



**ARTÍCULO:**  
**LAS MEMORIAS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN MEDICINA POR LA UNIVERSIDAD DE CHILE.  
UN BREVE RECUENTO DE LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX.**

Pablo Camus Gayan  
Departamento de Bioética y Humanidades Médicas  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile.

Proyecto FONDART N° 84077 y N° 213475  
*Rescate, recuperación y acceso:*  
*primeras tesis chilenas en ciencias de la salud, 1era Y 2da parte, 2015-2016.*

**LAS MEMORIAS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN MEDICINA POR LA UNIVERSIDAD DE CHILE.  
UN BREVE RECUENTO DE SUS PRIMERAS DÉCADAS<sup>1</sup>.**

**PABLO CAMUS GAYAN<sup>2</sup>**

## **INTRODUCCION**

A esta altura sabemos que el conocimiento de las enfermedades y de su terapéutica se encuentra fuertemente condicionado por los contextos y circunstancias históricas en que se halla inserto. El saber médico se encuentra, entonces, circunscrito a los paradigmas imperantes en ámbitos de conocimiento determinados históricamente y también más generales, como la religión y la cultura predominantes. No tiene nada de universal en tanto no asegura realmente un conocimiento válido en todo tiempo y lugar e independiente de los entornos, intereses y saberes vigentes. La producción de conocimiento médico, en este caso, sería, entonces, un proceso histórico vinculado directamente con el problema del poder, el cual se ve reflejado finalmente en los paradigmas hegemónicos, en las concepciones, prácticas y normativas médicas, en la instalación de un pensamiento prevaleciente. Lo que la historia nos enseña finalmente es que la percepción de lo que es salud y es enfermedad está definida por cada época y por cada cultura por lo que, en definitiva, el saber actual no es más que un momento provisorio de la historia.

Analizando el pensamiento de Georges Canguilhem, Michel Foucault plantea que “al término de la época colonial se comenzó a preguntar a occidente que títulos podían tener su cultura, su ciencia su organización social y, al fin y al cabo, su racionalidad misma para reclamar una validez universal ¿no es ésta un espejismo ligado a una dominación económica y una hegemonía política”. En este sentido indicaba que en la historia de la ciencia los procesos de “eliminación y selección de los enunciados, las teorías y los objetos se producen a cada instante en función de cierta norma y ésta no puede identificarse con

---

<sup>1</sup> Proyecto FONDART Nº 84077: *Rescate, recuperación y acceso: primeras tesis chilenas en ciencias de la salud, 1era parte*, 2015.

<sup>2</sup> Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

una estructura teórica o un paradigma actual, dado que la veracidad científica de hoy no es de por sí más que un episodio”<sup>3</sup>.

El propio Foucault en el *Nacimiento de la Clínica* señala “quien puede asegurarnos que un médico del siglo XVIII no veía lo que veía, pero que han bastado algunas decenas de años para que las figuras fantásticas se disipen y el espacio liberado deje venir hasta los ojos el corte franco de las cosas”<sup>4</sup>.

Como señala Edward Golub hoy miramos con arrogancia esas terapias del pasado y las calificamos de trasnochadas al ser someter a los enfermos a tratamientos tan cruentos. ¿Ignoraban acaso que no servían para nada? Está muy bien felicitarnos por el surgimiento de la medicina científica, más ¿eso nos autoriza a despreciar la inteligencia humana pasada hasta Hipócrates y Galeno? Para ellos, la medicina de su época funcionaba tan bien como la nuestra para nosotros?<sup>5</sup>

Y quizás podríamos agregar ¿cómo se mirarán las prácticas médicas actuales en cien, doscientos o mil años más? ¿desde qué perspectiva estamos mirando? Encuadramos algunas supuestas enfermedades pero seguimos tan lejos como nuestros antepasados de encontrar sus causas infalibles. La estadística válida pero no con exactitud matemática. Como decía Canguilhem “en última instancia la vida es lo que es capaz de error”<sup>6</sup>.

Tal vez en el futuro se sentirá un escozor similar. Hay que tener presente que, más allá de los avances farmacéuticos y quirúrgicos, los mayores logros en salud pública han provenido de las políticas de dotación agua potable y alcantarillado, del descubrimiento de la penicilina y en muy buena medida en los avances en la refrigeración de los alimentos.

En este contexto las memorias manuscritas de los primeros licenciados en medicina de la Universidad de Chile representan un patrimonio hermenéutico invaluable que ha sido rescatado y puesto en valor por el Museo Nacional de la Medicina de la Universidad de Chile. El examen global y detallado de ésta documentación tan diversa, abundante y numerosa supera con creces los esfuerzos de un investigador. Lo más importante en definitiva es que ya se hallan disponibles para todos los interesados en el sitio web del museo de la medicina. Al examinar los títulos de las tesis de los aspirantes a médicos inmediatamente comienzan a aparecer a la vista del lector las preocupaciones sobre las

---

<sup>3</sup> Michel Foucault, *El poder, una bestia maldita. Sobre el poder, la prisión y la vida*, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2012.

<sup>4</sup> Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica*, S.XXI Editores, 1966.

<sup>5</sup> Golub, Edward, *Los límites de la medicina*, Andrés Bello, 1996.

<sup>6</sup> Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica*, S.XXI Editores, 1966.

enfermedades de la época, sus causas y terapéuticas. Se trata de una lectura de fuentes primarias que nos permite comprender algunos de los aspectos más profundos de la mentalidad de la época que en este caso se ven reflejados en los ancestrales saberes médicos.

## **LAS TESIS MÉDICAS ENTRE 1840 Y 1879**

En la década de 1840 y hasta el cambio de estatutos de la Universidad de Chile en 1879, la Disentería fue una de las grandes preocupaciones de los nacientes médicos titulados por la Universidad de Chile que elaboraron diversas teorías acerca de las causas de la enfermedad y su diagnóstico. En los primeros años nueve tesis son dedicadas a esta enfermedad. En dos o tres oportunidades se elaboraron memorias acerca sobre la tisis pulmonar, el alcoholismo, la rubeola o pústula maligna, la clorosis, las enfermedades venéreas y el cólera.

Inicialmente las memorias eran más bien descriptivas de las posibles causas y especialmente de los síntomas que permitían identificar las enfermedades. Las detalladas descripciones de los pacientes aun hoy son un modelo de observación clínica minuciosa. Por ejemplo, en una tesis sobre la disentería de 1844 el autor indicaba “no siéndonos posible en el estado actual de la ciencia definir la disentería de otro modo que descriptivamente, lo haré enumerando los principales síntomas que generalmente la acompañan bajo cualquier forma que se nos presente”<sup>7</sup>.

La tesis *Sobre la diferencia de las apariencias, de los síntomas y de la terminación de las inflamaciones consideradas bajo el punto de vista de las sustancias, contexturas y funciones de la parte aflijida*, presentada por Ernesto Conrado Henckel en 1854, refleja bien esta medicina más descriptiva en la cual los médicos se limitaban a describir los síntomas y las huellas biológicas que dejaba la enfermedad en el cuerpo del enfermo y las formas de aplicar los remedios especialmente las sangrías. Por ejemplo para Henckel las inflamaciones del cutis eran producidas por influencias fuertes del frío mientras que las hinchazones más raras eran las nerviosas. Luego de describir en detalle los distintos tipos de inflamaciones que se daban en el cuerpo enfermo y de analizar algunas terapéuticas vigentes el autor concluye que

---

<sup>7</sup> Niño, Manuel, *Disertación sobre la disentería*, 1844.

“la privación de sangre siempre será el remedio más importante, es justificado por las leyes de la terapéutica y de la fisiología y su utilidad confirmada por las experiencias de siglos y ni las doctrinas de Hahnemann ni las teorías de algunos médicos jóvenes austriacos serán suficientes para anular su valor”<sup>8</sup>.

Por otra parte, los trabajos de esta época son interesantes de estudiar ya que en éstos aún se encuentran fuertes resabios a la medicina hipocrática, de la teoría de los humores, de los miasmas y de la generación espontánea, pre microscopio, destacándose en ellas la importancia de la influencia del clima y de la geografía en el desencadenamiento de algunas enfermedades y dolencias, sumergiéndonos de este modo en una mirada de las enfermedades completamente olvidada en la actualidad pero que predominó por milenios en los saberes relacionados con la medicina y de la salud. No obstante, hasta entonces ¿qué razones había para no creer que el clima, las pestilencias y los miasmas ponzoñosos eran la causa de las enfermedades?

Al respecto Manuel Niño indicaba

“se sabe que las estaciones muy lluviosas casi siempre fomentan disentería para la estación que sigue. Este observación que es fácil de verificar a menudo no es nueva; ya Hipócrates la había hecho”<sup>9</sup>.

Por otra parte, el memorista planteaba que

“los miasmas que se desprenden de las sustancias animales en putrefacción no tienen menos acción que el calor y la humedad sobre el desarrollo de la disentería...Simmernann refiere el hecho de un individuo que contrajo la enfermedad por haber olido una botella que contenía sangre corrompida”<sup>10</sup>.

Después de describir una serie de procedimientos terapéuticos propios de la época como los baños tibios y la preparación de alimentos, infusiones y cataplasmas: “tibios de harina de semillas de linaza, de miga de pan o de arroz”, indicaba que, “cuando la enfermedad es intensa y febril se hace indispensable recurrir a las sangrías locales por medio de la aplicación de veinte o treinta sanguijuelas al ano, repetidas tantas veces lo exijan la intensidad de la inflamación y la persistencia de los síntomas”<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Henckel, Ernesto Conrado, *Sobre la diferencia de las apariencias, de los síntomas y de la terminación de las inflamaciones consideradas bajo el punto de vista de las sustancias, contexturas y funciones de la parte aflijida*, 1854.

<sup>9</sup> Niño, Manuel, *Disertación sobre la disentería*, 1844.

<sup>10</sup> Niño, Manuel, *Disertación sobre la disentería*, 1844.

<sup>11</sup> Niño, Manuel, *Disertación sobre la disentería*, 1844.

En cuanto a los medicamentos de todos los remedios usados contra la disentería “el opio es sin duda el más eficaz”. Indicaba, asimismo, que se podía leer “en los autores varios ejemplos de curaciones obtenidas por el uso de frutas maduras, y sobre todo de las uvas y de las fresas”<sup>12</sup>.

Por su parte, sobre las causas que predisponen a la disentería el memorista E. Baillie indicaba que una causa era el clima, especialmente cuando se daba mucho calor seguido de un tiempo frío húmedo o variable, además de todo aquello que pueda ayudar a la “producción y acumulación de secreciones mórbidas... todo lo que favorece acumulaciones fecales en los intestinos, y también otras como el uso habitual de licores espirituosos o bebidas fermentadas en exceso, comidas pesadas, lombrices....!”<sup>13</sup>.

Entre las causas “excitantes” de la disentería estaban

“la embriaguez, las vicisitudes del clima o temperatura y en particular al frío y humedad o en el verano en la noche durmiendo fuera en particular en el suelo sin ropa suficiente, usando ropa húmeda, mojada o demasiado delgada; frutas o vegetales acres, ácidos, verdes o muy guardados, comida malsana....”<sup>14</sup>.

Pedro Barros, en su memoria *Del empleo del alcohol en la disentería como agente terapéutico*, siguiendo las teorías hegemónicas de la época postulaba que la disentería era producida por

“el uso de frutas verdes y alimentos de mala calidad que mal digeridos producen necesariamente una irritación en la mucosa de las vías digestivas, desarrollando así, un aumento de la secreción de su mismo nombre, la que más tarde mezclándose con cierta cantidad de sangre producida o emanada de aquella superficie ulcerada, viene a constituir por sí mismo el síntoma predominante y sin el cual no podría haber certidumbre de la existencia de aquella enfermedad”<sup>15</sup>.

