

Antecedentes en la escuela clásica española de cirugía militar conservadora, del "método español" de tratamiento de las fracturas abiertas, desarrollado por el Dr. Manuel Bastos Ansart, en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, entre 1921-1936

P. Moratinos Palomero¹, J.A. Galán Torres², M. Fernández Domínguez³,
M.M^a. Moratinos Martínez⁴, J.F. Guijarro Escribano⁵

RESUMEN

Se relatan algunos hechos en la evolución del tratamiento de las heridas de guerra, y el cambio de estrategia tras la aparición de las armas de fuego. Se indica, que en la España hispanoárabe triunfa ya la cirugía conservadora, que a través de un período de incertidumbre con la irrupción de dichas armas, volvió a recuperarse en tiempos de Carlos I, por Andrés Laguna y Daza Chacón, estando vigente durante el siglo XVI y buena parte del XVII. Se expone que la escuela clásica de cirugía militar conservadora, netamente española, culminó una vez más en el último tercio del siglo XVIII, para consolidarse durante la Guerra de la Independencia (1808-1814), influyendo en Europa a través de médicos militares franceses como Barón Larrey, que exportaron el método conservador o método español, que se mantuvo durante las guerras carlistas a lo largo del siglo XIX, alcanzando el siglo XX. Por último, se plantea la influencia de esta escuela española —sin negar otras posibles— en el método desarrollado por el cirujano militar español Manuel Bastos Ansart —para el tratamiento de fracturas abiertas y heridas anfractuadas por arma de fuego— a partir de 1921, y que culminó hacia 1934, en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, hoy Hospital Militar Gómez Ulla, tratando heridos de la Revolución de Asturias.

PALABRAS CLAVE: Cirugía militar - Historia - Método español - Escuela clásica española de cirugía conservadora

Med Mil (Esp) 1998;54 (3): 183-188

ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS DE GUERRA POR ARMA BLANCA EN LA ANTIGÜEDAD Y EN LA EDAD MEDIA

Arthur J. Brock (1) recoge cómo en tiempos de Hipócrates apenas se realizaban amputaciones quirúrgicas, salvo en casos de gangrena. En la curación de las heridas Hipócrates propugnaba la cura seca, frente a la cura húmeda y la supuración, utilizando cataplasmas astringentes y renovando las curas con frecuencia. No debían lavarse las heridas, salvo con vino o agua muy limpia o hasta hervida y el operador había de tener bien limpias las manos y uñas. Mantenía que para tratar bien las heri-

das no era necesario torturarlas. Evitaba los apósitos grasos, esforzándose en llevar los bordes de la herida después de refrescados, a una unión cerrada. Reconociendo el reposo y la inmovilización; y que estarse quieto era un apósito mejor que el vendaje.

Celso propugnó un tratamiento de las heridas al modo hipocrático. Una vez lavadas con vino, agua caliente o vinagre, tras realizar la primera cura dejaba el apósito durante dos días, levantando la cura al tercero (2).

Galeno creía que la supuración o cocción era esencial en la curación de las heridas. Esta idea conduciría más tarde a la noción árabe de la "curación por segunda intención"; de los sedales y del pus loable, que aunque después combatida por Mondeville, Paracelso y Paré (3), no fue enteramente abandonada hasta los tiempos de Lister.

Avicena admitió que debían extraerse los cuerpos extraños de las heridas, si bien reconociendo que a veces podía representar un peligro su extracción, dejando entonces su eliminación al cuidado de la naturaleza "que les expulsa por medio de la supuración". Contra las hemorragias y el esfacelo, aconsejaba el empleo del cauterio, que debía remplazar, según él, al bisturí. Preconizando el vino como el mejor medio para curar las heridas (4) (figura 1).

Albucasis, en su obra *Chirurgia* (5), se ocupa de los síntomas de las heridas por saeta, y subordina su extracción, señalando que si se trata de un sitio interesante a la vida, no conviene la extracción porque no se conseguirá más que la muerte.

¹ TCol. San. Med. Anatomopatólogo

² Cte. San. Vet. Microbiólogo

³ Cap. San. Med. Cirujano máxilo-facial

⁴ Alumna de 2º ciclo de Medicina

⁵ Cte. San. Med. Cirujano cardiovascular

De los servicios de Anatomía Patológica¹, Cirugía Máxilo-facial² y Cirugía Vascular³ del Hospital Militar Central "Gómez Ulla", el Servicio de Microbiología e Histopatología del Centro Militar de Veterinaria⁴ y la Universidad de Alcalá de Henares⁵

Dirección para la correspondencia: Dr. Patrocinio Moratinos Palomero. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Glorieta del Ejército s/n. 28047 Madrid

Fecha de recepción del manuscrito: 20 de abril de 1998

Fecha de aceptación del manuscrito: 30 de abril de 1998



Figura 1. Cuadro alegórico al óleo de Izquierdo y Vivas (Museo del Ejército, Madrid). Representa al cirujano Maestre Diego de Villar, extrayendo una saeta, durante la batalla de las Navas de Tolosa (06.07.1212), a las órdenes de Rey Alfonso VIII de Castilla.

