102, 103, 106,		
	107, 108, 109,		
	111, 112, 118,		
	151, 233, 234,		
	264, 265, 266,		
	273, 275, 278,		
	280, 284, 288,		
	289, 292, 294,		
	313, 329, 344,		
	345, 420, 425,		
	427, 442, 460,		
	461, 463, 482,		
	490, 495		
SALDAMANDO, Fabricio	32		
SALERNO, Jorge	501		
SALGADO, R. M.	355		

SERÉ del CAMPO, Jorge	417
SEREGNI, Líber	506, 507, 509
SERGEANT, Émile	57
SERRA, Gustavo	96
SERRA, Jorge	116, 236, 243, 249
SERRATO, José	489
SERSIRON, Gilbert	241
SERVETTI, Ángel	186
SETIÉN	277
SHAW, Ernest	72
SICA BLANCO, Yamandú	430, 437
SIEBOLD, Carl Theodor Ernst von	399
SIEMENS AMARO, Emilio	417
SILVA, Ernesto	463
SILVA, Rómulo	353, 354
SILVA GAUDIN, Euclides Edgardo	10, 26, 434
SILVA VILA, María Inés	316
SILVEIRA, Cesalino	418
SILVERI, Asdrúbal	189
SILVI, J.	190
SIMONETTI, Nelson	418
SIRI	285
SIVADON, Paul	424
SOCA BARRETO, Francisco	30, 123, 313, 470, 479
SOIZA LARROSA, Augusto	9, 15, 46, 81, 317, 318, 320, 322
SOLER, Miguel	282
SORIANO, Osvaldo	417
SOSA, José María	415
SOTO BLANCO, Juan	275
SOTO, Antonio ("Boy")	406
SPAGNA, Adriana	294, 296, 340
SPANGENBERG, Jorge	417
SPÁTOLA, Albérico	389
SPERANZA, Claudia	10
STAEHLE, J.	341
STAJANO, Carlos Vicente	199, 228, 250, 251, 300, 305, 488
STAJÁNOV, Alekséi	214
STALIN, José	493
STOCKMAN	194
STRUIMPELL	194
SUÁREZ CESIO, Hamlet	28, 293
SUERO CASTRO, Carlos	189
SURRACO CANTERA, Carlos A.	27, 29, 30, 81, 83, 103, 109
SURRACO CANTERA, Luis A.	27, 29
SURRACO, Norris	245
SZNAJDER ZAK, Jaime	10, 155, 174, 175, 176, 181, 186, 280, 281
SZYFRES, Boris	286
T	
TAFERNABERRY, Jean	436
TAFERNABERRY, Pierre	436
TARALLO, Nobel	430
TARRECH, Yanel	10
TATTI	384
TEJERA, Adolfo	228
TEMESIO, Perla	296
TEOFRASTO	394
TERRA LEIVAS, José Luis Gabriel	46, 279, 283, 348, 403, 469, 490, 491
TERRA URIOSTE, Conrado	487
TESTUT, Leo	25
TISCORNIA, Rodolfo	304
TOCCO, Jorge	296
TOLLET, Casimir	31
TOMALINO, Dante	28, 126, 139, 251, 253, 280, 294, 296, 297, 311, 334, 338, 339, 340, 341, 342, 459, 474, 475, 476, 478
TORRENS, María Luisa	93, 99, 100
TORRES CALVETE, Jorge	171, 296, 297, 476
TORRES de la LLOSA, Luis Alberto	334
TORRES GARCÍA, Joaquín	6, 9, 12, 25, 27, 29, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 110, 113, 266, 276, 344, 492, 495, 496
TORRES PIÑA, Augusto	27, 92, 94, 95, 96, 110
TORRES PIÑA, Horacio	27, 92, 94, 95, 110
TÓRTORA, H.	341

TOSI, Juan	236
TOSI, Leopoldo J.	235
TOST, Pedro	454
TOURNÉ, H.	360
TOURNÉ, Uruguay	360
TRABAL, Ramón	508
TRAIBEL, Jorge A.	115
TRINIDAD, Hugo	266, 274, 297
TROITIÑO, Liber	323, 497
TROUSSEAU, Armand	13, 192, 193, 194
TURENNE, Augusto	38, 50, 60, 347, 403, 486, 488
TURNES, Antonio L.	59, 70, 107, 109, 116, 243, 149, 299, 353, 384, 391, 438, 445, 448, 472, 481
TYSON, Edward	396