Barros proponía el uso de alcohol junto a los remedios como el calomel y el opio “que son los remedios usados constantemente en la disentería”. El alcohol tenía “la ventaja de contribuir mucho a acelerar la curación sin debilitar tanto a los enfermos, como se hace comunmente con el tratamiento ordinario”. El alcohol era “un verdadero hemostático de la hemorragia que acompaña al flujo mucoso que se está secretando en exceso en la superficie inflamada. Modifica igualmente las ulceraciones de esa misma superficie produciendo tan solo un cierto grado de suave estímulo”.

---

<sup>12</sup> Niño, Manuel, *Disertación sobre la disentería*, 1844.

<sup>13</sup> Baillie, E, *Disentería de Chile*, 1844.

<sup>14</sup> Baillie, E, *Disentería de Chile*, 1844.

<sup>15</sup> Barros, Pedro, *Del empleo del alcohol en la disentería como agente terapéutico*, 1869.

Finalmente indicaba,

“esta sustancia tan benigna usada en las dosis convenientes y en la debida oportunidad principalmente hacia el fin de la disentería aguda y en toda la marcha de la crónica es un agente seguro de producir el estímulo que necesita la mucosa gástrica y aun de los mismos intestinos; ayuda también a recomponer el jugo gástrico que se encuentra un tanto modificado por el hecho mismo de haber pasado casi sin uso durante todo el tiempo de existencia en razón de la clase de alimentos de que ha hecho uso el enfermo”<sup>16</sup>.

Otra enfermedad que llama la atención de los aspirantes a licenciarse en medicina es el cólera. En 1851, poco antes de los descubrimientos de John Snow sobre las causas del contagio del cólera, Guillermo Cox, tratando de precisar la enfermedad, indicaba,

“es de lamentarse que las palabras plaga, peste, pestilencia y sus correspondientes términos en diferentes idiomas, cuando aplicados a enfermedades han tenido siempre un sentido algo vago...esta falta de precisión de lenguaje es muy prominente en Hipócrates y en los comentarios de Galeno cuya idea de una enfermedad pestilencial parece haber correspondido a lo que nosotros entendemos por el termino epidémico”<sup>17</sup>.

No obstante, recogiendo las teorías vigentes antes de John Snow, planteaba

“parece que el cólera pestilencial tiene su origen y propagación en alguna miasma o efluvio que se halla en la atmósfera, y que siendo respirado con el aire infecciona la sangre, paraliza los pulmones y obra como un veneno sobre aquellos nervios que suplen la respiratoria, la digestiva, la circulante y decretante víscera, y de este modo viseando toda la masa de la sangre y causando así una enfermedad específica. La infección mórbida de este efluvio o veneno sobre los nervios de la vida orgánica probablemente el efecto de su introducción a la corriente de la sangre es de una naturaleza sedativa destruyendo rápidamente la energía vital de la primeras y viciando la última”<sup>18</sup>.

Respecto de los tratamientos indicaba que

“si la primera impresión mórbida no fuese removida por poderosos estimulantes y tónicos... y si han empezado los vómitos será bueno administrar un emético suave como por ejemplo una cucharada de mostaza y sacar una pequeña cantidad de

---

<sup>16</sup> Barros, Pedro, *Del empleo del alcohol en la disentería como agente terapéutico*, 1869.

<sup>17</sup> Cook, Guillermo, *Cólera asiático*, 1851.

<sup>18</sup> Cook, Guillermo, *Cólera asiático*, 1851.

sangre ha surtido buenos efectos. Remover la congestión e igualar la circulación se consigue algunas veces por friegas o fricciones en el abdomen, pechos y muslos con una untura estimulante, o una franela caliente, mojada en espíritu de trementina puede aplicarse al abdomen... estas aplicaciones exteriores pueden ser ayudadas por el uso interior de éter alcanfor, amonio, calomenano, opio...”.

En todo caso advertía que

“jamás hay que sangrar cuando hay evidencia que se ha perdido una parte del serum de la sangre por el canal alimentario o cuando el pulso es pequeño y débil. Aun en aquellos casos en que se recurre a la sangría, es menester observar con cuidado el hábito del cuerpo, la salud general del paciente antes de enfermarse, como igualmente el estado y progreso de la enfermedad y la cantidad de sangre que se saca debe arreglarse conforme a las circunstancias”<sup>19</sup>.

Asimismo, entre los numerosos brebajes y sustancias utilizadas en muchos casos se podía “aconsejar bebidas estimulantes particularmente aquellas que el paciente ha tenido la costumbre de usar, creo que los más eficaces son brandy, vino de oporto y madera con nuez moscada y otras especies”. No obstante, el más eficaz parecía ser una “combinación de calomelano con opio”<sup>20</sup>.

Respecto de las causas el autor indica que

“por todo lo que he visto de la enfermedad creo que la causa del cólera existe en la atmósfera, y nace de la descomposición de materias animales y vegetales, particularmente de grandes depósitos fecales cuando la atmosfera se halla en un cierto estado que nace con gran probabilidades de algún desarreglo de la justa proporción de las fuerzas eléctricas, que se cree necesarios para la vida orgánica y que un cambio químico tiene .... Que engendra una atmósfera venenosa”<sup>21</sup>.

Por otra parte, en 1853, en su tesis dedicada al cólera, Guillermo Sanhueza, hace un detallado estudio anatómo patológico de la enfermedad describiendo con precisión las fases de mal y su correlato orgánico utilizando a nuestro juicio una metodología distinta más cercana al emergente positivismo científico que en medicina se verificaba en el estudio del organismo y de las manifestaciones orgánicas de las distintas patologías. No obstante, indicaba que “la anatomía patológica nada nos dice de su naturaleza intima

---

<sup>19</sup> Cook, Guillermo, *Cólera asiático*, 1851.

<sup>20</sup> Cook, Guillermo, *Cólera asiático*, 1851.

<sup>21</sup> Cook, Guillermo, *Cólera asiático*, 1851.

como tampoco de su causa y solo se puede decir que es desconocida o que es de una naturaleza específica”<sup>22</sup>.

En este contexto, al plantear las causas se hallaba imbuido en el saber de su época al señalar

“tal es que la causa eficiente es debida a las modificaciones que sufre el estado atmosférico en climas predispuestos y que se difunde a manera de la luz y que según el temperamento y disposición del individuo así es como se hace sentir su influencia. Las causas ocasionales son bastante bien apreciadas tales como las impresiones morales vivas, el miedo, el terror, la indigencia, el paso del calor al frío, los alimentos indigestos, las bebidas alcohólicas, el vivir en sitios insalubres y en los que hayan muchos habitantes”<sup>23</sup>.

Respecto de los tratamientos tampoco fue muy innovador pues recomendaba que cuando el enfermo era invadido con síntomas alarmantes no debía

“vacilarse en hacer emisiones sanguíneas sobre todo por medio de sanguijuelas al epigastro, al ano o donde los síntomas llamen la atención con el objeto de evitar estados congestivos como también el uso de emolientes y suaves laxantes”<sup>24</sup>.

Asimismo, después de describir una serie de procedimientos indicaba que “cuando los vómitos persisten a pesar de los medios empleados era necesario el uso del hielo interinamente y si siempre persisten el uso de extracto acuoso de opio en dosis de un cuarto de gramo a fin de paralizar la acción de los intestinos”<sup>25</sup>.

Otra enfermedad que llamó la atención de los memoristas fue la fiebre puerperal de la cual existían las más diversas teorías sobre sus causas generalmente atribuidas a fenómenos miasmáticos. Sobre este mal que afectaba a las mujeres el memorista Daniel Camus planteaba que

“únicamente por el estudio atento de los fenómenos que se presentan y por el encadenamiento sucesivo de ellos se llega a darse cuenta del estado puerperal; pues el no comienza inmediatamente después del trabajo, no es un estado quirúrgico que se manifiesta bruscamente sino que por el contrario las diversas modificaciones se van preparando poco a poco. Partiendo desde el día en que la mujer se siente impregnada todas las funciones se modifican en provecho del ser

---

<sup>22</sup> Sanhueza, Miguel, *Cólera morbus o asiático*, 1853.

<sup>23</sup> Sanhueza, Miguel, *Cólera morbus o asiático*, 1853.

<sup>24</sup> Sanhueza, Miguel, *Cólera morbus o asiático*, 1853.

<sup>25</sup> Sanhueza, Miguel, *Cólera morbus o asiático*, 1853.

que germina y se desarrolla en el seno de la madre. Se ha llegado a decir que las fuerzas vivas del organismo convergen hacia el útero como hacia un polo magnético. Sea lo que quiera de esta comparación ingeniosa, lo cierto es que la mujer que se siente impregnada es advertida de ello por una especie de revolución interior, o por mejor decir por sensaciones internas resultantes de la acción refleja de los nervios uterinos sobre el sistema cerebro espinal... la mujer se vuelve caprichosa, triste, mediatubunda, inquieta, apática y experimenta finalmente una modificación profunda del sensorio y de la moral que cualquier observador advierte sobre la marcha”<sup>26</sup>.

Por su parte, José Manuel Ojeda, en su memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina sobre la fiebre puerperal, destacaba que “grande es el número de hipótesis ingeniosas y de teorías sabias que han sido emitidas sobre esta grave cuestión”. En este sentido, en su estudio Ojeda revisa la historia de las diversas doctrinas entre las que destaca la doctrina de la supresión de los loquios, la doctrina de la metástasis lechosa, la doctrina de la localización uterina y peritoneal, la doctrina de la fiebre puerperal, la doctrina del traumatismo puerperal y la doctrina de la pluralidad de las afecciones puerperales.

Luego de analizar cada una de las doctrinas concluye, muy alineado con las antiguas teorías médicas e ignorando los descubrimientos de Semmelweis,

“en resumen vemos que las afecciones puerperales son múltiples todas producidas bajo la acción de un veneno miasmático llamado puerperal el que se desprende o desarrolla del acumulamiento de puerperio”<sup>27</sup>.

Por otra parte remarcaba que favorecía la aparición de la enfermedad “el acumulamiento de mujeres paridas en un lugar, la mala ventilación de ésta, el desaseo de las puerperas como de la ropas y paños de que se sirven son causas favorables para el desarrollo de la especie de fermento que llamamos miasma puerperal”. En cuanto a los tratamientos a juicio de Manuel José Ojeda se debían emplear las sangrías locales, ventosas y sanguijuelas, de preferencia las primeras repetidas tantas veces hasta que el facultativo lo crea conveniente; asimismo se debían realizar fricciones con el denominado “ungüento napolitano” después de hecha la primera sangría local; por otra parte, se debía realizar un tratamiento interno pues si había “fetidez de los loquios” se debían “instituir las duchas uterinas”<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Camus, Daniel, *Del estado puerperal y de las afecciones puerperales*, 1873.

<sup>27</sup> Ojeda, José Manuel, *Naturaleza i tratamiento de la fiebre puerperal*, 1879.

<sup>28</sup> Ojeda, José Manuel, *Naturaleza i tratamiento de la fiebre puerperal*, 1879.

Otra enfermedad femenina analizada por los memoristas fue la clorosis también llamada “febris amatoria”, pues

“las contrariedades amorosas muy a menudo son causa de ella, de ordinario se manifiesta en la edad en que se empieza a amar, y según Hipócrates los remedios más eficaces son los placeres de venus.... Otros fijándose en el color la llamaban “isterus albus”<sup>29</sup>.