Junto a Avenzoar fueron los dos primeros cirujanos conocidos, en practicar ligaduras vasculares, “cuando por la compresión del dedo índice, o más aun no fuera suficiente la cauterización de la arteria, se procederá a su ligadura señalando: “*aut ligetur cum filo ligatione forti*”.

Para las heridas complicadas con fractura propone la restitución de los fragmentos en el mismo día, conteniendo primero la hemorragia. Pero si hay apostema cálido (inflamación), aconseja esperar a reducir la fractura al noveno día. Si el hueso fracturado presentase eminencia sobre la piel, indicaba reducir cuidadosamente con las manos, haciendo la extensión con suavidad y sosteniendo la reducción con una plancha metálica. En cuanto a las amputaciones, señala que deben hacerse cuando haya putrefacción. Esto da una idea de la altura alcanzada por la cirugía en la España árabe.

Población, en su obra *Historia de la Medicina Militar Española* (6), señala que en la medicina hispanoárabe, la ciencia de curar tomó un matiz español, con representantes como Hugo de Lirca, Arnaldo de Villanova, Raimundo Lulio, Juan de Valencia, Teodorico, Pedro Hispano y Gerardo Cremonese. Hugo de Lirca distinguió entre dos grandes grupos de heridas: unas que denominó “de simple solución de continuidad”, en las que preconizaba el ayuntamiento de las partes separadas, y otras que mostraban “solución de continuidad completa”, las cuales presentaban pérdida de sustancia. Respecto de las heridas de los huesos indicaba: “que si no reposan en ningún tiempo serán soldados”.

En la Edad Media, en la Escuela de Salerno autores como Roger y Ronaldo, propugnaron la supuración de las heridas como un efecto beneficioso por lo que estimulaban su producción, con pomadas, ceratos y envolturas húmedas, no suturando completamente las mismas, para no poner obstáculo a la salida del pus (7).

Bruno de Longoburgo escribe en pleno siglo XIII su obra *De Chirurgia magna e parva*, en la que, combatiendo por primera vez a los autores árabes, defiende el tratamiento seco de las heridas, opinión compartida por Teodosio el Catalán, que consideró un error el dogma galénico de la “cocción”, que no hace sino

“contrariar a la naturaleza, prolongar la enfermedad y estorbar la conglutinación y la consolidación de las heridas” (6,8).

Mondeville, discípulo de Lanfranchi, médico militar y cirujano de Felipe el Hermoso de Francia, ya en el siglo XIV, fue también partidario de evitar la supuración, utilizando curas sencillas y evitando los empastos galénicos.

IRRUPCIÓN DE LAS ARMAS DE FUEGO: MODIFICACIÓN DE LAS HERIDAS DE GUERRA Y DE SU TRATAMIENTO

Hieronymus Brunschwing, en su importante obra *Buch der Wundartznei* editada en 1497 (9), indicaba —al haber irrumpido con fuerza las armas de fuego— que las heridas por arma de fuego eran envenenadas por la pólvora, siendo esto más peligroso que la acción del propio proyectil, por lo que se debían extraer a toda costa estos últimos del fondo de la herida.

La adopción por los ejércitos de las armas de fuego y su progresivo desarrollo determinó una completa transformación, tanto de los procedimientos de combate, como de los conceptos de los cirujanos militares respecto de las heridas producidas, pues lo que bastaba para las heridas por arma blanca (doctrina de los antiguos y de los árabes), no era suficiente para las heridas por arma de fuego, desconocidas hasta entonces. Por ello se creó el concepto de que estas heridas eran venenosas y combustas, así lo mantuvo y difundió con su gran influencia el genovés, cirujano del pontífice Julio II, llamado Juan de Vigo y sus numerosos prosélitos, preconizando la cauterización de la llaga con hierro rusiente y las mutilaciones. Estas actuaciones fueron también adoptadas temporalmente por los cirujanos españoles (10,11).

El efecto de estas nuevas heridas era tal que en la crónica de Alfonso XI se señala cómo “morían todos los heridos sin que los auxilios de los cirujanos pudiesen evitarlo” (12). En el sitio de Algeciras por este Rey en 1342, los moros destruían las grandes máquinas empleadas por los sitiadores, con los proyectiles que enviaba la pólvora, y señala respecto de los heridos por arma de fuego “non habia cirujano ninguno que le pudiese aprovechar: lo uno porque venian ardiendo como fuego; lo otro, porque los polvos con que se lanzaban eran de tal manera, que cualquier yaga que ficiesen luego era muerto el home; y venian tan recias que pasaban un home con todas sus armas” (12).

