

cio de Medicina y Profesor de Clínica Médica en la Universidad Laval. Las siguientes son las certificaciones textuales de esas pruebas científicas.

Después de mi regreso al país, no se fabricó más y mis padres habían cumplido una misión. Ya era tiempo que descansaran de sus fatigas en la educación de sus dos hijos. Conchita también había recibido una esmerada educación en el campo de las letras, lengua y literatura francesas, en Quebec. A más del Título de Doctor en Medicina, "Magna Cum Laude", pude tener la satisfacción de ofrecerles mis trofeos de estudiante: La Medalla del Gobernador de la Provincia de Quebec, Sir Eugene Fisset al mejor alumno de esa graduación. La Medalla de oro del Internado, que se otorga a quien haya obtenido el mejor promedio. El primero y segundo premios Morin, en un concurso en Medicina Interna y el Premio Ciba, en Farmacología y Terapéutica.

Me cabe el honor de ser el primer costarricense que ha obtenido un Doctorado en Canadá.

MI RELACION CON LA CIRUGIA DEL SISTEMA NERVIOSO

Muy temprano en mi vida, tendría unos dieciséis años, le ayudaba a mi padre, forense de Cartago, en las autopsias. Con instrumentos muy primitivos, sierras en forma de media luna que habían pertenecido, según decía mi padre, al Doctor José María Jiménez Oreamuno, a fuerza de mucha labor, abríamos la calota craneal, exponiendo el cerebro. Una a una, mi padre explicaba las partes del cerebro, sus envoltorios duros y circulación. Cuando llegué a la escuela de medicina, recordaba aquellas experiencias, que me sirvieron de mucho en neuroanatomía. Ya finalizando la carrera conversé con el Profesor Louis Berger, Catedrático de Patología e individuo de fama mundial y le expuse que mi deseo era estudiar neurocirugía, para lo cual le visitaba, pues sabía de su buena amistad con el Profesor Wilder Penfield, Director del Instituto Neurológico de Montreal y deseaba que me recomendara para una residencia, Berger, que era francés de Estraburgo, que luego se trasladó a Quebec, me hizo varias preguntas. La primera fue que cuál era la población de Costa Rica, que en aquel entonces apenas sería de setecientos mil habitantes y me dijo: usted tendrá que luchar para que después del gran esfuerzo de su especialización, el hospital le monte un servicio adecuado. Luego comenzará con gran estrechez a emplear medios de diagnóstico y operar. Quienes tienen medios se irán al exterior. ¿Qué aliciente tendrá usted entonces? Luego le manifesté que partiría de inmediato para Costa Rica y que si me podía conseguir la residencia regresaría en tres meses, pues mi padre, que era médico, estaba enfermo y deseaba ir a verlo y quizás ayudarlo en lo que pudiera. Me vio fijo en la cara y me dijo: si usted va a su patria y si su padre está enfermo, jamás regresará al Canadá, pues tendrá que asumir obligaciones imposibles de eludir. Así fue. Mi padre falleció año y medio después de mi regreso y debí asumir las responsabilidades de mi casa. No volví

a pensar en dejar el país, hasta varios años después. Pero me perseguía la neurocirugía. En 1943 había comprado un pequeño texto llamado "Neurological Surgery", escrito por el profesor Loyal Davis, de Northwestern University, libro que siempre he considerado extraordinario por su didacticismo y aplicación teórico práctico.

Cuando desempeñaba el internado en el Hospital San Juan de Dios, me llamaron una noche a asistir al Doctor don Adolfo Jiménez de la Guardia, del Servicio de Ortopedia, en el levantamiento de una fractura de la bóveda del cráneo. Desde entonces Adolfo y yo hicimos buenas migas y trataba de ayudarme en los traumas craneales. Con gran delicadeza se levantaban aquellos fragmentos y en ocasiones drenábamos los hematomas subyacentes. Me sirvió de mucho esta experiencia. Posteriormente, ya en el Servicio del Doctor Jorge Vega Rodríguez, me tocó asistirle en la exploración de un niño de pocos meses con una enorme hidrocefalia. Aquel cráneo era como una escama delgada y el cerebritito se veía allí en el fondo. Llevaba el Doctor Vega varias intenciones terapéuticas que no pudo realizar.