Indicaba, asimismo, que en 1600 se le dio a esta enfermedad el nombre de clorosis. Por otra parte planteaba que “el cuadro sintomatológico de la enfermedad es muy vasto y parece que no hay sistema orgánico o parte del cuerpo que no presente alguna modificación mórbida”. Luego de describir los diversos síntomas y manifestaciones de la enfermedad el autor señalaba

“en medio de tantos desarreglos que sufren en los órganos y tejidos los enfermos por la clorosis y demás complicaciones morbosas que ella determina, merece particular atención el carácter moral que no deja de presentar anomalías muy variadas. Algunos dotados de sensibilidad nerviosa sienten con fuerza la acción de las potencias que obran sobre los sentidos interiores y se agitan por cada impresión. Otros perezosos e indolentes huyen cualquier cansancio ni se hallan tranquilos aun en soledad. Algunos son siempre tristes, abatidos, miedosos, fácilmente se enojan y lloran sin razón”<sup>30</sup>.

La cura debía ser preventiva, radical, higiénica y farmacéutica. La prevención y la higiene debían

“prescribir y recomendar las reglas de una sana educación física y moral. Es por eso que se necesita que las personas predispuestas a la clorosis gocen de un aire puro, que no vivan en habitaciones humildes e insalubres, que eviten los cambios rápidos del calor y del frío, que tengan un régimen de alimentos saludables y bastante nutritivos, y también a veces algo estimulante. Se necesita que hagan ejercicios moderados.... Se deberán evitar los desvelos prolongados y las pasiones tristes. Con estos medios se enrobustece la fibra, se difunde la energía en la economía vital, se favorece la circulación, y se perfecciona la hematosis”<sup>31</sup>.

Si se manifestaba un estado clorótico se debía disminuir la reacción arteriosa cuando exista, quitar la irritación que encuentre en las vías digestivas, disolver los asolvamientos,

---

<sup>29</sup> Autor desconocido, *De la clorosis*, 1843.

<sup>30</sup> Autor desconocido, *De la clorosis*, 1843.

<sup>31</sup> Autor desconocido, *De la clorosis*, 1843.

las congestiones abdominales y las sucesiones morbosas, reponer el equilibrio de vitalidad entre el útero y demás órganos y devolver a la sangre el principio y actividad que le faltan. Aunque en algunos casos se haya practicado

“la sangría al pie, las sanguijuelas a los vasos hemorroidales a fin de ayudar a la naturaleza en la manifestación de la menstruación, sin embargo se necesita tener mucho cuidado en la aplicación de este presidio terapéutico el cual puede favorecer los edemas y acelerar la caquexia. Esta práctica se puede decir universalmente abrazada en la medicina, pues bien se sabe que en la clorosis más conviene reponer sangre que quitarla”<sup>32</sup>.

Si a la irritación gástrica se manifiestan fenómenos enteramente nerviosos, entonces convenían

“los calmantes y espasmódicos como el opium, hyusquiamo, belladona, magisterio de bismuto, valeriana... pero el fármaco soberano que corrige la discrasia de la sangre, que procura el beneficio menstrual a las cloróticas amenorricas, que aleja las causas de las perdidas en las metorragicas, que hace cesar las afecciones sintomáticas es el fierro convenientemente suministrado”<sup>33</sup>.

Casi dos décadas después, en 1859, Bartolomé Cademartori realizó otra memoria sobre la clorosis. La tesis comienza indicando que

“la falta de medios diagnósticos, la manía de los sistemas, la filosofía aristotélica con su enredo de divisiones y subdivisiones, los errores acreditados y tal vez una observación poco exacta fueron causa de que nuestros antepasados bajo una misma denominación comprendiesen enfermedades muy distintas por su asiento, naturaleza y sintomatología, y que por otra parte a la misma enfermedad aplicasen nombres diversos y las curaciones menos racionales”<sup>34</sup>.

En este sentido, a su juicio, respecto de la clorosis, indicaba, “tal vez no hay enfermedad acerca de la cual se emitiesen ideas y se profesasen opiniones más divergentes que en ésta”. En relación a las causas, se encontraban predispuestos a la clorosis “las personas de temperamento linfático que viven expuestas a causas debilitantes... La falta de menstruación no es causa suficiente de clorosis, habiéndose visto mujeres cloróticas y regularmente menstruadas... la preñez es causa frecuente de la clorosis”<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> Autor desconocido, *De la clorosis*, 1843.

<sup>33</sup> Autor desconocido, *De la clorosis*, 1843.

<sup>34</sup> Cademartori, Bartolomé, *De la clorosis*, 1859.

<sup>35</sup> Cademartori, Bartolomé, *De la clorosis*, 1859.

Otras causas debilitantes eran

“el aire frío húmedo y denso, la vida sedentaria, alimentación poco nutritiva y de difícil digestión, los alimentos ácidos, secos o salados, el pan caliente, la cerveza, las bebidas espirituosas, el vino, el café, el mucho ejercicio especialmente después de la comida, los largos desvelos, el dormir demasiado, los baños calientes, las afecciones morales, el amor contrariado, la cólera, el terror, la tristeza”<sup>36</sup>.

En relación a los métodos curativos, junto con los medicamentos como el hierro, los extractos de achicoria, de perejil, de hígado, el jugo de cedro, la conserva de rosas, el anís, la canela, indicaba que

“la higiene ocupa un lugar importante en el tratamiento de la clorosis: si el enfermo es de constitución débil y mole se deberá aconsejarle de vivir en parajes secos bien aireados y bien expuestos a los rayos solares; el aire de las montañas es más conveniente que el de la llanura. El alimento deberá en carnes asadas y para bebida vino de Borgoña y Bordeaux cortado con agua. El ejercicio el cual los enfermos repugnan es muy útil y debe esperarse tanto provecho de él como de las preparaciones farmacéuticas; si el enfermo fuese sumamente débil debería prescribirse el ejercicio pasivo y muy ventajosos son el coche y el caballo. El baile también se ha aconsejado, la música y la navegación. Debense evitar los alimentos demasiado substanciosos, las bebidas alcohólicas, las emociones vivas, la lectura de obras eróticas o sentimentales y procurar distracciones”<sup>37</sup>.

En el mismo tenor una tesis de un autor desconocido denominada *De la bronquía epidémica: o gripa*, describe detalladamente los síntomas de la enfermedad y establece un tratamiento en base a una serie de medicamentos y procedimientos que se asemejan a muchos de los tratamientos más usuales de la época los cuales se hallaban vigentes hace varios milenios, desde las enseñanzas de Hipócrates quien concibió la enfermedad como un desequilibrio de los humores corporales los cuales había que equilibrar con descansos en cama prolongados, sangrías, sudoraciones, hierbas, entre otras terapéuticas.

Al respecto, nuestro memorista indicaba,

“el descanso en la cama, la dieta, el uso de las bebidas calientes, emolientes y diaforéticas; una o más sangrías generales seguidas de un vomitivo y de un lavativo en la forma inflamatoria. Baños revulsivos, cataplasmas, ventosas, sanguijelas,

---

<sup>36</sup> Cademartori, Bartolomé, *De la clorosis*, 1859.

<sup>37</sup> Cademartori, Bartolomé, *De la clorosis*, 1859.

opio, untura con el bálsamo tranquilo.... en las complicaciones, la pneumonía, tratada en su principio de cura con los antiflojísticos”<sup>38</sup>.

En su memoria “Disertación sobre las variedades de pneumonia que se presentan en nuestra clínica y los medios empleados en la misma para su curación”, Florencio Middleton, plantea que

“el sistema de vida y costumbres de nuestro pueblo agregado a la escasez consiguientes a su clase explican la frecuencia de la pneumonía idiopática en él. Las más veces se presenta en una noche en que el individuo ha dormido al aire libre, de haberse levantado descalzo o de haber bebido lo suficiente para caer y permanecer tendido a toda intemperie sus ocho o más horas. En éste último caso no es poco frecuente que venga complicada con delirium tremens”<sup>39</sup>.

Respecto al régimen que debían seguir los enfermos indicaba

“se cuida de que estén bien abrigados con doble camisa y bastantes frazadas, se los coloca en los lugares menos expuestos a las corrientes de aire y no se les permite beber más que bebidas tibias. El alimento consiste en caldo fuerte y repetido gran número de veces en los sujetos aniquilados por la afección actual o por la preexistente”<sup>40</sup>.

Entre los remedios destacaba las

“preparaciones de antimonio, la digital, el nitro, los vejigatorios, los purgantes, los vomitivos, los tónicos, el vino y otros agentes indicados sólo en casos especiales.

Por otra parte, indicaba que la sangría debe realizarse “en el principio de la enfermedad y teniendo casi evidencia de que la pneumonía no va a pasar luego al tercer grado por los signos y síntomas que el patólogo inteligente tendrá cuidado de recordar”<sup>41</sup>.

Respecto de las sangrías locales como el uso de ventosas y sanguijuelas planteaba que podían

“usarse al mismo tiempo que las generales cuando hay congestión pulmonar considerable en sujetos robustos; pero están reservadas más especialmente para

---

<sup>38</sup> Autor desconocido, *De la bronquia epidémica: o gripa*, 1843.

<sup>39</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonia que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

<sup>40</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonia que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

<sup>41</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonia que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

aquellas en que la general está contraindicada. Como en nuestros habitantes es poco común el temperamento sanguíneo resulta que son mucho más empleadas que las sangrías generales consiguiéndose siempre muy buenos resultados”<sup>42</sup>.

No obstante, si

“después de haber hecho uso de las sangrías sin conseguir una mejoría evidentes y las más veces inmediatamente después de la administración de aquellas, se apela a medios antiflogísticos poderosos aunque no ocasionan una postración tan considerable como las pérdidas de sangre. El primero de estos agentes es el tartrato de potasa y antimonio usado como emético y como antiflogístico en la pneumonía”<sup>43</sup>.

Finalmente recomendaba los vejigatorios, los vomitivos, los purgantes de sales neutras pues se procuraba efectuar por estas vías una especie de “revulsión de la afección pulmonar por medio de un buen número de deposiciones”. Cuando la pneumonía se complicaba era preciso

“renunciar a toda medicación debilitante dando al contrario los tónicos y los excitantes como la quina, sulfato de quinina, alcanfor y el vino, este último era especialmente indicado cuando hay frialdad de la cutis y el pulso está filiforme. Estos agentes se utilizan muy a menudo en los viejos. Se acostumbra también dar el vino en la pulmonía de los bebedores”<sup>44</sup>.

Respecto de la rubeola o “pústula maligna”, también muy tratada en las primeras memorias, Isidoro Cox indicaba que “la naturaleza del contagio es un asunto envuelto en mucha oscuridad y por lo tanto no me concierne hablar de un modo lato, solo digo que cierta localidad acompañada de una alteración en la composición de la atmósfera y de variaciones en su temperatura tienden a producirlo”.<sup>45</sup>

La enfermedad podía presentarse como rubeola sin catarro, rubeola congestiva o negra, rubeola vesicular y rubeola maligna o tifoidea, esta última atacaba especialmente “a los individuos de la clase menesterosa” que estaban

---

<sup>42</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonía que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

<sup>43</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonía que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

<sup>44</sup> Middleton, Florencio, *Disertación sobre las variedades de pneumonía que se presentan en nuestra clínica i los medios empleados en la misma para su curación*, 1866.