El considerar al principio estas heridas por arma de fuego como mortales, explica su consecuencia inmediata, el abandono de estos heridos en el campo de batalla. Más tarde fueron consideradas como venenosas y combustas, lo cual hizo que el hierro y el fuego fueran la base de su tratamiento, hasta que se instauró un tratamiento más conservador de las mismas.

Los cirujanos árabe-españoles y los cristianos que, a través de una larga experiencia bélica, llegaron a cierto grado de perfeccionamiento en la terapéutica de las heridas de guerra, se vieron sorprendidos por las lesiones que causaban los proyectiles enviados por la pólvora y como señaló Población en 1877 (6): “cayeron en las prácticas mutilantes, que luego habían de arrojar con espanto volviendo a su antes sencilla y sensata terapéutica; a la cirugía conservadora, que ha sido y es hoy la gloriosa bandera de la medicina militar española”.

Comenge señala (13,14), con ocasión de la herida inferida en Barcelona por Canayamas a Fernando el Católico, el proceder en la curación de las heridas de los cirujanos españoles del siglo XV: "tres cosas hay que considerar... la primera, detener el flujo; la segunda, guardar la solución de todo podrimiento, y la tercera curarla con medicinas y gobiernos convenientes". Antes de realizar la sutura, la herida debía quedar limpia de toda materia extraña, y se seguía el proceder de dejar un orificio sin coser en la parte más baja de la herida, por donde pudieran correr los exudados.

Ambrosio Paré, cirujano de reyes de Francia desde Carlos IX a Enrique III, en los heridos de la batalla del Paso de Susa al faltarle el aceite para cauterizar, aplicó "un digestivo compuesto de yema de huevo, aceite rosado y trementina", su gran incertidumbre se trocó en agradable sorpresa al ver que al día siguiente, los no cauterizados estaban mucho mejor que los que sí lo habían sido, desde entonces se abstuvo de la cauterización, práctica que sería universalmente adoptada (10,15,16).

Guillameau, cirujano militar francés de la época, recomendaba además el desbridamiento a todo trance para la pronta extracción de los cuerpos extraños.

Hidalgo de Agüero (1530-1597), siguió la práctica de reunir inmediatamente los bordes de las heridas, con emplasto aglutinante, sin tocarlas en tres días, poniendo en práctica el consejo de curar por vía secante. Fue el nuevo apóstol del método conservador, que más tarde sería sistematizado y elevado a la máxima categoría, por el insigne cirujano militar Daza Chacón (17).

En el Ejército español, y al lado del Emperador Carlos V, actuaron facultativos castrenses tan eminentes como Andrea Vesalio, Lobera de Ávila, Andrés Laguna y Daza Chacón. Puede decirse siguiendo a Comenge, que durante el siglo XVI y buena parte del XVII, la cirugía española "puede figurar al lado de la italiana y no cede en méritos a la francesa" (13,14).

ESTABLECIMIENTO DEL MÉTODO CONSERVADOR EN LA CIRUGÍA MILITAR ESPAÑOLA

Hacia finales del siglo XVI Daza Chacón (médico y cirujano del emperador Carlos I y de Felipe II), escribió su *Tratado de Práctica y Teórica de Cirugía*. En la segunda parte de esta obra, titulada *Práctica y Teórica de la Cirugía de todas las heridas en general y particular* relata cómo en sus primeros tiempos, al igual que todos los cirujanos de entonces, trataba las heridas por arma de fuego de acuerdo con las teorías de Juan de Vigo, rellenándolas con lechinos empapados en trementina y aceite de sauco hirviendo, y siguiendo los demás procedimientos preconizados por dicho autor. Señala: "Esta manera de curar, usamos el año 44 estando la majestad del emperador Carlos V de gloriosa memoria, sobre Landresi; y esta usaba el doctísimo Vesalio, con la mala manera de cura, no sólo los heridos eran infestados con grandísimos dolores, y otros accidentes perniciosos, sino que además las llagas se hacían consordidas y pútridas y no nos podíamos averiguar con ellas" (18). Hasta que según refiere: "cómo llegó al campo un italiano llamado Micer Bartolomé, muy docto y de mucha experiencia, y comenzó a curar estas heridas de otra manera que nosotros las curábamos, que era como si curara una herida contusa, con lo cual ganaba mucha

prez y cantidad de escudos; que como no martirizaba a los heridos como nosotros lo hacíamos con cauterios, todo le sucedía bien y curaba en brevísimo tiempo respecto a lo que a nosotros nos duraban las curas. Visto y entendido el negocio por los buenos sucesos, y teniendo por cierto que si se curaban de otra manera perecerían muchos, determinamos seguir su parecer, y con él tuvimos muy buenos sucesos". Adoptó desde entonces el nuevo procedimiento, que fue respaldado por el Dr. Andrés Laguna que a la sazón llegó al Real de los imperiales.