En el Hospital Max Peralta, en donde también era cirujano, tuve muchas experiencias. Constantemente ocurrían accidentes en la carretera Panamericana. Los traumas cráneo-cerebrales eran muy frecuentes y severos. Me tocó por lo tanto tratarlos levantando aquellas fracturas. No sólo eso, sino trepanar cráneos cuya sintomatología neurológica mostraba franco hematoma y compresión. Así llegué a drenar hematomas epidurales y ligar la arteria meníngea media, también hematomas subdurales. Valga decir que carecíamos de electrocoagulador, por lo que muchos hematomas tenían que hacerse mediante compresión de pliegos de algodón o de gasa y ligaduras de seda fina. Recuerdo el caso de mi querido amigo Fernando Volio Jiménez, jovencito que la noche del 20 de julio de 1947, la soldadesca desenfundada le produjo con la cincha, especie de espada que usaban los policías de antes, una herida cortante sobre la región temporal, seccionando y hundiendo la escama y la arteria meníngea media. Poco rato después lo intervino, yo también golpeado y vejado, pero anteponiendo el deber a todo, levanté aquella fractura y ligué la arteria meníngea media, drenando el hematoma epidural. La dura estaba seccionada pero indemne el cerebro. Años después recuerdo que, al enviarle una tarjeta de felicitación por habersele nombrado Ministro de Educación, hacían mención a aquellos amargos momentos que tuvieron mucho de sublime y le decía que me parecían a aquel cuadro de Rembrandt llamado "Aristóteles mirando el busto de Homero." Cuanto me alegra que en alguna medida contribuí a la recuperación de uno de los más valiosos y esclarecidos ciudadanos de Costa Rica.

Los medios de diagnóstico que usábamos entonces eran: la radiografía simple de cráneo, en varias incidencias; la encefalografía y la ventriculografía. Esta última, lo mismo que la punción y drenaje de la cisterna magna por la vía del foramen magnum, la inicié hasta 1947. La practicábamos en aquellos casos de gran hipertensión en-

docraneana, justamente para impedir el prensamiento de las olivas. Hay que mencionar que en aquella época, la única manera de disminuir la hipertensión endocraneana era mediante la inyección intravenosa de destrosa al 50o/o y extracción del líquido cefalorraquídeo, con sus riesgos. Por eso en ciertos casos puncionábamos la cisterna, por donde inyectábamos aire para visualizar los ventrículos, después de drenar lentamente una cantidad proporcional de líquido cefalorraquídeo. Recuerdo también que hacia esa época practicamos una descompresión temporal en una paciente con un tumor cerebral inoperable. Mediante la técnica de Cushing se practicó una incisión osteoplástica curva en toda la extensión del temporal y extirpando toda la escama, se sururó el colgajo de nuevo, dejando el músculo temporal, que antes estaba en contacto con la escama a la dura mater, a la que se le habían hecho incisiones para que saliera el líquido que sería asimilado por el músculo. Una antigua técnica en momentos en que nuestra preparación personal y hospitalaria no permitían más. Por supuesto que estos pacientes hacían "hernia cerebral" y finalmente morían. La amplia ayuda que mis dos jefes en San José, el Doctor Jorge Vega Rodríguez y en Cartago el Doctor don José Miguel Jiménez, me daban para desarrollar campos nuevos en cirugía, la considero fundamental y con aprecio y admiración para ambos, lo manifiesto. También me respaldaban en el aspecto neurológico los doctores Fernando Quirós Madrigal y Gonzalo González Murillo y en el radiológico el Doctor don José Cabezas Duffner. En una paciente, mediante una craneotomía amplia fronto-temporal, con varios orificios hechos con trépano a mano y sierra de Gigli, pudimos exponer la fosa anterior y parte de la media. El diagnóstico neurológico pertenecía a un cráneo faringeoma. Al abrir la dura brotó, de una especie de quiste gigante, líquido cristalino, pudiendo ver luego al levantar el cerebro, el quisma óptico como si fuera una cintilla aplastada correspondiente a una paciente que ya estaba ciega por compresión constante. La membrana del "quiste" cubría toda esa área llegando hasta la silla turca. La biopsia no fue clara, describiendo aracnoiditis crónica, por lo que se pensó entonces, en la posibilidad de que aquello fuera una aracnoiditis óptoquiasmática. La paciente soportó la operación y falleció un tiempo después.

En el tratamiento de las fracturas de la bóveda craneal, que ya he descrito, en que a menudo se formaban hematomas que drenábamos, también se abría la dura y explorábamos cuando esta no pulsaba. El cerebro pulsa a la vista o se palpa en la dura. Si no había pulsación, pues hacíamos una o dos cosas: punzábamos con una aguja gruesa y roma y aspirábamos, tomando la medida de su profundidad, si salía sangre; o bien si una pequeña incisión en la dura madre demostraba coágulo subyacente, la ampliábamos drenándolo. Recuerdo de pacientes que venían en coma, con cuadro de contusión cerebral, con o sin fractura. Después de los exámenes radiológicos y neurológicos de rigor, los trepanábamos con él, trépano de Galt, un aparato que parecía uno de esos instrumentos manuales para hacer galletas, con picos filosos y un punzón central para fijarlo. A través de la ventanita, que po-

día tener un centímetro, pues la había de varios diámetros, explorábamos y a veces drenábamos hematomas. No se qué se hizo este trépano de Galt que hacia años estaba entre el instrumental del Hospital de Cartago. Todo esto ocurría entre 1946 y 1948.