<sup>45</sup> Cox, Isidoro, *Memoria sobre la rubeola y pústula maligna*, 1846.

“expuestos a toda clase de causas que alteran la composición atmosférica y debilitan a la vez el sistema tales como la de los efluvios producidos por la reunión de muchos habitantes en un lugar estrecho y cuyas habitaciones son mal construidas y mal ventiladas, por el uso de alimentos impuros y corrompidos, falta de aseo personal y por otros agentes que producen la malaria (sic)”<sup>46</sup>.

En opinión de Cox debían distinguirse las cuatro formas de rubeola con la pústula maligna o “enfermedad del grano o picada” que atacaba especialmente a los cuidadores de ganado vacuno.

En 1845, indicaba,

“muchachos y mujeres en la calle de San Isidro la padecieron por haber comido carne de un buey cansado que se llevó a una casa forzadamente”<sup>47</sup>.

El tratamiento consistía,

“primero en mejorar las condiciones locales donde la enfermedad se produce y como estas dependen de los aflujos de aguas en los lugares dichos y de su estagnación en ellos como en otras mediando a más la influencia atmosférica o su temperatura en ellas, debe pues por esto favorecerse el curso y de evitar su estagnación, como también separar cuanto más distante sea posible los animales muertos a fin los medios transmisores de la causa productora no estén en inmediata accesión a los habitantes de los lugares donde estos animales mueren”<sup>48</sup>.

En caso extremo,

“si el miembro o parte enferma está muy hinchada, la piel ardiente y seca y una presión usar los medios directamente sedantes como la sangría”<sup>49</sup>.

Lorenzo Carrasco, en su memoria titulada *Del Bubón* de 1865, comienza exponiendo una completa disquisición sobre el Bubón al que define como “la inflamación de los gangliones linfáticos debido a la acción del virus sifilítico sobre estos órganos”. Luego describe los distintos tipos y variedades de bubones, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del “envenenamiento venéreo”<sup>50</sup>.

---

<sup>46</sup> Cox, Isidoro, *Memoria sobre la rubeola y pústula maligna*, 1846.

<sup>47</sup> Cox, Isidoro, *Memoria sobre la rubeola y pústula maligna*, 1846.

<sup>48</sup> Cox, Isidoro, *Memoria sobre la rubeola y pústula maligna*, 1846.

<sup>49</sup> Cox, Isidoro, *Memoria sobre la rubeola y pústula maligna*, 1846.

<sup>50</sup> Carrasco Díaz, Lorenzo, *Del bubón*, 1864.

Según sus estudios y observaciones clínicas en el

“hombre los bubones son mucho más frecuentes que en la mujer, diferencia que se explica por el género de vida de ambos sexos. La falta de aseo contribuye mucho más en la formación de bubones así como los ejercicios inmoderados, el abuso de exitantes, siendo más poderosas estas causas cuando ya existe un accidente sifilítico”<sup>51</sup>.

Por ello, entre los medios preventivos,

“se debe recomendar al enfermo la más rigurosa higiene prohibiéndole severamente el uso de exitantes, tanto generales como los existentes propios de los órganos genitales; el reposo debe ser absoluto y la imaginación del enfermo debe estar muy lejos de ideas lúbricas”<sup>52</sup>.

Respecto de los tratamientos, dependiendo del tipo de bubón recomendaba la aplicación de hielo, las fricciones mercuriales, la compresión con vendas, la aplicación de un ladrillo caliente y la cauterización. En el caso de “el bubón francamente inflamatorio se hará uso de la medicación antiflogística. Entre nosotros es muy raro de que para la afección de que tratamos tengamos que valernos de la sangría general, siendo reemplazada muy bien por la local. Con este objeto se pondrá un número de sanguijuelas en proporción con la intensidad y extensión de la flegmasia... Con la aplicación de sangrías deben prescribirse baños generales tibios, la aplicación sobre el tumor de cataplasmas emolientes o de compresas empapadas en cocimientos de esta misma clase”<sup>53</sup>.

Una perspectiva más social y cultural de las enfermedades y de la salud es la que planteó Alejandro Zúñiga en su memoria “Causas de las enfermedades en las clases menesterosa y obrera de nuestra sociedad y modo de evitarlas”, enfatizando los aspectos sociales de los males que afectaban a la sociedad especialmente los hábitos de higiene del bajo pueblo “cuya piel se halla cubierta por una especie de escama formada por el sudor y la tierra”. Luego de citar autores como Rousseau, Moisés, Licurgo, Mahoma e Hipócrates sentenciaba que “el bajo pueblo sufre los efectos de la inobservancia de la higiene”. Esto se observaba en las habitaciones de los pobres a las cuales caracterizaba como “pestilentes cloacas donde se pavimenta el vicio y la inmoralidad”. A ello se sumaban los vestidos y los hábitos de aseo, los alimentos y bebidas, así como la costumbre de comer “frutas no maduras” y de beber alcohol de mala calidad en exceso y durante varios días

---

<sup>51</sup> Carrasco Díaz, Lorenzo, *Del bubón*, 1864.

<sup>52</sup> Carrasco Díaz, Lorenzo, *Del bubón*, 1864.

<sup>53</sup> Carrasco Díaz, Lorenzo, *Del bubón*, 1864.

seguidos. A su juicio la clase menesterosa tenía una “moralidad que los hacía olvidarse enteramente de sí mismos” para “pensar únicamente en los goces corporales”<sup>54</sup>.

Por último indicaba que las enfermedades se veían “agravadas al recibir los enfermos los primeros auxilios de ciertas mujeres llamadas médicas, verdadera endemia de nuestro país, que no hacen más que quitarles el último real que les ha producido su trabajo”. En este sentido, condenando la medicina popular, indicaba

“los medios preventivos más convenientes para remediar tantos males de los cuales son víctimas los pobres son los siguientes: hacer que la policía persiga incesantemente a esas mujeres corrompidas y salteadoras llamadas médicas y a las curanderas o yerbateras con la misma actividad que a los ladrones y salteadores y meter a las primeras a las casas de corrección”<sup>55</sup>.

Finalmente nos ha llamado la atención la memoria *¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?*, escrita por José Nadal de Plandolit. El memorista inicia su disertación planteando un paralelismo entre la medicina y las matemáticas, intentando refutar a los críticos y detractores que consideraban que la medicina “no era más que un arte conceptual” y demostrar la diferencia entre el médico y el empírico, y revelar las condiciones de posibilidad de la medicina occidental.

La memoria se inicia destacando el rol fundamental de un buen diagnóstico en la curación de las enfermedades

“una vez resuelto el diagnóstico debería el médico tener un remedio específico para cada enfermedad desgraciadamente es muy reducido el número... pero no solamente el médico debe conocer la enfermedad, es preciso que sepa el modo de vencerla de lo contrario no tendría resuelto más que una de las dificultades y conviene resolver las dos, esta es dada una enfermedad, determinado su verdadero carácter, hallar su remedio; más como el médico no se le presentan enfermedades que combatir sino enfermos que curar debe por consiguiente buscar la verdadera indicación, y esta, que es el objeto de nuestros desvelos y de la que depende la salud del enfermo y nuestra propia reputación, no se manifiesta a los profanos ni a quien sigue procederes poco filosóficos para indagarlo. El empírico que no ve enfermos sino síntomas de enfermedades, no se ayuda de la filosofía y formando por consiguiente malos diagnósticos no hace más que aplicar

---

<sup>54</sup> Zúñiga, Alejandro, *Causas de las enfermedades en las clases menesterosa i obrera de nuestra sociedad i modo de evitarlas*, 1862.

<sup>55</sup> Zúñiga, Alejandro, *Causas de las enfermedades en las clases menesterosa i obrera de nuestra sociedad i modo de evitarlas*, 1862.

remedios a las enfermedades no haciendo caso de las diferencias que estas ofrecerán a consecuencia de varias circunstancias individuales como edad, sexo, temperamento, hábitos, modos de vivir, etc. etc., que tanto las modifican”<sup>56</sup>.

A su juicio, el médico debía

“reclamar con más ahínco el auxilio de la filosofía, cuando debe recurrir a la analogía, a la inducción, al análisis, al cálculo de probabilidades y del silogismo que manifiesta la relación existente entre los síntomas y la enfermedad, como entre el efecto y la causa que la precede”<sup>57</sup>.

En este sentido, la experiencia del médico de ningún modo podía

“compararse con la de un empírico que obra al acaso sin saber lo que hace; el médico pregunta a la naturaleza, su experiencia es ilustrada por la razón y solo se adquiere con el recto uso de los métodos intelectuales arriba citados”<sup>58</sup>.

Indicaba asimismo que

“cuando un enfermo atacado de una pulmonía tratamos con sangrías copiosas y repetidas a cortos intervalos, la razón de nuestro proceder se funda en el conocimiento de la enfermedad, en la analogía, en la inducción y en la estadística que nos manifiestan ser mayor la utilidad de aquel tratamiento que la de otro cualquiera que pudiéramos adoptar; bien que no podamos demostrar siempre por la terapéutica médica como con la quirúrgica la razón de sus prescripciones, no obstante no por esto carece de las certezas prácticas a que le conduce el cálculo de probabilidades; éste por lo mismo nos da toda la certeza práctica de aquel método curativo empleado contra la pulmonía es el más oportuno”<sup>59</sup>.

En consecuencia, en una verdadera oda a la razón positiva, indicaba que no era posible plantear que

“la filosofía es inútil para el ejercicio de la medicina, o lo que es lo mismo, que sin la filosofía cualquiera puede ser buen médico. No mil veces no: sin ella nadie puede ser ni bueno ni mal médico; sin ella sólo se puede ser un empírico; y tanto dista la medicina del empirismo cuanto dista la verdad de error, la luz de las tinieblas. Bacon muy oportunamente dijo la medicina sin la filosofía no es más que

---

<sup>56</sup> Nadal de Plandolit, José, ¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?, 1850.

<sup>57</sup> Nadal de Plandolit, José, ¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?, 1850.

<sup>58</sup> Nadal de Plandolit, José, ¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?, 1850.

<sup>59</sup> Nadal de Plandolit, José, ¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?, 1850.

un arte impostor, impostores y nada más que impostores son tantos charlatanes como se hallan en todas partes explotando la necia credulidad del vulgo con la continua prescripción de sustancias medicinales sin conocer de antemano si se hallan o no indicados sin poder justificar su empirismo con el recto uso de unos conocimientos que no poseen y que por lo mismo no pueden atenuar su culpable intromisión”<sup>60</sup>.

A modo de reflexión final señalaremos que no dejan de sorprender los cambios experimentados por los saberes médicos occidentales en los últimos ciento cincuenta años. Los cuales de algún modo demuestran su transitoriedad. Evidentemente la epistemología de la salud y de las enfermedades de los primeros aspirantes a licenciados en medicina por la Universidad de Chile son diametralmente distintas a nuestras miradas e ideas sobre la enfermedad. Pero de todos modos es interesante constatar la abismante transformación de las ideas y de las terapéuticas ancestrales en tan corto tiempo. Rápidamente pasamos de las influencias climáticas y atmosféricas, de los hábitos de las clases menesterosas y sus costumbres de comer frutas verdes y de beber en exceso, de sus instintos licenciosos y pensamientos lúbricos, de los miasmas y pestilencias mórbidas, de la acción de las meicas y sanadoras populares, al microscopio, a los microbios, a los antídotos, a los equilibrios químicos y a la industria farmacéutica, pero esencialmente ocurrió un cambio profundo en el modo de entender el cuerpo, su biología, su química y sus enfermedades, más allá de los modelos aristotélicos prevalecientes y hegemónicos hasta mediados el siglo XIX. Esta transformación hemos intentado reflejar a través del estudio y exposición de los aspectos fundamentales de una muestra de las memorias de los aspirantes a licenciado en medicina por la Universidad de Chile.