Hernández de Morejón, en su *Historia de la Medicina Española*, señala este importante hecho del modo siguiente: "un cirujano italiano, Micer Bartolomé, y después Andrés Laguna, se presentaron en el campo curando a los heridos por un método más racional, y viendo sus buenos resultados, lo adoptó Daza; con lo cual logró enviar a la Corte gran número de soldados curados completamente" (19).

Población señala en 1877 refiriéndose al hecho citado: "A partir de este instante queda fundada la cirugía militar conservadora, que había de llegar a inmenso crédito; que hoy le tiene superior a todo encarecimiento" (6).

Daza Chacón —en la obra antecitada; en su tercero y último libro que trata de todas las heridas y en particular de las de los miembros— indica lo siguiente (18): "ni todas las heridas se han de ampliar ni todas las balas se han de sacar; si queréis que os diga una verdad con juramento, os aseguro que millares de heridos que he curado, muchos más sanaron de los que les dejé la bala en el cuerpo que no de los que la saqué, y así, si podía sacarlas con facilidad, lo hacía, si no, las dejaba, porque de dejarlas nunca tuve mal suceso, y de sacarlas, mucho". Aconsejaba levantar la primera cura al cuarto día.

Daza Chacón propugnó, que la extracción de los proyectiles debía verificarse, colocando al herido en la misma postura que al ser alcanzado por el proyectil, ya que sino los músculos cierran el orificio. También prefiere en el reconocimiento de la herida, el dedo a la tiente (instrumento metálico), fundándose en que aquel tiene gran sentido y no da lugar a equivocaciones. Se mostró contrario a entrar hacia el proyectil cortando y dislocando lo cual podía acabar con el herido, en cambio señalaba: "que la naturaleza lo viene a echar por espacio de tiempo sin lesión ni daño alguno".

En caso de fractura aconseja: "que si hay fractura y algunos huesos estuviesen pegados con el periostio, se dejarán, si para extraerlos hay que hacer esfuerzos, porque la naturaleza pródiga hace mayores milagros que echarlos, como sucede con las balas que suele presentar en la piel de donde con facilidad se sacan".

Respecto a la cura de las heridas por arma de fuego señala tres intenciones: 1ª convertir en materia lo contuso, 2ª limpiar o molificar la herida, después de digesta y 3ª engendrar la carne, inducir la cicatriz y corregir los accidentes, constituyendo así el método racional de *digerir, mundificar, encarnar y cicatrizar*, adoptado por la generalidad de los cirujanos españoles desde la época árabe.

En cuanto a los accidentes que podían ocurrir en las heridas señala los siguientes: 1º dolor; 2º inflamación; 3º calentura; 4º flujo de sangre; 5º espasmo; 6º perlesía; 7º gangrena y esfacelo. Los medios para oponerse a cada uno de ellos serían respectivamente, según Daza, los calmantes y sedantes, los emolientes,

el régimen, los estimulantes, y la amputación. Procuraba utilizar la ligadura de vasos, y sólo si fallaba ésta, la cauterización, pues era muy contrario a este último proceder (18). Como hemos indicado anteriormente, la ligadura de vasos fue ya practicada por Albucasis y Abynzoar, cinco siglos antes de ser considerada como original de Antonio Pareo, si bien este autor sistematizó su uso.

De lo expuesto, puede deducirse que el tratamiento de las heridas, tenía ya algunos principios muy sólidos, y en especial las producidas por arma de fuego, consideradas en un principio como incurables, y luego como combustas y envenenadas, pasaron a ser consideradas con posterioridad de la categoría de las contusas, y fácilmente curables en manos de los cirujanos militares españoles.

Antonio de Población en su obra antecitada (6) señala en 1877 que: "La cirugía militar española, había dado el mejor paso (se refiere a los tiempos y obra de Daza) para fundar su principio y engrandecimiento futuro, levantando con mano firme la bandera conservadora que nunca abandonó, y que hoy forma el principal título de su legítimo orgullo. No cuenta las amputaciones que hace, sino las que deja de hacer; porque al no sumar los triunfos quirúrgicos, suma los soldados que salva".

La cirugía castrense española del siglo XVII, sigue los consejos propugnados por Daza Chacón, dejando que la naturaleza elimine el proyectil cuando no pueda extraerse con facilidad y conteniendo la hemorragia con clara de huevo y polvos restrictivos, o con aguardiente frío.