U

UGARTE ARTOLA, Raúl	228, 401, 403, 408, 409
ULIANOV,	
Vladimir Ilich (Lenin)	488
UNAMUNO, Miguel de	19
URIOSTE, José Pedro	46, 324
URIS, Juan R.	46
URRESTARAZÚ, Jorge	270, 296

V

VAEZA, Eusebio	189
VALLERY RADOT	460
VALLS, Orlando	293
VARELA BERRO,	
José Pedro	14, 281, 289, 328, 400, 429
VARELA FUENTES,	
Benigno	125, 276, 343, 452
VARELA, José Antonio	437
VARELA, María Inés	458
VARELA, Obdulio	466, 471
VASCONCELLOS,	
Amílcar	499, 505
VAZ FERREIRA, Carlos	492
VÁZQUEZ de NEGROTTO,	
Olga	434
VEGA, Dardo	463
VÉGH-VILLEGAS,	
Alejandro	417, 507, 509
VELASCO LOMBARDINI,	
Roberto	479
VELPAU, Alfred	13
VENTÓS, Héctor	319
VERDI, Giuseppe	387

VERNAZZA, Eduardo	88, 104, 105
VIANA REYES, Enrique	417
VICTORICA, Alejandro	266, 293
VIDOVICH, Orestes	252
VIERA, Atanasildo	418
VIERA, Feliciano	487
VIGNALE PEIRANO,	
Raúl	341
VIGNALE, Bartolomé	487
VILLALBA, Samuel	270, 280, 281, 359
VILLAR TEJEIRO, Hugo	255, 260, 276, 301, 334, 359, 366, 473
VINELLI, Héctor	289
VIRCHOW, Rudolf	345
VIRCHOW, Rudolph	477
VISCA, Pedro	13, 24, 43, 50, 63, 115, 116, 190, 343, 402

W

WAIL, Marcos	264, 296
WAINRACH, Salo	254, 296
WAKSMAN, Selman	386, 495, 497
WASZERSTEYN, Esther	446
WAYSBRD, John	297
WEIL	194
WEPFER, Johann Jacob	395
WIDAL, Georges-Fernand	194
WILLIMAN GONZÁLEZ,	
Claudio	420, 485
WILSON CASTRO,	
Eduardo	10, 116, 243, 247, 249, 434, 453
WINTERHALTER	115
WOLLGREN	460
WOLYVOVICS, Mendel	10, 26, 263, 267, 268, 269, 270, 295
WRIGHT, Frank Lloyd	103

X

XAVIER, Artigas	277

Y

YANNICELLI PRADERI,	
Eduardo	251, 254, 296, 339, 340, 352, 354, 358, 359, 437, 478
YANNICELLI PRADERI,	
Ricardo B.	177, 359, 360
YARZÁBAL TERRA, Luis	270, 280, 281, 282, 283, 284,

	285, 286, 288,	ZERBONI, Eugenio	245, 337
	289, 296, 342,	ZOLA, Emile	451
	481, 482, 483,	ZONKED	470
	492	ZORINI, Omodei	460
		ZORRILLA de SAN MARTÍN,	
		Alejandro	499
		ZORRILLA de SAN MARTÍN,	
		José Luis	469
		ZUBIRÍA, Alberto	497
		ZURMENDI CAPUANO,	
		José Glauco "Toto"	275, 276
Z			
ZABALZA ARROSPIDE,			
Pedro	498*		
ZABALZA, Ricardo	501		
ZAMMIT, Themistocles	70, 71, 72		
ZEDER, Johann			
Georg Heinrich	398		

Otras obras del autor:

El Pensamiento del Dr. Carlos María Fosalba. Junto al Dr. Juan Ignacio Gil y Pérez, premio del concurso. (1996).

Maimónides, el sabio sefaradí (2004), premio de la Federación Sefaradí Mundial. (2005).

Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo III. Junto al Prof. Em. Dr. Fernando Mañé Garzón (2006).

La Sífilis en la Medicina. (2007).

Recuerdos de los Comienzos de la Nefrología en el Uruguay. Junto a los Dres. Dante Petruccelli, Teresita Llopart y Ernesto Corio. (2009).

La Hidatidosis como problema de salud pública: una mirada histórica. Realizado para el XXIII Congreso Internacional de Hidatidosis, celebrado en Colonia del Sacramento, Uruguay. (2009).

Florencio Sánchez: Los misterios de su vida, pasión y muerte. (2010).

Los comienzos de la Hidatidología internacional. Realizado para la conmemoración de los 70 años de la Asociación Internacional de Hidatidología (2011).

Héctor Ardao. Maestro de la Cirugía Plástica Reparadora en el Uruguay (2011).

Hospital de Clínicas de Montevideo: Génesis y realidad (1887-1974). Junto a Eduardo Wilson, Aron Nowinski, Soledad Sánchez Puñales y Jorge Sierra. (2011).

Roberto Berro: El gran reformador de la protección a la infancia. Junto a Guido Berro Rovira. (2012).

La cardiología como pasión: Homenaje a Jorge Dighiero a los 100 años de su nacimiento. Comisión Honoraria para la salud Cardiovascular. Montevideo. (2012).

El Chumbo Ríos: ética, coraje y humanidad. Guaymirán Ríos Bruno (1928-2004). (2013).

La hidatidosis en el Río de la Plata. (2014).

Bernardo Porzecanski y su lucha contra la Rabia en el Uruguay. (2014).

La Sociedad Uruguaya de Pediatría en su Centenario 1915-2015. (2014).

Elio García-Austt Negri, el uruguayo que fundó la Sociedad Española de Neurociencia. (2015).

Efraín Margolis: un realizador en la administración de salud. (2015)

Echinococcosis 2016: La Echinococcosis desde el Río de la Plata al mundo. Comisión Zoonosis (2016).

El Hospital de Tacuarembó. 90 años de su inauguración 1927-2017. (2017).

Francisco V. Davison (1853-1921) De Edimburgo a Minas de Corrales. (2019).



EL AMBIENTE NECESARIO AL HOSPITAL MODERNO

Pertenece al grupo de médicos que en el balance de la enfermedad valoran en su justo término el estado espiritual del enfermo. Y esto caracteriza, en parte, la manera de aplicar la ciencia de curar a los seres humanos.

Es la tuberculosis una enfermedad de larga evolución, de porvenir incierto, en la que los estados de angustia y desesperación se presentan con inusitada frecuencia. La psicología de estos enfermos es profundamente modificada por la intensa preocupación que origina la enfermedad, a la que se suma el grave problema social que generalmente ellos tienen.

Es necesario desviar su atención, creando entretenimientos adecuados, que a su vez sirven de incentivo a la formación de una cultura que cree nuevos horizontes y renovadas esperanzas para el futuro. Es preciso crear nuevos refugios espirituales a estas almas atormentadas.

Nada mejor para ello que poner a estos seres en contacto con la más alta y pura manifestación del espíritu humano: la Pintura, la Música, la Literatura.

Es por esto que al hacernos cargo de este Servicio, fue una de nuestras primeras preocupaciones dar un contenido espiritual a la obra asistencial que el Estado ofrece.

Tuvimos la suerte de encontrarnos con un hombre de excepción – Don Joaquín Torres García – que en noble gesto altruista puso en forma desinteresada su Arte y el de sus discípulos a nuestra disposición, para dar color, intensidad y vida a estas paredes hasta ayer frías e inhospitalarias.

Otros delicados espíritus han tenido a su cargo la organización de una Biblioteca para proporcionar lecturas apropiadas y se estudia la posibilidad de ofrecer audiciones de música seleccionada.

Una honda satisfacción nos han producido estas realizaciones. Una vez más hemos ofrecido a nuestros asilados, lo que en situación similar hubiéramos deseado para nosotros mismos.

Dr. Pablo Purriel

ISBN: 978-9974-8710-6-9



9 789974 871069