Fuí llamado un día a ver a un joven de unos veintidos años que después de una boda, entrando en un automóvil se dio un golpe en la cabeza con el marco de la puerta. Esta fue la única historia positiva. Poco rato después entró en inconciencia. El examen neurológico reveló que tenía una compresión de un lado, no recuerdo cual. Supusimos un hematoma epidural, pero, no habiendo sido el trauma severo, no se podía descartar la ruptura de un aneurisma del Polígono de Willis. Así es que le hicimos una arteriografía. Esto debe haber ocurrido hacia 1959 o 1960. La arteriografía reveló en efecto una imagen compatible con un gran hematoma y le operamos de inmediato, mediante un craneotomía fronto-temporal. Pero antes, le habíamos expuesto la arteria carótida interna en el cuello a la que rodeamos con cinta umbilical con torniquete de hule, para usarlo caso de hemorragia del aneurisma. No teníamos clips, únicamente electrocoagulador y ligaduras y reconocíamos la responsabilidad en que incurriamos, pero no había en esos momentos ningún neurocirujano en Costa Rica. Abierto el cráneo y la dura, de inmediato nos percatamos del gran hematoma. Con espátulas de Cushing, que en tiempo antes habíamos hecho fabricar aquí y algodón humedecido, fuimos levantando la masa cerebral y drenando el hematoma. No vimos sangre roja, por lo que supusimos que aneurisma se había colapsado espontáneamente. Después de la operación el paciente siguió en coma por tres semanas y por supuesto habíamos perdido las esperanzas. Pero un buen día comenzó a moverse y posteriormente recobró conocimiento. El paciente quedó con una hemiparesia contralateral, torpeza en el habla y cierto déficit cerebral. Era un ingeniero agrónomo y le fue dada una pensión por incapacidad. Pero el hombre puede valerse solo, con las limitaciones mencionadas.

Recuerdo de un paciente, pólvorero de Cartago, que al no reventar la bomba cuya mecha había prendido en el cañoncito, durante unas fiestas patronales, se fue a asomar, en el instante en que estallaba. Cuando llegó al hospital, por supuesto inconsciente, aquello tenía un aspecto espantoso: quemada la cara, y con una enorme fractura conminuta del hueso frontal casi en toda la extensión de su parte vertical. Al explorar, encontramos el mecate, los pedazos de periódico, la pólvora quemada, todo en una masa, conjuntamente con gran cantidad de fragmentos de huesos y masa cerebral deshecha, coágulos y creó que hasta tierra. Nos dimos a la tarea de extraer todo aquello cuidadosamente, lavando con suero fisiológico. El seno longitudinal superior había sido destruido en esa parte, por lo que lo ligamos. La destrucción de ambos lóbulos frontales fue amplia. Reconstruimos huesos, tejidos blandos, suturando alrededor de drenajes de Penrose. El hombre tuvo un postoperatorio muy satisfactorio. Quedó disártrico, con una hemiparesia de un miembro y medio tontón, pero casi cuarenta años des-

pués por allí te veo cuando voy a Cartago.

Al terminar la Guerra de Liberación Nacional de 1948, operé en Cartago a un muchacho que había recibido un balazo que le penetró el cráneo y le dejó, en forma muy difusa, pero especialmente hacia el área motora izquierda, una cantidad de partículas de aquellas balas de plomo que usaban los fusiles Remington del tiempo de Yglesias, que aún en época tan posterior usaron las fuerzas del gobierno. Era tal la cantidad de plomo, que hubo que hacer lo que se pudo, lavando materia cerebral destruída y extrayendo muy cuidadosamente las partículas. Como necesitábamos ampliar el orificio craneano con un osteótomo, un tiempo después pusimos una placa de plata, que nos fabricó un orfebre, pues no había en aquel entonces aquí material electronegativo. Creo que fue la primera placa de su género que se empleó aquí para curar un defecto craneano.

Nuestros últimos esfuerzos fueron dirigidos hacia la hidrocefalia. Primero intentamos la operación de Cushing de 1908. Operamos a un niño a quien a través de una laparotomía le hicimos un canal en el cuerpo de la quinta vértebra lumbar, abriendo luego la dura para exponer el espacio subaracnoideo. Se colocó un tubo de metal fijo dentro del canal para drenaje al espacio retroperitoneal. Creo que operamos dos pacientes pero esa técnica no nos dio resultado. Habíamos leído la técnica de la aracnoideo-ureterostomía y la hicimos en un niño con gran hidrocefalia. La técnica consistía en extirpar el riñón izquierdo y anastomosar el uréter a un orificio en la duramater, expuesto mediante hemilaminectomía. De esta manera, el líquido céfalorraquídeo drenaría fácilmente. Pese a que tomamos las necesarias precauciones de hidratación, cuando vi al niño al día siguiente, tuve una impresión horrible. La cabeza enorme se había colapsado en todas las partes en que por razón de la hidrocefalia, no se habían unido los huesos; y el resto del cuerpo, mostraba una extrema deshidratación. Se había calculado bien y pasado los líquidos prescritos, pero el drenaje había sobrepasado nuestros cálculos.