RENACIMIENTO DE LA CIRUGÍA MILITAR CONSERVADORA EN ESPAÑA. REALES COLEGIOS Y LA INFLUENCIA FRANCESA

La ciencia quirúrgica francesa vino a España con los médicos de aquella nación que acompañaron a Felipe V —Michelet, Legendre, Beamont, Lafrit, etc— y entre nosotros prevaleció, hasta que Virgili, Gimbernat, Puig, Queraltó y tantos otros ciru-

janos españoles ilustres, aunque sin llegar a emanciparse por completo de su influencia, supieron imprimir a la cirugía un marcado carácter español.

El marqués de la Enseñada, ministro de Fernando VI, señaló la decadencia en la que se encontraba la cirugía en España, con la excepción del hospital de Cádiz, donde el cirujano mayor de la armada, Lacomba, y un reducido número de cirujanos castrenses, como Virgili, se dedicaban a la práctica y enseñanza de la Cirugía y de su ciencia base la Anatomía. Mientras, en Francia se realizaba la mejor cirugía, siendo sus escuelas más importantes París y Montpellier. Por eso el protocirujano Perchet, cirujano de Cámara, aconsejó la creación de un Real Colegio de Cirugía sobre el hospital de Cádiz, lo cual se realizó en 1748. Al ver sus buenos resultados se crearon con posterioridad el de Barcelona que empezó a funcionar en 1761, el de Madrid que se fundó en 1780 por el Rey Carlos III, —en cuyo honor fue denominado Real Colegio de Cirugía de San Carlos—, creándose finalmente otros como los de Santiago y Burgos.

Estos reales colegios, en los que intervinieron como profesores cirujanos castrenses tan eminentes como Gimbernat, Canivell, Ribas, Villaverde, Gali, etc, proporcionando cirujanos ilustrados, consiguieron evitar la contratación de cirujanos extranjeros, y que el ejército y la marina dispusieran de cirujanos expertos y en mayor número, elevando la cirugía en España a mayor categoría científica. Además los cirujanos militares regnicolas a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, volviendo a las huellas de ilustres predecesores, crearon en el tratamiento de las heridas por arma de fuego una verdadera escuela de cirugía española, que enarbó la bandera del tratamiento conservador para las heridas de guerra, ya ganada desde hacía siglos, y que Población define a la perfección diciendo que el ideal de aquellos cirujanos era "contar con el menor número de operaciones posible y el mayor de soldados vueltos a filas", es decir una cirugía eminentemente conservadora, de la cual comienzan a ser campeones Francisco Puig y Francisco Canivell, para llegar a alcanzar todo su esplendor con el insigne Queraltó en los últimos años de aquella centuria. Otros dignos representantes del método fueron Pablo Ibarrola y Agustín Pélaez (figura 2).

Francisco Puig en su obra de 1782, *Tratamiento de las heridas por arma de fuego* (20), recomienda tener en cuenta la posición del individuo al ser herido, para realizar la extracción de cuerpos extraños, que debía ser pronta y si no hubiera riesgo. En caso de fractura abierta, las esquirlas óseas que no estuviesen completamente desprendidas debían colocarse en su sitio, confiando en el "resorte orgánico".

Era fiel partidario de las curas sencillas, y de emplear las sangrías generales —tan de moda en la época— solamente en determinados casos. Rechazaba los lechinos, mechas y demás medios violentos. Puig llamó la atención sobre el abuso de digestivos locales en las heridas, y se mostró contrario al desbridamiento sistemático con grandes escarificaciones, recomendando el tacto con los dedos de los cuerpos extraños y su extracción con los mismos o valiéndose de simples pinzas con anillo, evitando el numeroso *armamentarium* quirúrgico complicado, disponible entonces a tales efectos. Recomendaba no levantar el primer apósito hasta después de dos o tres días, salvo hemorragia o inflamación considerable que amenazara gangrena.

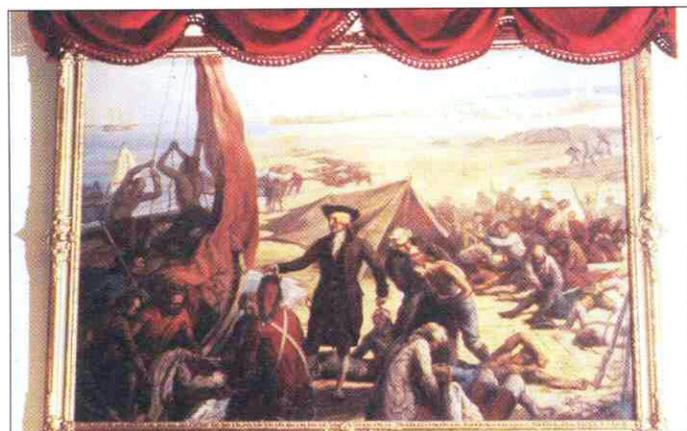


Figura 2. Cuadro al óleo de Izquierdo y Vivas (Museo del Ejército, Madrid), representa "la retirada de Argel" durante la expedición del conde O'Reilly en 1775. Aparecen los eminentes y heroicos cirujanos Queraltó y Puig, cubriendo la retirada y evacuación de heridos en la cabeza de playa.