---

<sup>60</sup> Nadal de Plandolit, José, ¿Es útil y necesaria la filosofía para la práctica de la medicina?, 1850.

**LAS MEMORIAS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN MEDICINA POR LA UNIVERSIDAD DE CHILE.  
UN BREVE RECUENTO DE LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX<sup>61</sup>.**

**LAS TESIS MÉDICAS ENTRE 1900 Y 1920.**

Las enfermedades objeto de estudios médicos de mediados de siglo XIX analizadas en la primera parte de este trabajo no necesariamente son temas relevantes a principios del siglo XX. La disentería, por ejemplo, una de las enfermedades más estudiadas por los aspirantes a médico del siglo XIX, deja de ser un problema importante para los intereses de la comunidad médica de principios del siglo XX. Lo mismo sucede con el cólera, la fiebre puerperal, la clorosis, la bronquía epidémica y la rubeola. En cambio, la neumonía cambia su nomenclatura por neumonía y el bubón por peste bubónica.

Por otra parte, se denota una mayor uniformización de las tesis, independiente de sus contenidos. La estructura de todas las tesis es prácticamente la misma esto es la presentación del tema o caso de estudio, el análisis de la literatura internacional especialmente de los escritos de médicos europeos y la presentación de observaciones o casos de estudio tendientes a demostrar los beneficios para la salud de los medicamentos propuestos.

Asimismo, las tesis disminuyen sus aspectos descriptivos de los cuadros sintomáticos de las enfermedades para dedicarse más bien a la descripción de la experimentación científica con el objetivo de encontrar nuevas terapias aplicando inyecciones con sueros y otras sustancias químicas que replicaban los experimentos y terapias conocidas a partir de los vínculos con la medicina europea, ya sea a partir de las relaciones establecidas por los médicos chilenos becados en el extranjero o bien a través de la circulación de revistas y libros especializados en medicina.

Así, de un modo u otro, los experimentos concebidos por los médicos europeos también eran probados y utilizados en nuestro país lo cual demuestra claramente una circulación de ideas e idearios significativa por sus implicancias ideológicas, políticas, económicas y culturales.

---

<sup>61</sup> Proyecto FONDART Nº 84077: *Rescate, recuperación y acceso: primeras tesis chilenas en ciencias de la salud, 1era parte*, 2015.

Luis Montero, por ejemplo, en su tesis *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*, da cuenta de una idea “científica” que lo lleva a realizar experimentos con seres humanos para proponer

“evitar en lo posible el tratamiento mercurial adoptando otro que estuviese más de acuerdo con las ideas modernas que se tienen de las enfermedades infecciosas”<sup>62</sup>.

En este sentido, el autor recoge “las ideas y el resultado de las diferentes experimentaciones verificadas por profesores de reconocida competencia”. Después de describir algunas de las inconvenientes del tratamiento con mercurio, Montero indicaba que eran bien conocidos los resultados alcanzados por “pequeñas inyecciones de serum natural y artificial como estimulante de la nutrición general”<sup>63</sup>.

Indica, Montero, que diversos investigadores en diferentes países como Fournier, Tommasoli, Mazza, Kolleman y Augagneur emplearon muchísimos serum de animales sanos como el de perros, corderos, bueyes, conejos, burros, etc. El resultado de todas esas experiencias fue el de una cierta mejoría en el estado general (disminución de la anemia, aumentos de las fuerzas, cicatrización más rápida de las úlceras sifilíticas)... pero en general la marcha y evolución no fue modificada por el tratamiento, ni tuvo influencia sobre manifestaciones ulteriores.

Otros investigadores, siguiendo los resultados de la seroterapia y el tétano, intentaron inmunizar un animal contra la enfermedad infecciosa y servirse en seguida de su serum como agente curador, es decir inyectar sangre de individuos sifilíticos en animales para luego extraer el serum e inyectarlo bajo los chancros.

Sin embargo, como todavía no se había llegado

“a cultivar el bacilo de la sífilis y a preparar artificialmente su toxina, se está obligado a marchar a ciegas en esta vía y a obrar solamente por analogía”<sup>64</sup>.

En todo caso, los resultados no habían dado buenos desenlaces. La tercera alternativa era buscar serum en individuos que hayan

“contraído ya la sífilis y que posea en sí las propiedades antotóxicas o acaso estimulantes de la defensa orgánica que en suma vayan a ayudar al organismo afectado en su curación”<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> Montero Riveros, Luis. *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*. 1900.

<sup>63</sup> Montero Riveros, Luis. *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*. 1900.

<sup>64</sup> Montero Riveros, Luis. *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*. 1900.

En este sentido, siguiendo las ideas y estudios de Pellizzari, Cotterell, Boeck, Wiewiorowsky, el autor de la tesis presenta trece intervenciones realizadas a pacientes sífilíticos. Sus experimentos le dejaban ver ya la acción manifiesta de las inyecciones de serum específico, teniendo que lamentar algunas inflamaciones locales que han terminado por abscesos debido indudablemente a infecciones provocadas las más de las veces por el paciente mismo.

Así el autor concluía que

“solo el serum de los individuos sífilíticos tendría acción específica sobre la sífilis”<sup>66</sup>.

En cambio, Tomas Aravena y Francisco Edwards, realizaron cada uno una memoria en la que se manifestaron abiertamente partidarios de la utilización del mercurio en el tratamiento de la sífilis. Edwards indicaba en su memoria que el hermofenil, un compuesto derivado del mercurio, había sido descubierto por Lumiere, Chevrottier y Perrin.

Además, el compuesto había sido estudiado por Popolani, Nicolle, Dieupart, Reyes, Hallopeau, Mournand y Levi-Bing. Edwards señalaba que su “acción bactericida era muy acentuada pues el contacto por algunos momentos de una solución al 1% basta para matar los principales agentes patógenos”. Inyectado era “poco doloroso, se absorbe bien y no ocasiona induraciones persistentes ni absesos”. Después de presentar 10 observaciones o casos de estudios de pacientes sífilíticos tratados con hermofenil, el autor concluye que había una

“ventaja real en emplear una sal soluble a dosis elevadas y esta sal la encontramos prácticamente en el hermofenil usado en inyecciones periódicas”<sup>67</sup>.

Por su parte, Tomas Aravena, en su tesis *Posología y técnicas del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de Hermofenil*, indicaba que

“a pesar de los numerosos trabajos publicados por el hermofenil, compuesto orgánico mercurial que viene llamando la atención desde el año 1901 he considerado de importancia, a indicaciones de mi profesor de sifilografía y

---

<sup>65</sup> Montero Riveros, Luis. *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*. 1900.

<sup>66</sup> Montero Riveros, Luis. *Tratamiento de la sífilis por medio del sérum específico humano*. 1900.

<sup>67</sup> Edwards Francisco, *Aplicación del Hermofenil al tratamiento de las Sífilis*, 1905.

dermatología, allegar algunas observaciones sumamente favorables al empleo de esta sustancia en el tratamiento de la sífilis”<sup>68</sup>.

Su tesis más que en la literatura internacional se basaba en años de observaciones de enfermos de sífilis en la clínica San Roque en las cuales había descubierto la necesidad de aumentar las dosis de mercurio de la dosis primitiva de dos centigramos de hermofenil pues en sus observaciones y experimentos había llegado a

“introducir en el organismo cantidades muchísimo más altas ocho, diez, quince, veinte centigramos por inyección. Naturalmente que este aumento no se ha llevado a cabo de una manera repentina, sino después de continuadas y prolifas observaciones, propias de sólo una clínica, donde la experimentación ayuda y completa la enseñanza”<sup>69</sup>.

Así, indicaba que, después del trabajo de Edwards, “pudimos imponernos con legitima satisfacción de un buen número de observaciones publicadas en el extranjero cuyos resultados eran perfectamente idénticos a los obtenidos por el señor Edwards”. Algunos meses después, el personal de la clínica continuó aumentando las dosis hasta llegar a los veinte centigramos de hermofenil por semana por lo cual teniendo en cuenta estos resultados, Aravena decidió realizar su tesis en el tratamiento de la sífilis por hermofenil. En este contexto, después de presentar 23 casos de estudio u observaciones, el autor concluyó que “las inyecciones de hermofenil son de una eficacia reconocida, y ya sin lugar a dudas, en el tratamiento de la sífilis”.

Ello,

“aun cuando el hermofenil no reúna del todo los requisitos del preparado hidrargirico ideal, es decir, muy activo, no tóxico, indoloro y que permita inyecciones alejadas es sin embargo el que más se aproxima a este desideratum”<sup>70</sup>.

Por su parte, tratando de buscar tratamientos alternativos, Acricio Jimenez, basado en la literatura internacional y sus observaciones en humanos y animales realizadas en la clínica del profesor García Guerrero, realizó un estudio sobre el atoxil denominando su memoria *Tratamiento de la sífilis por el arsénico*, y no por el atoxil porque

---

<sup>68</sup> Aravena, Tomas. *Posología y técnicas del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de Hermofenia*. 1908.

<sup>69</sup> Aravena, Tomas. *Posología y técnicas del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de Hermofenia*. 1908.

<sup>70</sup> Aravena, Tomas. *Posología y técnicas del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de Hermofenia*. 1908.

“la sintomatología de los animales en que fue experimentado me enseña que obra como predominante el arsénico”<sup>71</sup>.

El atoxil –indicaba- es un anilido metarsenico cuarenta veces menos toxico que el ácido arsenioso, del cual era un sucedáneo. El arsénico podía usarse con fines terapéuticos y aun utilizar con fines criminales. Las intoxicaciones por arsénico podían ser agudas o crónicas.

Los síntomas de la intoxicación aguda

“hacían pensar en el cólera: dolores en las vías digestivas, vómitos, evacuaciones de masas sanguinolientas o riziformes, con terrores extremadamente doloroso, a veces meteorismo, postración, cianosis, hinchazón de la cara, hipotermia, calambre en las manos y en las pantorrillas, pulso frecuente filiforme, angustia precordial, respiración laboriosa, pérdida de conocimiento, delirio, albuminuria, hematuria, cilindruuria y aun anuria. La muerte sobrevinía después de algunas horas o en medio de convulsiones”<sup>72</sup>.

El 24 de marzo de 1909 Jiménez inyectó un cuy con 0,30 gramos de atoxil notando que entre los diez y quince minutos después de la inyección una ceguera, repetida de micciones frecuentes y deposiciones repetidas. Al tocar el animal exhalaba gritos. Realizó asimismo alrededor de treinta observaciones con seres humanos obteniendo buenos resultados relativos de mejoría en la terciaria y parasífilis.

Así, indicaba que

“el gran cuchillo de la sífilis, mercurio, fracasa en un 8% más o menos de los casos fuera de los grandes destrozos que produce en el organismo: nefritis, caída de dientes, estomatitis, diarreas, etc., siendo el tratamiento arsenical un nuevo método de curación, no se puede llegar a conclusiones exactas sin una experiencia de varios años”<sup>73</sup>.

En todo caso, concluía que “en casos de sífilis malignas que no hayan reaccionado al mercurio debe usarse atoxil”, aun cuando debían tenerse siempre presentes

“los síntomas de intoxicación para suspenderlo en tiempo oportuno”<sup>74</sup>.