Nos dedicamos luego a hacer drenajes internos a base de tubo fino de polietileno hacia inicios de los años cincuenta. Así, por la vía subcutánea, hacíamos un túnel y colocábamos el tubito largo, que por un extremo introducíamos, con la ayuda de un pequeño trocar, en cavidad ventricular y luego por el otro extremo, en la pleura o en el peritoneo, encima del hígado. Creo que este procedimiento fue mejor aunque hay que decir que tampoco resuelve el gran problema de la hidrocefalia y los tubitos a veces se obstruían. Dejamos pues la neurocirugía. José Luis Orlich había también comenzado a trabajar en ella después de su regreso de Nueva Orleans, en donde se especializó en ortopedia. Le hice donación de mis espátulas de Cushing y otros instrumentos y me dediqué a otra cosa. Pero no me duele de la incursión que hice en ese campo, que años después, competentes especialistas más jóvenes lo hicieron posible como una especialidad más en nuestro país.

Narro una época y experiencias que me tocó vivir y con el auxilio de otros colegas, llevar a cabo. Lejos está

en mi ánimo eclipsar hechos semejantes de colegas más viejos. Se dice que el Doctor don Carlos Durán drenó por primera vez un tumor cerebral. La anécdota que me contaron hace muchos años es esta: hecho el diagnóstico de un absceso cerebral en una paciente perteneciendo a una distinguida familia de San José, el doctor manifestó que la única forma de tratarlo era drenándolo mediante una operación, la cual sería la primera que él haría y el riesgo por lo tanto muy grande. La familia aceptó y el doctor les dijo que tendría que dar comienzo a los preparativos. Al día siguiente que don Carlos llegó a ver a su paciente, sus padres muy ansiosos le preguntaron que qué pasaba que no la operaba. Es que me falta luz, les contestó. Pero eso yo lo resuelvo inmediatamente, dijo el padre, que alguna posición tenía en la Compañía Eléctrica; y así pasaron tres o cuatro días y las contestación era la misma. Durán estudiaba mientras tanto la anatomía del cerebro y la forma que tendría que dirigir su trocar para llegar al absceso. Es posible que hubiese más de un cráneo en la morgue del hospital. Cuando tuvo los conocimientos reunidos, entonces les dijo: ya tengo la luz que necesitaba. La paciente fue operada y sanó de su absceso. Así otros cirujanos operaron en el cerebro, como el Dr. don Ricardo Marchena, a quien me tocó verle operar una o dos pacientes meningíona, con éxito. Cuantos otros no reportaron sus pacientes y quizás sus hechos quirúrgicos se quedarían sin conocer.

LOS PRIMEROS PASOS DEL MEDICO

Que dedico con afecto a los jóvenes de nuestras Universidades o venidos del exterior, que hoy comienzan su internado en los hospitales de la República.

Aquello fue el amanecer de carreras. No eran las siete cuando entré por la vieja puerta de los médicos del Hospital San Juan de Dios. Una enfermera en la sala de operaciones me cedió un uniforme y me dijo adónde se encontraba el cuarto de los médicos internos. Poco rato después comenzó un trabajo que en el curso de muchos años, aun no ha terminado y que ha producido alegrías así como sinsabores y desvelos, pero que condujo a nuestra formación como médicos. Según la lista, me tocaba cirugía menor todo el día. Tuvimos en la mañana las consecuencias del treinta y uno: ebrios y golpeados leves, por riñas callejeras y de los "toros" de la noche; pero la cosa se complicó como a las tres de la tarde cuando un autobús chocó con el tranvía en la propia esquina del Hospital y nos comenzaron a llegar heridos: aquí uno con una fractura del brazo; allá otro con una herida en la frente y tantos más. No alcanzaban las mesas de exámenes y tuvimos que ponerlos en las bancas y hasta en el piso, atendiéndolos de acuerdo a prioridades. En aquellos días no había médicos residentes y los internos no pasábamos de unos pocos, seis o siete. En aquel primero de enero de 1945, los de guardia éramos dos jovencillos: Manuel Aguilar Bonilla y yo. Ya teníamos todo caminando y una a una las heridas recibían su tratamiento.