LA ESCUELA QUIRÚRGICA CONSERVADORA DURANTE LA GUERRA DE LA INDEPENDENCIA Y SU INFLUENCIA EN CIRUJANOS CASTRENSES FRANCESES

Durante la guerra de la Independencia (1808-1814) se encontraba en todo su apogeo la escuela quirúrgica conservadora netamente española, sostenida e impulsada por el gran Queraltó y sus discípulos y seguidores como Lafuente, Morejón, Lazcano, Codorniu y un largo etc.

Queraltó (1745-1805), rompe una vez más con la práctica mutiladora y simplifica el tratamiento de las heridas de guerra; se opone a las incisiones y desbridamientos preventivos; aconseja el uso del opio como medio salvador de inestimable precio; economizar toda intervención sangrienta; aconseja mantener una inflamación y supuración moderadas; prescribe las curas sencillas y levantar de tarde en tarde el apósito, y previene, teniendo en cuenta el estado de los heridos en batalla, se usen con economía las evacuaciones de sangre y las maniobras para la extracción de los cuerpos extraños. A este respecto Población indica en su obra de 1877 (6) que Queraltó, "ha constituido la *escuela española*; que esta escuela ha dominado y someterá por sus beneficiosos resultados a todas las de Europa.— Con ella los médicos militares españoles salvamos numerosos heridos, mientras que los extranjeros que no la adoptaron han visto perecer infinito número de soldados". Ya en el año antecitado, Población denomina al conjunto de estos procedimientos para el tratamiento de las heridas por arma de fuego *método español* (6). Este término estaba pues vigente ya en dicha fecha. Además Población indica también que: "Queraltó, Ibarrola y Peláez, son los representantes fidedignos de la cirugía militar conservadora en el siglo XVIII, que seguimos hoy en campaña y en los hospitales".

Según E. De la Peña en su obra de 1806, *Elogio de D. José Queraltó* (21), los principios en que fundamentó este insigne cirujano castrense español su teoría respecto al tratamiento de las heridas por arma de fuego son los siguientes:

1º Las heridas por arma de fuego no tienen ningún principio venenoso; son inocentes, y por tanto exigen una cura sencilla; se complican con las incisiones y, en consecuencia, escarificarlas no hace más que aumentar el daño y el peligro del paciente.

2º Los ungüentos, bálsamos y otros tópicos no hacen más que perturbar la acción natural y no son la causa de la cicatrización, que debe buscarse en la linfa animal oportunamente segregada por el órgano herido, de la misma manera que se unen los dos fragmentos de un hueso fracturado con la sola quietud y reposo del paciente y se aglutinan los bordes de una sangría.

3º No deben las heridas descubrirse a menudo, pues el contacto con el aire les es muy dañoso; por consiguiente, es mala la práctica de renovar con frecuencia los apósitos, singularmente cuando "el aire está inficionado", como sucede en los hospitales.

4º No debe azorarse el cirujano por la existencia de cuerpos extraños, ni por la extracción de los mismos.

5º Es peligrosa una dieta muy severa, no sólo porque debilita notablemente al enfermo sino porque, oponiéndose a la ley orgánica de la absorción por los vasos, puede originarse agotamiento, y además, por aumentar la acción absorbente de aque-

llos, pueden sobrevenir la fiebre lenta, la diarrea y demás fenómenos que acompañan a la absorción de las malas supuraciones.

6º Estas heridas no requieren sangrías; éstas están más bien contraindicadas, pues si es cierto que a algunas lesiones son convenientes, no lo son en general para los soldados que "relativamente a hombres de más regalo en su vida no tienen sangre tan rica y abundante"; no se debe sangrar sino cuando haya mucha diátesis inflamatoria.

7º Conviene mantener la supuración, "hasta la prolongación de los vasos que han de reparar la sustancia perdida".

8º Las causas fundamentales de la curación de las heridas son internas. El dolor ahuyenta al principio del sueño, promueve la fiebre y trastorna la acción de los órganos preparadores del "verdadero bálsamo de salud"; perturba el estado del estómago, del cerebro y de sus dependientes más íntimos, como el sistema nervioso y órganos de la respiración y circulación; en una palabra, todas las funciones animales, tan influyentes sobre el restablecimiento del herido; por consiguiente, debe el cirujano, desde los primeros instantes, aliviar el dolor, prevenir los fenómenos nerviosos y conservar en buenas condiciones el cerebro.