---

<sup>71</sup> Jiménez, Acricio. *Tratamiento de la sífilis por el arsénico*. 1909.

<sup>72</sup> Jiménez, Acricio. *Tratamiento de la sífilis por el arsénico*. 1909.

<sup>73</sup> Jiménez, Acricio. *Tratamiento de la sífilis por el arsénico*. 1909.

<sup>74</sup> Jiménez, Acricio. *Tratamiento de la sífilis por el arsénico*. 1909.

La rápida circulación de las ideas y los nuevos medicamentos entre Europa y Chile se puede reconocer en el trabajo de Alfredo Oyarzún Lorca, quien un año después de inventado el salvarsan y “en vista de los magníficos resultados obtenidos por el 606 como tratamiento rápido y enérgico de los primeros síntomas de la sífilis me resolví a experimentarlo en los niños heredo lueticos”, escribe la memoria *Aplicación del salvarsan en el tratamiento de la sífilis hereditaria*.

El adulto –señalaba- por el desarrollo del organismo en general y de los órganos en particular puede en el mayor número de los casos soportar una septicemia de spirochetes en virtud de la defensa natural del organismo. En cambio en heredo luético era un organismo en vías de desarrollo por lo que la patogenia era mucho más grave que la adquirida y transformaba al organismo indefenso en un campo fértil para la población microbiana, de tal manera que el niño fallecía no de su lues sino de una infección cualquiera de mediana virulencia. No eran los gérmenes los virulentos era el terreno el fértil.

Las observaciones realizadas por Oyarzún dieron esplendidos resultados desapareciendo en los niños en el corto espacio de unos cuantos días todas las manifestaciones externas de la heredo lues lo cual le llevó a

“la convicción de la gran importancia que podía tener este medicamento en el tratamiento de los niños nacidos sifilíticos”<sup>75</sup>.

Emeterio Corvalan, por su parte, defendió en 1912 la tesis *Las Inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. Corvalan comienza su tesis señalando que

“cuando hace poco más de un año el profesor Enrich dio a conocer al mundo su notable descubrimiento del dióxido diámico arsenobensol en el tratamiento de la sífilis se creyó que el mercurio, que desde antiguo había prestado bajo diferentes formas químicas, eficaces servicios en la terapéutica de tan terrible plaga social, iba a ser olvidado”<sup>76</sup>.

Sin embargo,

---

<sup>75</sup> Oyarzún Lorca, Alfredo. *Aplicación del salvarsan en el tratamiento de la sífilis hereditaria*. 1911

<sup>76</sup> Corvalan, Emeterio. *Las Inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. 1912.

“hemos visto más tarde que el mercurio sigue teniendo un rol preponderante en el tratamiento antisifilítico”<sup>77</sup>.

El procedimiento de las inyecciones intravenosas de sales de mercurio había tenido admiradores y adversarios pero la mayoría le concedía una eficacia manifiesta y le consideraba como un tratamiento de los más activos. En este contexto, había ensayado en la clínica del doctor Moore este método con un éxito halagador por lo que el autor decidió realizar su tesis en este tratamiento en base a los experimentos realizados. Así, después de presentar 30 observaciones, el autor concluyó que el tratamiento intravenoso era, sin duda, de acción rápida, pudiendo observarse desde un inicio una reacción manifiestamente favorable en los enfermos sometidos al tratamiento.

No obstante había que considerar

“los inconvenientes posteriores que trae consigo tales como la induración venosa y las recidivas que a veces se observan en corto tiempo. Se desprende de lo anterior que no sería un procedimiento general de que se serviría el médico para tratar todos los casos de sífilis, sino de un procedimiento provisorio y determinado para ciertos casos en que es preciso aprovecharse de su acción intensa y precoz”<sup>78</sup>.

Respecto de los resultados obtenidos el autor observó

“una pronta mejoría desapareciendo con bastante rapidez las manifestaciones exteriores como placas mucosas, condilomas, chancros, etc., y hemos visto desaparecer o atenuarse notablemente las manifestaciones dolorosas desde la primera inyección. Además hemos notado, en corto tiempo, una mejoría franca en el estado general del paciente”<sup>79</sup>.

Por su parte, F.J. Ferrada, escribió la tesis *El Neosalvarsan en la Sífilis consideraciones terapéuticas y clínicas*, en la cual hace referencia a las investigaciones de Uhlenhuth, Ehrlich, Hata y Bertheim y el descubrimiento del salvarsan y el neosalvarsan indicando que estos medicamentos habían revolucionado total y radicalmente muchas de las ideas sustentadas anteriormente respecto del tratamiento de la sífilis. Algunos entusiastas declarados los estimaban como medicamentos de una perfección absoluta con efectos curativos indudables en todas las manifestaciones sifilíticas. Otros autores consideraban

---

<sup>77</sup> Corvalan, Emeterio. *Las Inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. 1912.

<sup>78</sup> Corvalan, Emeterio. *Las Inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. 1912.

<sup>79</sup> Corvalan, Emeterio. *Las Inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. 1912.

que estos compuestos junto con poseer cualidades fuertemente espirilicidas despertaban también efectos fuertemente organotropos, que podía ocasionar graves intoxicaciones al sistema nervioso, intoxicaciones que algunas veces

“han provocado la muerte de los enfermos”<sup>80</sup>.

Ferrada indicaba, en este sentido, que el ideal de la terapéutica de tratar las enfermedades por sustancias medicamentosas completamente inofensivas era un hecho irrealizable”. Una tercera corriente de opinión estimaba que los nuevos compuestos no tenían gran valor terapéutico. Gaucher por ejemplo indicaba que estos descubrimientos son sobre todo descubrimientos industriales cuyo principal objetivo era ganar dinero concluyendo

“conservad la medicación clásica, la medicación específica por el mercurio que ha hechos sus pruebas durante cuatro siglos y desconfiad de los mercaderes del 606 (salvarsan)”<sup>81</sup>.

Para el autor de la tesis, si el arsénico obraba en la sífilis con rapidez y energía y el mercurio con lentitud y seguridad creemos nosotros que al unir ambas medicaciones, al hacer un tratamiento mixto por el neosalvarsan y el mercurio habremos conseguido la rapidez, energía y seguridad absoluta de triunfar sobre la enfermedad. Así, después de presentar 30 observaciones, el autor concluía que

“en casi la totalidad de nuestros enfermos se ha manifestado en neosalvarsan como un medicamento de acción rápida y enérgica”<sup>82</sup>.

En relación a la tuberculosis, una de las enfermedades más preocupantes y características del período, Rosa Mesías recomendó en su memoria el tratamiento de la tuberculosis por el jugo de carne cruda y las inyecciones de cacodilato de sodio. Para la autora de la tesis la tuberculosis había producido más defunciones que cualquiera de las epidemias que asolaban a una parte o a la totalidad del planeta sembrando la desolación y el exterminio. Por ello, indicaba que muchos sabios habían hecho estudios para buscar la fórmula o el procedimiento que ha de borrar la nosología a esa terrible calamidad pública que se llama tuberculosis, entre los cuales destaca a Richet y Héricourt, fundadores de la seroterapia, quienes intentaron comprobar que si se hacía la transfusión a perros inyectados de tuberculosis humana, de sangre de perros vacunados contra esa enfermedad, se atacaba y aún se detenía el mal. Sin embargo, los resultados no fueron los esperados. Pero, no por

---

<sup>80</sup> F.J. Ferrada, *El Neosalvarsan en la Sífilis consideraciones terapéuticas y clínicas*. 1913.

<sup>81</sup> F.J. Ferrada, *El Neosalvarsan en la Sífilis consideraciones terapéuticas y clínicas*. 1913.

<sup>82</sup> F.J. Ferrada, *El Neosalvarsan en la Sífilis consideraciones terapéuticas y clínicas*. 1913.

eso Richet y Héricourt dejaron de continuar buscando el procedimiento de la curación de la tuberculosis. En 1899 comunicaron a la comunidad científica los resultados de sus experimentos en perros alimentados exclusivamente de carne cruda de la cual “ya hablaba Fuster de Montpellier en 1865”.

Además era necesario

“dejar constancia que la gente de nuestros campos usa, desde hace muchos años, el agua de carne en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar”<sup>83</sup>.

Así, Richet y Héricourt tomaron carne muscular picada y la pusieron en maceración en la mitad de su peso en agua que por exosmosis se había ya cargado con una notable cantidad de sustancias dializables contenidas en las fibras, fue sometida a una fuerte presión. De este modo obtuvieron una parte sólida formada por las fibras y otra de un líquido muscular compuesta por el jugo muscular diluido, que debía tomarse inmediatamente, frío y crudo. La autora, entonces, da indicaciones de cómo preparar y consumir la pócima y relata una serie de observaciones que le permitieron afirmar que el jugo de carne cruda era

“un medicamento real de la tuberculosis, despierta y aviva el apetito; levanta las fuerzas, hace que el sueño sea tranquilo y reparador, suprime los sudores nocturnos y provoca la cicatrización de los procesos tuberculosos cavitarios”<sup>84</sup>.

En todo caso, el preparado de carne cruda debía ser combinado con inyecciones de cacodilato de sodio, tratamiento por medio del cual

“se puede asegurar que la tuberculosis es curable”<sup>85</sup>.

Nicolás Passig, en cambio, recomendaba los aires cordilleranos en su tesis *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. El autor inicia su trabajo indicando que hacía

“muchos años que el mundo científico viene preocupándose vivamente de encontrar una solución para llegar al descubrimiento de un modo que pueda curar la tuberculosis pulmonar, pero desgraciadamente, mientras más se ha trabajado en este sentido, tanto en el laboratorio como en la cabecera del enfermo, todos los

---

<sup>83</sup> Mesías Soto, Rosa Amelia, *Tratamiento de la tuberculosis por el jugo de carne cruda i las inyecciones de cacodilato de sodio*. 1900.

<sup>84</sup> Mesías Soto, Rosa Amelia, *Tratamiento de la tuberculosis por el jugo de carne cruda i las inyecciones de cacodilato de sodio*. 1900.

<sup>85</sup> Mesías Soto, Rosa Amelia, *Tratamiento de la tuberculosis por el jugo de carne cruda i las inyecciones de cacodilato de sodio*. 1900.

medios permanecen más o menos ineficaces para poder combatir este terrible flagelo. Cada día encontramos nuevos tratamientos, que según observaciones personales, producen resultados satisfactorios; luego lo ponemos en práctica y al poco tiempo después de haberlos estudiado detenidamente sus propiedades quedaron reducidas a permanecer en el mismo estado de antes”<sup>86</sup>.

A su juicio,

“todo se había empleado: tratamientos bajo sus diferentes formas y por vías distintas: ya gástrica, rectar, subepidérmica, intrapulmonar, inhalaciones, etc., sin que hay hoy podamos decir este es el medicamento que conviene al enfermo”<sup>87</sup>.

Sin embargo,

“poseemos un medio sencillo y que se encuentra al alcance tanto del magnate como del último proletario; este medio es el clima”<sup>88</sup>.

Tanto en Alemania, Francia, Italia, Suiza el clima había “prestado un contingente a toda prueba para conseguir atenuar y aun curar la tuberculosis pulmonar”. Entonces se preguntaba

“¿por qué nosotros a quienes la naturaleza ha dotado con mejores condiciones climatéricas no las estudiamos y las ponemos en práctica”<sup>89</sup>.