9º Las amputaciones deben quedar reducidas a los casos de destrucción absoluta.

10º El cirujano debe usar de medios extremadamente sencillos para curar las heridas, apartando de ellas, para favorecer su curación, todo aquello que produce compresión y dolor; preconiza a este efecto el uso de opio como medio salvador de inestimable precio.

El prestigio de Queraltó entre los soldados era tan grande que se popularizó la frase "no tengas miedo decían a los heridos, que como llegues con vida al hospital no te mueres".

Consecuentes con estos principios, los cirujanos militares españoles de entonces sólo curaban a los heridos una vez cada dos o tres días, aun tratándose de grandes heridas y de amputaciones circulares, y los propios cirujanos castrenses franceses no tardaron en persuadirse de las grandes ventajas de esta práctica quirúrgica española conservadora. Así Blanquière, en la tesis inaugural leída en la Academia de Medicina de París en 1815, dijo que: "Los cirujanos españoles emplean un método opuesto al admitido (se refiere al utilizado en Francia —cuyos cirujanos eran acérrimos intervencionistas— al igual que en otros países europeos), que consiste no sólo en excluir el desbridamiento, sino en dejar de renovar el apósito de las heridas; a creerles —dice—, grandes heridas y aun amputaciones circulares parece que se han curado con la aplicación de un solo apósito" (22,23). En el mismo año 1815, los cirujanos franceses Roche y Sanson decían que: "ni la copiosa supuración, ni el mal olor, ni el desarrollo de gusanos¹ en la superficie de las heridas daban lugar a que los españoles renovasen los apósitos; sólo los verificaban cuando era excesiva la cantidad de pus, cuando la inflamación se manifestaba por hinchazón del miembro lesionado o cuando se creía conveniente por el estado del pulso y por las quejas del

1 Ya los griegos conocían el hecho del desarrollo de gusanos en las heridas. Así en la *Ilíada* en el canto XIX se dice: "Guárdate bien de que las moscas vayan a posarse sobre las heridas del valiente hijo de Menetios y engendren gusanos que hagan pudrir el cadáver del cual ha escapado la vida". En realidad serían larvas de moscas que ponen sus huevos en la superficie de las heridas o de los apósitos, y no de auténticos gusanos como se señala.

herido” y añaden: “uno de nosotros ha presenciado estas curaciones, y gracias a este método la mayor parte de las fracturas por balazo, casi siempre mortales en manos de los cirujanos militares franceses, sanaban en las de los españoles” (24).

Este procedimiento fue adoptado y dado a conocer por el insigne cirujano militar francés barón Larrey, que llegó a España durante la Guerra de la Independencia, como Inspector de cirugía del ejército del general Murat. También lo pusieron en práctica otros facultativos franceses, que como Larrey no se vieron libres de muchas reticencias hasta lograr su implantación. Desde entonces el método fue seguido por muchos cirujanos extranjeros, sobre todo europeos.

Durante la primera guerra carlista (1833-1839), en el tratamiento de las heridas, los cirujanos militares españoles seguían como señala —a propósito del sitio de Morella— el ilustre facultativo Mesa, a la sazón primer ayudante de Cirugía: “el sabio método de nuestro famoso e inmortal facultativo castrense Queraltó, evitando descubrir las heridas sino cuando lo reclamaba la imperiosa necesidad; la experiencia nos ha manifestado las grandes ventajas de no molestar a los pacientes removiendo los apósitos e irritando las heridas. No obstante haberse distinguido la medicina militar española por este ventajoso método, para ponerlo en práctica —escribe— no dejan algunas veces los profesores encargados de los heridos de tener que sufrir algún disgusto. En este mismo sitio (se refiere al sitio de Morella), no faltó quien dijo al General Borso que algunos heridos no habían sido curados con la frecuencia debida. Amante como era de sus soldados, me llamó inmediatamente y me dijo “¿Es posible que haya usted consentido no se hayan curado los heridos de mi División tantos días hace? Mi contestación le dejó enteramente complacido. “No podía esperarse menos —me dijo después de oírlas— de los beneméritos facultativos de Sanidad Militar, que con tanto heroísmo en sus puestos siguen en estas calamitosas circunstancias” (25).