El lugar donde Passig realizó sus observaciones fue San José de Maipo. En ese punto predominaba el viento norte, apareciendo de 10 a.m. a 5 p.m.; en la noche no hay viento al menos en verano, primavera y otoño. El subsuelo formado por terrenos pedregosos era sumamente poroso y permeable lo que hace que este terreno conserve la menor humedad posible y las variaciones de temperatura son transitorias y no se observan las grandes oscilaciones; jamás hay neblinas en la parte plana; de suerte que el enfermo está menos expuesto a los resfriados, “circunstancia que debe evitar el enfermo”<sup>90</sup>.

Pero no era posible –señalaba- dejar todo encargado sólo a la acción benefactora del temperamento, la transformación radical y neta de lesiones pulmonares; y si el paciente no contribuía por su parte a ayudar al clima, con su estadía en la cordillera bien poco ganará y se “mantendrá en el mismo estado”. Ello porque no se respetaban los preceptos mínimos de higiene. No obstante, pese a las pésimas condiciones en las que vivían los

---

<sup>86</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>87</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>88</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>89</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>90</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

habitantes de San José de Maipo, Passig no observó “un solo caso de tuberculosis en personas nacidas en la localidad y que no han abandonado jamás su suelo natal”<sup>91</sup>.

El autor realizó durante meses 50 observaciones para concluir que

“fuerza es, pues, admitir que lo único que influye en hacer a estos seres humanos resistentes a la invasión tuberculosa el indudablemente el clima. Por lo tanto según mi humilde modo de pensar, creo estar autorizado para recomendar (según el resultado de mis observaciones tanto de enfermos como meteorológicas) en todo caso el clima de cordillera a todo enfermo de tuberculosis pulmonar, salvo en los casos de tuberculosis aguda y en los estados muy avanzados de caquexia y decaimiento”<sup>92</sup>.

En torno a la tuberculosis encontramos también la tesis *Inyecciones de Cinamato de Solido en el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Contribución a su Estudio*, de Julio Zelada, quien, en su memoria, después de exponer algunos antecedentes relacionados con el bacilo productor de la enfermedad analiza algunas generalidades sobre las investigaciones practicadas con inyecciones de cinamato de sodio y finalmente expone sus experimentos con individuos sometidos a este tratamiento. Así después de analizar las propuestas de Landerer, Kraemer, Heusser y Sanchez Herrero, Zelada realiza un estudio químico del ácido cinámico y del cinamato de sodio o hetol e indica que

“el método que he seguido en mis observaciones ha sido usando las inyecciones subcutáneas exclusivamente en la región dorsal del tórax”<sup>93</sup>.

En este contexto, presenta 14 casos de estudio donde realiza acuciosas observaciones de pacientes tuberculosos inyectados con cinamato de sodio, concluyendo que las inyecciones disminuyen y hacen desaparecer la tos, la expectoración y los dolores intercostales; el sudor es más rebelde a su acción; predispone a las congestiones pulmonares, suelo producir somnolencia, perturbaciones visuales y dolores de cabeza; los enfermos aumentaban de peso; se podía usar todos los días o día por medio; la dosis máxima era de 80 cg y se trataba de un

“procedimiento de fácil manejo y sin ningún peligro sabiendo usarlas por lo que se puede aconsejar en todos los enfermos afectados de tuberculosis”<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>92</sup> Passig, Nicolás. *El clima de cordillera y su relación con la tuberculosis pulmonar*. 1900.

<sup>93</sup> Zelada, Julio. *Inyecciones de Cinamato de Solido en el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Contribución a su Estudio*. 1904.

La relevancia de la tuberculosis motivó también a Froilán Astorga a escribir en 1907 su tesis *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. Desde una perspectiva más social del problema para el autor por culpa de la tuberculosis

“la raza chilena degenera visiblemente y desde hace tiempo sabemos que la mortalidad de Santiago es una vergüenza nacional”<sup>95</sup>.

Lamentablemente la terapéutica era aún muy deficiente para cubrir las lesiones producidas por el bacilo de Koch por lo que a su juicio no había otro medio para combatir la enfermedad que suprimir sus causas, en una palabra la profilaxia de la tuberculosis. Para ello se requería la colaboración decidida del gobierno y de las autoridades quienes debían “velar por el mejoramiento de la clase obrera, en cuyo seno la tuberculosis hace su mayor número de víctimas”. Era necesario y fundamental mejorar la alimentación del pueblo que era deficiente y a “tal extremo defectuosa que colocaba a una multitud de individuos en condiciones propicias para recibir el contagio tuberculoso”. Por otra parte otro problema era la habitación obrera el cual requería de una pronta resolución pues “eran focos de infección donde el contagio se perpetuaba”<sup>96</sup>.

Otro aspecto de la lucha antituberculosa era la educación de los hábitos de higiene especialmente necesaria para superar el acendrado alcoholismo del pueblo chileno. Una de las medidas en este sentido era provocar la ayuda mutua que debían prestarse las sociedades antituberculosas y antialcohólicas puesto que

“cuanto hagan estas últimas para extirpar el alcoholismo, redundará en bien de los fines perseguidos por los dispensarios antituberculosos”<sup>97</sup>.

Desgraciadamente estas ideas no despertaban en Chile el entusiasmo de otros países y sólo un grupo de señoras combatiendo con miles de dificultades ha logrado establecer y mantener un “dispensario que es hoy día la única manifestación que demuestra que en Chile hay quien comprende la importancia que tiene el problema de la lucha antituberculosa”<sup>98</sup>.

Luego, Astorga expone el rol y la utilidad de los dispensarios antituberculosos. Si bien el dispensario de señoras era una buena iniciativa no se le podía pedir resultados en tan corto tiempo. La experiencia era aún muy reciente y se trataba de una obra de largo

---

<sup>94</sup> Zelada, Julio. *Inyecciones de Cinamato de Solido en el Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar. Contribución a su Estudio*. 1904.

<sup>95</sup> Astorga, Froilán. *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. 1907.

<sup>96</sup> Astorga, Froilán. *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. 1907.

<sup>97</sup> Astorga, Froilan. *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. 1907.

<sup>98</sup> Astorga, Froilan. *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. 1907.

aliento por lo que para freilan Astorga sería “injusto exigir efectos inmediatos”. Por lo demás de acuerdo con la experiencia internacional el dispensario había demostrado ser un excelente medio de profilaxia antituberculosa en los medios populares. Lejos de oponerse al sanatorio debía considerársele como oficina de reclutamiento y como complemento<sup>99</sup>.

Por su parte, Juan Miranda escribió en 1911 la tesis *Estudio de la reacción que produce el suero fisiológico en la tuberculosis y en otras enfermedades*. Miranda indica que a fines de 1908 salió a la publicidad un trabajo original de Gerard i Lemoine en el cual presentaban algunas observaciones en las cuales las inyecciones de suero artificial habían servido para revelar la tuberculosis en sus distintos períodos provocando una considerable alza de la fiebre.

El suero fisiológico estaba compuesto por 7,5 gramos de cloruro de sodio y 1000 de agua destilada. Después de citar los resultados de Sirot, Bard, Simon y Gerard i Lemoine el autor indica que en sus 124 observaciones en el hospital de niños la elevación menor de temperatura que había sido comprobada como positiva ya por el oftalmo o cutireacción ya por la inyección de tuberculina o bien en la autopsia es de 7º mayor temperatura que se ha obtenido es de 2º. Así, concluye que “la sero reacción puede sustituir ventajosamente a las reacciones de tuberculina para el diagnóstico más inmediato de la tuberculosis”<sup>100</sup>.

Una enfermedad que cobraba muchas víctimas femeninas a principios de siglo era la fiebre puerperal. En este contexto, Carlos Cañas escribió en 1907 la tesis *Los grandes lavados intestinales en la septicemia puerperal*. La tesis versa sobre un tratamiento que desde 1898 practicaba el profesor Vicencio en las mujeres atacadas de fiebre puerperal. En su escrito, Cañas traza un cuadro etiológico, anátomo patológico y clínico de la fiebre puerperal e indica que en su forma saprémica el tratamiento era puramente local pues bastaba con extraer los restos y lavar la cavidad uterina.

En cambio, en su forma septicémica, en que la infección era generalizada, había que aplicar un tratamiento de lavado intestinal con una solución de cloruro de sodio del 5 al 7 por mil. Después de practicada la operación se observaba en las enfermas humedecimiento de las mucosas bucal y lingual antes secas; en muchos casos defecación espontánea, siempre intensa sudoración y abundante secreción urinaria que en 24 horas alcanzaba hasta 2.500 grs. Todos estos efectos de la irrigación intestinal estaban en

---

<sup>99</sup> Astorga, Froilán. *La lucha antituberculosa su desarrollo en Chile*. 1907.

<sup>100</sup> Miranda, Juan. *Estudio de la reacción que produce el suero fisiológico en la tuberculosis y en otras enfermedades*. 1911.

relación con la cantidad de líquido que se usaba y las veces que la operación se efectuaba en el día.

A juicio de Cañas, la solución salina

“obraba así como embebiendo todos los tejidos del organismo, poniéndose en contacto con ellos viene a servir como vehículo para la expulsión de gérmenes y toxinas”<sup>101</sup>.

Con este procedimiento, el organismo

“lejos de debilitarse siente reacción favorable; el estado general mejora notablemente, el apetito reaparece, la temperatura desciende inmediatamente o poco después de los lavados, el pulso se mejora; se limpia la lengua; el apetito renace, la cefalea desaparece, la fisonomía de la enferma mejora, etc.”<sup>102</sup>

Ese mismo año, Miguel Henríquez presentó la tesis *Contribución al tratamiento de la eclampsia puerperal*, ocupada también de los problemas y complicaciones de los partos en los cuales morían muchas mujeres. En la primera parte del trabajo, el autor realiza una erudita descripción de la historia de la enfermedad citando numerosas teorías de diversos autores.

Las primeras definiciones de la enfermedad, más descriptivas y basadas en los síntomas externos como las convulsiones, atribuyeron la causa de la eclampsia a una lesión de los centros nerviosos o de sus envolturas ya en una neurosis de origen reflejo cuyo punto de partida eran las contracciones uterinas.

No obstante, en 1843 Lever llamó la atención de los investigadores hacia las lesiones del aparato renal.

De ahí nacieron las dos grandes teorías: la nerviosa y la renal. Otras explicaciones plantearon que la preñez por si solo era capaz de producir eclampsia y otros observadores creyeron ver en ella una enfermedad infecciosa. Delore planteó en 1884 la teoría microbiana de la eclampsia, en fin, para no ser exhaustivos diremos que Zweifel, llamaba irónicamente a la eclampsia como “la enfermedad de las teorías”<sup>103</sup>.

En relación al tratamiento de la eclampsia el autor indica que eran

---

<sup>101</sup> Cañas, Carlos. *Los grandes lavados intestinales en la septicémia puerperal*. 1907.

<sup>102</sup> Cañas, Carlos. *Los grandes lavados intestinales en la septicémia puerperal*. 1907.

<sup>103</sup> Henríquez, Miguel. *Contribución al tratamiento de la eclampsia puerperal*. 1907.

“innumerables los agentes terapéuticos empleados para combatir esta afección, entre los que se contaban la sangría, el cloroformo, el cloral, el éter, el bromuro de potasio, el veratrum viride, la tiroidina y paratinoidina, las inyecciones subcutáneas de serum artificial, de ioduro de potasio, de acetato de sodio, los grandes lavados intestinales, las envolturas húmedas calientes, baños, etc., etc.”<sup>104</sup>.

Por su parte, indicaba

“fundado en la hipótesis de que la eclampsia sea debida a una autointoxicación, se ha elegido como principal factor de tratamiento de desocupación y eliminación de las toxinas por medio de grandes lavados intestinales, algún purgante ligero, nunca los drásticos”<sup>105</sup>.

Este tratamiento había sido preconizado por Porak en 1898, pero, además Porak agregaba a su terapéutica sangrías e inyecciones de serum. En cambio en la clínica de maternidad, donde hacia sus primeras armas Henríquez, rara vez aplicaban la sangría como medio de curación pues las enfermas llegaban en estado de depresión y generalmente con un pulso débil y pequeño, aun cuando existían, sin embargo, muchos partidarios de las sangrías abundantes y repetidas.

En la clínica se seguía el siguiente tratamiento: vaciar el útero siempre bajo el cloroformo, desocupar el intestino que es una de las principales fuentes de intoxicación, vigilar el pulso, abrigar a la enferma, hacerle beber gran cantidad de líquido, régimen lácteo absoluto, ningún medicamento, ni analgésico, ni antiespasmódico<sup>106</sup>.

En relación a los niños, Gonzalo Castro presentó en 1916 la tesis *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. El coqueluche era una de las más graves afecciones a la infancia debido al gran número de víctimas que cosechaba y a que la medicina no había logrado “detener un ápice la avallasadora evolución de tan molesta enfermedad”<sup>107</sup>.

Castro, admirado por “el asombroso éxito de las inyecciones de adrenalina en un caso de asma tratado en su clínica por el profesor Maira y comparando los espasmos del asma esencial con los quintos coqueluchosos, llegué a pensar para estos un tratamiento semejante al de aquellos”<sup>108</sup>.

---

<sup>104</sup> Henríquez, Miguel. *Contribución al tratamiento de la eclampsia puerperal*. 1907.

<sup>105</sup> Henríquez, Miguel. *Contribución al tratamiento de la eclampsia puerperal*. 1907.

<sup>106</sup> Henríquez, Miguel. *Contribución al tratamiento de la eclampsia puerperal*. 1907.

<sup>107</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>108</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

En este sentido, realizó el ensayo de administrar adrenalina en forma hipodérmica en unos 30 o 40 casos.

Durante mucho tiempo el coqueluche había sido una

“enfermedad infecciosa específica, contagiosa y epidémica; enfermedad extremadamente común [que] ha permanecido oscura en su esencia a pesar de las numerosas investigaciones emprendidas para aislar su germen patógeno que, por otra parte, han creído descubrir”<sup>109</sup>.

Así,

“en presencia de este fracaso de la bacteriología se ha visto nacer, sobre la naturaleza misma de la coqueluche, las concepciones más singulares”<sup>110</sup>.

No obstante, en 1900 Bordet y Gengou encontraron el agente y pudieron cultivarlo. En este contexto, el autor describe un conjunto de experimentos y pruebas bacteriológicas, anatómo patológicas, serológicas y experimentales que “parece que permiten la conclusión de que según todas las apariencias, el bacilo de Bordet y Gengou es el agente patógeno del coqueluche”<sup>111</sup>.

Faltaba desarrollar las consecuencias prácticas de este descubrimiento. Se realizaron aplicaciones de suero pero sus resultados estaban muy lejos de ser del todo satisfactorios. Por otra parte la vacunación anti coqueluchosa obraba solo si era empleada al principio y en los casos no complicados. Así, en ausencia de toda medicación específica y mientras no tengamos un método de tratamiento racional las medidas higiénicas debían desempeñar un papel más importante, especialmente la de

“dar al enfermito la mayor cantidad de aire posible y mantener la temperatura de la pieza tan constante como se pueda”<sup>112</sup>.

En relación a los medicamentos, el autor indicaba que

“son tan numerosos como ineficaces”<sup>113</sup>.

Entre ellos destacaba la belladona, el opio, los bromuros, el bromoformo, la antipirina, las inhalaciones permanentes de vapores de naftalina, entre otros. Fletcher después de experimentar con éxito el tratamiento de la adrenalina en el asma tuvo la idea de ensayar

---

<sup>109</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>110</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>111</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>112</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>113</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

este medicamento contra el coqueluche. El usando dosis demasiado débiles que fue aumentando muy paulatinamente temeroso de los efectos del adrenalismo. Lo primero que constató fue la acción rápida y decisiva que tiene la adrenalina sobre el vómito; que siempre fue el primer síntoma que desapareció; desapareciendo éste se ha evitado la desnutrición; viene pronto una notable mejoría del estado general. La adrenalina tenía también una acción decisiva sobre el número e intensidad de los accesos. En suma, el tesista, siempre vio “acortarse la evolución de la enfermedad no habiendo en ningún caso necesitado prolongar el tratamiento más de 10 o 15 días, “sobre todo cuando este se inicia precozmente” <sup>114</sup>.

Un tema que mantiene relevancia y continuidad respecto de mediados del siglo XIX es el de la peste bubónica. En su tesis *Profilaxia de la peste bubónica*, publicada en 1900 por la *Revista Médica de Chile*, Alejandro Ayala inicia su exposición con una breve historia de la peste en distintas partes del mundo centrada en la propagación y en las medidas profilácticas.

Luego, respecto de la bacteriología de la peste, el autor señala que a pesar de los trabajos realizados y de haber sido siempre reconocida como una enfermedad pestilencial y contagiosa, solo en 1894, durante la peste de Honk Kong, Yersin y Fitasaco descubrieron simultáneamente al verdadero agente productor visualizando en el microscopio el microbio, como una forma esférica y oblonga. Posteriormente Giaxa y Gozio plantearon que el bacilo era destruido por el ácido fénico al 1% en tres horas. Haffkine indicó que era posible matar en los cultivos por la adición de la esencia de mostaza o por la adición de una solución débil de ácido fénico. En cuanto a la formalina Schultz llegó a la conclusión que en solución su acción es débil pero en la forma gaseosa y prolongando su acción “se hace un desinfectante precioso” <sup>115</sup>.

En relación a su etiología como causa predisponente había que considerar en primer lugar la falta de higiene y civilización. Asimismo, la investigación moderna había confirmado y puesto fuera de duda el hecho de la extinción de la peste al aproximarse los grandes calores. La peste podía transmitirse por inoculación, contagio directo o inmediato a través de vestidos, ropas blancas, las de cama y los trapos viejos provenientes de lugares contaminados, así como de las alfombras y tapices. La transmisión por el aire, el suelo y el agua eran poco probables.

Respecto de las ratas y ratones indica que en Indostan era sabido desde siglos que antes de la aparición de la peste en una población o casa se encontraban muchas ratas muertas

---

<sup>114</sup> Castro, Gonzalo. *La Coqueluche (su concepción moderna y su tratamiento)*. 1916.

<sup>115</sup> Ayala, Alejandro. *Profilaxia de la peste bubónica*. 1900.

y sus habitantes, que ya sabían lo que significaba se apresuran a huir. Respecto de la gran mortalidad de ratas antes del desarrollo de la epidemia, cabía preguntarse si en realidad la peste atacaba a las ratas antes que al hombre, o bien solo estos es debido a que el período de incubación es más corto en ellas que en el hombre.

La pregunta era: ¿cómo se infectan las ratas? Hasta hace poco –indica Ayala- se creía que por vía gástrica. Sin embargo, Simond examinó la sangre de las pulgas provenientes de ratones muertos de peste encontrando una gran cantidad de bacilos. En seguida, colocó en un frasco un ratón muerto de peste y que tenía pulgas, en este mismo frasco puso ratones vivos y vio que en estos adquirirían la enfermedad y morían; pero si colocaba en este frasco un ratón muerto de peste pero desprovisto de pulgas, los ratones vivos que se ponían en él no adquirirían la enfermedad.

Por medio de este experimento dedujo que era

“indudable que estos parásitos sean los que transmiten la afección al ratón y este al hombre o viceversa”<sup>116</sup>.

En este contexto, y luego de realizar una serie de experimentos y observaciones con otros animales, Ayala concluyó que la rata era el animal más expuesto a ser atacado por la peste, que las ratas enfermas o muertas de peste pueden infectar a otros animales que los comen, que los animales herbívoros no eran atacados y que

“la rata infecta al hombre por medio de las pulgas”<sup>117</sup>.

Luego el autor describe los principales y terribles síntomas de la peste para finalmente exponer basado en la experiencia internacional su profilaxia, fundada en la supresión de las cuarentenas terrestres y el establecimiento de fronteras a las migraciones para detener solo a los atacados o sospechosos, la desinfección de los trenes y buques en la frontera y la vigilancia quienes procedieran de lugares infectados.

Respecto de la desinfección, las conferencias internacionales habían acordado destruir por el fuego las ropas, trapos viejos, papeles y otros objetos sin valor. Desinfectar por medio de estufas y emplear soluciones desinfectantes. Otra medida era extinguir a los ratones asfixiándolos por medio de vapores sulfurosos, ácido carbónico, óxido de carbono y por otros medios recomendados. Como profilaxia individual Ayala indicaba la necesidad de aislar al enfermo, la desinfección de los lugares contaminados, el aislamiento y observación de los pacientes y el entierro a tres metros de profundidad, en cuyo fondo se debía colocar una gruesa capa de cal. Además, se debía implementar la inoculación preventiva pues se podía

---

<sup>116</sup> Ayala, Alejandro. *Profilaxia de la peste bubónica*. 1900.

<sup>117</sup> Ayala, Alejandro. *Profilaxia de la peste bubónica*. 1900.

“confiar en la protección eficaz e inmediata de todas las personas que se sometían a la inyección preventiva de unos 5 cc de suero pestoso”<sup>118</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los contenidos de las tesis de los licenciados en medicina de la Universidad de Chile entre 1900 y 1920, muestran una clara evolución de estructura formal, de contenidos y de propuestas en relación a las primeras tesis del período 1840 y 1879. Cambian asimismo las prioridades de estudio. La disentería, por ejemplo, enfermedad a la que se le dedicaron gran cantidad de memorias en el siglo XIX dejar de despertar el interés de los médicos desapareciendo como objeto de estudio en el período 1900 y 1920. De la descripción de los síntomas para identificar las enfermedades y recomendar fundamentalmente la aplicación de sangrías como principal medida terapéutica se pasó básicamente al estudio de los efectos que provocaban en los cuerpos las diversas sustancias aplicadas a los enfermos. Asimismo, el uso de microscopios cada vez más poderosos y de experimentos químicos y biológicos en los hospitales y laboratorios impulsó la idea de la importancia de descubrir el agente patógeno que desencadenaba la enfermedad. Prácticamente todas las tesis tienen una estructura similar que se inicia con una introducción de la importancia o contribución del estudio que se presentaba, luego se realizaba una descripción de los adelantos, de las discusiones entre médicos y de los experimentos realizados preferentemente por médicos europeos para seguir con las descripciones de las observaciones o experimentos que desarrollaban con los enfermos en las clínicas y hospitales del país, realizando exhaustivos informes clínicos que demostraban o no la efectividad de las sustancias que eran inyectadas e introducidas en los cuerpos de los enfermos con la esperanza que tuvieran una respuesta positiva. No deja de sorprender que pese a los microscopios, la identificación de los agentes patógenos y la investigación de diversos compuestos que supuestamente mejoraban a los enfermos había innumerables enfermedades en que aquellos eran esfuerzos que tenían aun resultados muy poco significativos e incluso se podía llegar a la intoxicación de los enfermos como también en algunos casos a la muerte.

---

<sup>118</sup> Ayala, Alejandro. *Profilaxia de la peste bubónica*. 1900.