Este método se mantuvo vigente durante todo el siglo XIX, especialmente a través de las guerras carlistas, trascendiendo al siglo XX, donde encontraría su mejor continuación y renovación, hasta el advenimiento de la era antibiótica, en el denominado *método español* cuya vigencia se prolongó durante la primera mitad del siglo XX. De este método desarrollado en nuestro hospital por el Dr. Bastos Ansart entre 1921 y 1936, haremos una reseña en un próximo trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brock, Arthur J. Greek Medicine: Extracts of Medical Writers from Hippocrates to Galen. London and Toronto: J. M. Dent & Sons; 1929.
2. Celsus, De Medicina. With an English translation by W.G. Spencer. Harvard University Press: Cambridge, Mass.; 1938.
3. Garrison, Fielding H. Historia de la Medicina. Traducida por el Dr. Luis Augusto Méndez. 4ª ed. México: Ed. Interamericana 1966. p.457-509.
4. Lyons, Albert S, Petrucelli R. Joseph. Historia de la Medicina. Ed. Doyma S.A. 1980. p. 297-317.
5. Albucasis. Cirugía. Ed. Latina, 1544, cap. XX . p. 148, 303. Colegio de San Carlos. Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Madrid.
6. Población y Fernández, Antonio. Historia de la Medicina Militar Española. Primera parte. San Sebastián: Establecimiento tipográfico de Antonio Baroja; 1877. p.115-118, 137, 203,208-209,343.
7. Renouard, Pierre Victor: Historia de la Medicina desde su origen hasta el siglo XIX. Salamanca. 1871.
8. De Longoburgo, Bruno. La Cyrogia di Maistro Bruno. Venetia, Simone de Luere, 1510.
9. Brunschwig, Hieronymus. (Buch der Wundarztnei, 1497). The Book of Chirurgie with a study... por Henry E. Sigerist. Milano: Lier & Co.; 1923. p. 34-65.
10. Monserrat S. La Medicina Militar a través de los siglos. Madrid: Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército; 1946. p. 157,199,203-206,433-435,490.
11. Vigo, Juan de. Libro o práctica en cirugía. Traducido por el Doctor Miguel Juan Pascual. Toledo: en casa de Fernando de Sancta Cathalina, 1548. p. 30-65. Folio 12, capítulo 3º.
12. Crónica de los reyes de Castilla desde Alfonso el Sabio, hasta los católicos don Fernando y doña Isabel, colección ordenada por D. Cayetano Rosell. Madrid, M. Rivadeneyra, 1875. Biblioteca de Autores Españoles. Tomo I. Crónica de D. Alfonso XI. p. 273,279.
13. Comenge y Ferrer, Luis. La medicina en el reino de Aragón. (Introducción e índices por J. Riera).Universidad de Valladolid. Secretariado de Publicaciones 1974. Acta Histórico-médica Vallisoletana.
14. Comenge y Ferrer, Luis. Los médicos de antaño. Madrid. Imp. de Enrique Teodoro .1886.
15. Dumaitre, Paule. Ambroise Paré chirurgien de quatre Rois de France. Paris: Librairie Académique Perrin 8. Foundation Singer-Polignac .Paris. Imprenta Gauthier-Willars. 1986. p. 25-83.
16. Doe, Janet. A Biobibliography of the Works of Ambroise Paré. Chicago: University of Chicago Press; 1937.
17. Agüero, Hidalgo de. Tesoro de la verdadera Cirugía y vía particular contra la común, con lo cual se hace un perfecto cirujano ,compuesto por el Dr. Bartolomé Hidalgo de Agüero, médico y cirujano. Sevilla; 1604.
18. Daza Chacón, Dionisio. Tratado de Práctica y Teórica de Cirugía, en romance y en latín, 1ª y 2ª parte, compuesta por el licenciado Dionisio Daza Chacón, médico y cirujano de S.M. el Rey Felipe II. Primera parte. Ed. en Valladolid , en casa de Ana Velázquez 1609. Segunda parte: Madrid por Lucas Antonio Bezmar. 1678. Prefacio, y Tercer libro.
19. Hernández Morejón, Antonio. Historia bibliográfica de la Medicina Española. Madrid. Jordán e Hijos, 1842-1852. (7 vol.). Tomo I, p. 76. Tomo III, p. 309.
20. Puig, Francisco. Tratado teórico-práctico de las heridas de arma de fuego. Barcelona.1782.
21. De la Peña, Eugenio. Elogio de D. José Queraltó. Madrid: Imprenta de José Collado.1806.
22. Blanquière, L.J.E.. Essai sur le Tétanos traumatique. These. Paris, Ecole de Medicine. 1815.
23. Azúa, Felix de. Ensayo sobre las heridas. Biblioteca Médico Castrense Española. Tomo VIII. Julio-Agosto; 1857. p. 61-85.
24. Ullersperger. Historia del tratamiento de las heridas por los españoles. Notas para la historia de la cirugía. Gaceta de Sanidad Militar. 1875;Tomo I.
25. Mesa, S. De. Reseña histórica de las principales operaciones quirúrgicas practicadas en los hospitales de campaña durante los seis años de la última guerra civil. Biblioteca Médico Castrense Española; 1852.